

**Zespół anankastyczno-depresyjny u chorego
z torbielą przegrody przezroczystej.
Psychiatryczne i psychologiczne studium przypadku**

**Obsessive-compulsive disorder in a patient
with septum pellucidum cyst. Psychiatric and psychologic case study**

Piotr Radziwiłłowicz¹, Wioletta Radziwiłłowicz²,
Anita Krystoforska³, Wiesław Jerzy Cubała⁴

¹Z Katedry i I Kliniki Chorób Psychiczych AM w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Smoczyński

²Z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego
Dyrektor: dr hab. M. Płopa

^{3,4}Z Koła Naukowego przy I Klinice Chorób Psychiczych AM w Gdańsku
Przewodniczący: dr med. P. Radziwiłłowicz

Summary: The aim of this paper is to introduce the bases of neurobiology, embryology and pathology of one of the important structures of the limbic system - septum pellucidum. The presented patient was diagnosed with a septum pellucidum cyst, OCD and depression. The following diagnostic methods have been applied: Beck Depression Inventory, Ways of Life, Rorschach test, Subscales: Similarities, Comprehension, Digit Span of the Wechsler Intelligence Scale, Long-term Memory Subscale of the Choynowski's Memory Scale, verbal fluence test, Rey Complex Figure, Diagnosis of Brain Damages (Weidlich, Lamberti). The patient presented global impairment of the examined cognitive functions. Within the personality domain the following features were found: symptoms of obsessive-compulsive disorders (discrepancy of necessity of self-control and with impulsiveness, perfectionism), depression (dependence from other, mood disturbances, psychasthenia), epileptoidal personality (shallowing of mental life, egocentrism, aggressiveness, affect occurrence).

Słowa klucze: torbiel przegrody przezroczystej,
zespół anankastyczno-depresyjny, opis przypadku

Key words: septum pellucidum cyst, OCD and depression, case report

Wstęp

Poszukiwanie neuroanatomicznych podstaw zaburzeń psychicznych prowadzi do niejednoznacznych wniosków. Obserwacje na zwierzętach nie są wystarczające, gdyż wiele zaburzeń psychicznych to modalności właściwe psychice ludzkiej. Procesy myślowe są produktem integracji całego mózgowia, a uszkodzenie konkretnej

struktury może, ale nie musi, prowadzić do następstw psychopatologicznych. Do niedawna uważano, że sieć neuronów stanowi o całościowej funkcjonalności mózgu. Obecnie wiadomo, że nawet pojedynczy neuron „potrafi” dodawać sygnały, mnożyć je, filtrować i uśredniać, co niewyobrażalnie komplikuje połączenie konkretnej struktury mózgu z określoną funkcją psychiczną. Spostrzeżenia te potwierdzają koncepcje Mazurkiewicza [1] o jedności czynnościowej wszystkich pięter układu nerwowego z dominacją kory mózgowej. Niemniej celowe są obserwacje kliniczne uszkodzeń lub anomalii określonych struktur mózgowych w kontekście następstw psychopatologicznych. Jedną z takich struktur jest przegroda przezroczysta, będąca ośrodkiem układu limbicznego. Strukturze tej przypisywano działanie hamujące, sprzyjające powstawaniu stanów zadowolenia z komponentą parasympatyczną (bradykardia, spadek ciśnienia, potliwość). Olds i Milner opisali u zwierząt doświadczalnych zjawisko samodrażnienia „dla przyjemności”, przez implantowaną elektrodę do przegrody [2]. U ludzi drażnienie przegrody daje odprężenie, błogostan lub przyjemność erotyczną. Samodrażnienie nie powoduje nasycenia [3, 4, 5]. Uszkodzenie przegrody prowadzi do rodzenia się uczuć awersyjnych, anhedonii i agresji. Wiąże się to z odhamowaniem „układu kary” związanego ze strukturą szarą okołowodociągową (*PAG – periaqueductal gray*), z którą przegroda ma połączenia asocjacyjne. Uszkodzenie przegrody prowadzi u zwierząt do odhamowania i nadpobudliwości. U ludzi z uszkodzeniem przegrody obserwuje się padaczkę i charakteropatię [6]. Ostatnie doniesienia wskazują na pewną rolę torbieli przegrody w rozwoju schizofrenii [7–13].

Niewiele jest opisów zespołu natręctw lub obsesyjno-kompulsywnego (OCD) u chorych z torbielą przegrody [13, 14]. Prezentacja przypadku jest interesująca z tego względu, że potwierdza dotychczasowe pojedyncze doniesienia o możliwości zespołu natręctw u osób z torbielą przegrody. Ponadto zespół OCD w omawianym przypadku powikłany jest dodatkowo tanatofilią i organicznymi zaburzeniami osobowości.

1. Neurobiologia przegrody przezroczystej

Przegroda przezroczysta należy do struktur kresomózgowia. Jest cienką ścianką przedzielającą rogi przednie komór, rozpiętą między przednimi częściami sklepienia i ciała modzelowatego. Składa się z dwóch blaszek (*laminae septi pellucidi*) oddzielonych od siebie wąską jamą (*cavum septi pellucidi*). Jama ta nie łączy się ani z komorami, ani ze szczeliną podłużną mózgu [15, 5]. W badaniach Kasprzak i wsp. [16] stwierdzono, że jama przegrody występuje u 34,5% wcześniaków w wieku 36 tygodni oraz u 14,3% noworodków urodzonych o czasie. Jamę przegrody przezroczystej u noworodków traktuje się jako normę, zwykle znika ona w pierwszych miesiącach życia [16, 17]. Połączenia przegrody przezroczystej są różnorodne. Biegają one w sklepieniu (połączenie z hipokampem), w pęczku przyśrodkowym przodomózgowia (połączenie z przodomózgowiem i tworem siatkowatym), w prążku rdzennym wzgórza (połączenie z uzdeczką i z jądrami wzgórza) [15, 18, 19].

2. Patologia

Najczęściej spotykaną patologią rozwojową przegrody przezroczystej są torbiele [20]. Światło jamy przegrody przezroczystej zmniejsza się z wiekiem. Anomalie przegrody pod postacią jamistości lub jej ubytków zdarzają się u osób zdrowych. W grupie wiekowej 0–9 lat anomalie te występowały u 17,3% dzieci, badanych za pomocą MRI, w grupach starszych (do 79 lat) wahały się w granicach 1,9%–7% [21]. Olbrzymie torbiele przegrody przezroczystej (określane jako „piąta komora mózgu”, „jama Vergi”) wymagają leczenia operacyjnego [22, 23]. Torbiele zamknięte ujawniają się napadami padaczkowymi, rzadko prowadzą do wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Duża komora przegrody może prowadzić do wodogłowia [24]. Objawami dużych torbieli mogą być: bóle głowy, wymioty, tarcze zastoinowe, zaburzenia psychiczne. Morsier [25] przytacza 3 przypadki guzów przegrody przezroczystej, w której punktem wyjścia była komora boczna; stwierdzono u tych chorych zespoły schizofrenopodobne. Inni autorzy opisywali w takich przypadkach zmiany osobowości, psychozy i upośledzenie umysłowe. Czasem występują one łącznie z zaburzeniami rozwoju narządów płciowych [21, 17, 26, 27].

Opis przypadku

Pacjent M.E. (nr ks. gł. 24327), lat 44, z wykształcenia technik, w latach 1997–2001 był trzykrotnie hospitalizowany w I Klinice Chorób Psychiczych AM w Gdańsku. Każdorazowym powodem skierowania go do kliniki przez PZP były objawy depresyjne i stereotypowe skargi dotyczące rozważań o śmierci, „nieżyczliwości kolegów” i odczuwanych z ich strony afrontach, które chory wiązał z „nadwrażliwością na krzywdy”. Wysunięto podejrzenie schizofrenii. Podczas badania chory szczegółowo opisywał swoje problemy. Podał, że ojciec pracował w energetyce, matka zajmowała się domem. W rodzinie nie było chorób psychicznych. Dzieciństwo miał szczęśliwe. Ma dwóch zdrowych braci. Pochodzi z cesarskiego cięcia, rozwój psychoruchowy prawidłowy. Poważniej nie chorował. Był ministrantem, chodził do Domu Kultury na zajęcia plastyczne. Do szkoły poszedł o czasie, uczył się dobrze, „bo był bardzo dokładny”. Miał dużo zajęć pozaszkolnych, ale był mało towarzyski. Nie sprawiał kłopotów wychowawczych. Naukę kontynuował w technikum. Alkoholu nie pił. W wojsku był kilka miesięcy, zwolniony z kat. D. Podjął studia wieczorowe, zrezygnował po 3 semestrach. Żonę poznał ok. 1980 r., po roku pobrali się. W 1981r. urodził im się syn. Małżeństwo układało się „różnie”. Żona zarzucała mu, że „zawsze stawia na swoim”. Pożycie stawało się coraz gorsze, w końcu żona wyprowadziła się. Syn ma obecnie 16 lat i nie chce się z nim widywać. Żona zarzucała mu, że mało zarabia. Doszło do rozwodu. Pracował 10 lat w stoczni. Koledzy zaczęli mu dokuczać. Obrywali mu kieszenie, nalewali do butów wodę. Przez ostatnie 2 lata zaczął źle sypiać, był przygnębiony, odczuwał przymus notowania szczegółów, liczył dni upływające od jakiegoś wydarzenia itp. Na spotkania chodził z dwugodzinnym wyprzedzeniem. Kilkakrotnie pytał, czy „nikt niczego złego o nim nie pomyślał”, przeproszał „na zapas”. Rozważał „własną śmierć”. Płacząc opowiadał, jak marzył, by „rozjechał go tramwaj, ale przypadkowo”, bo samobójstwa by nie popełnił. „Bóg go zabierze”, ale „tym bardziej uważał na drogę, by nie wpaść pod tramwaj, bo jest katolikiem”. Lubił

czytać książki o śmierci. Dbał o swoje sprawy, obawiał się odebrania mu renty.

Stan psychiczny

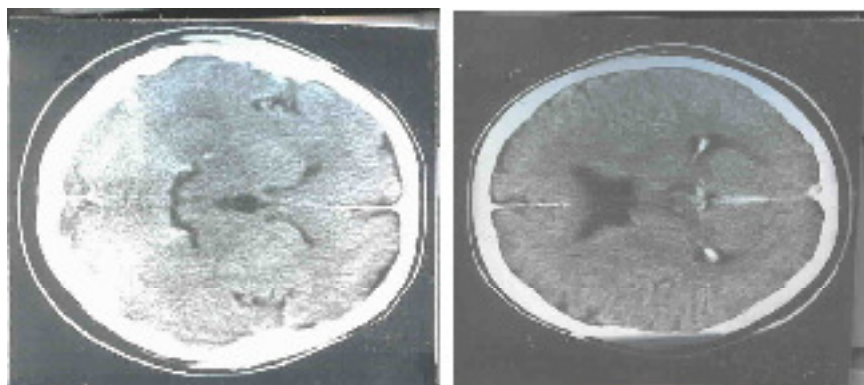
Pacjent w dobrym kontakcie słownym i afektywnym, w wypowiedziach rozwlekły, drobiazgowy, ceremonialny. Prawidłowo i wszechstronnie zorientowany. Sprawność umysłowa w normie. Napęd psychoruchowy obniżony. Pacjent bierny, bez inicjatywy. Zaburzeń spostrzegania nie przejawia, ma poczucie mniejszej wartości, nieprzydatności, beznadziejności. W myśleniu przeważają dygresje, ruminacje, stereotypie. Nastrój obniżony, bez wahań dobowych, labilny afektywnie. Chory podkreśla poczucie krzywdy i brak przeżywania radości, krytycyzm obniżony. Cechy anankastyczne.

Rozpoznanie: Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42.8). Organiczne zaburzenia osobowości (F07).

Chory w klinice przebywał 3-krotnie, z powodu deklaracji samobójczych i pogorszenia nastroju. Stan internistyczny i neurologiczny bez zmian Wyniki badań dodatkowych w normie. Zapis EEG prawidłowy. Badania neuropsychologiczne wykonane zostały przed leczeniem. Chory leczony był pernazyną do 200 mg, fluoksetyną (do 60 mg na dobę), po których natręctwa myślowe zmniejszyły się. Poddawany był także oddziaływaniom psychoterapeutycznym. Po kilku tygodniach leczenia fluoksetyną poprawie uległ nastrój, sen; pozostały anankastyczne cechy osobowości i pojedyncze natręctwa myślowe. Nie potwierdzono podejrzenia schizofrenii. W badaniu TK głowy z dnia 22.12.1999 ujawniono torbiel przegrody przezroczystej.

Badanie psychologiczne przeprowadzono za pomocą następujących metod:

1. Posłużono się Inwentarzem Depresji Becka [28] – 28 pkt oznaczało znaczne nasilenie objawów depresyjnych.



Rys. 1 Obrazy TK głowy ujawniające torbiel przegrody przezroczystej

2. Bieg Ścieżki Życiorysowej [29] wykazał silny związek z rodzicami, pozytywną oceną relacji z rodzicami, brak znaczących relacji z rówieśnikami.

3. Uwaga i zakres werbalnej pamięci bezpośredniej materiału niezorganizowanego znaczeniowo oceniano za pomocą podtestu „Powtarzania cyfr” (WAIS-R) [30] – wynik całkowity 11 pkt: cyfry wprost 6 pkt, cyfry wspak – 5 pkt.

4. Zakres werbalnej pamięci odroczonej oszacowano za pomocą podtestu „Pamięci trwałej” ze Skali Pamięci Choynowskiego [31] – 5 pkt (maks. 17 pkt), 3 – konfabulacje.

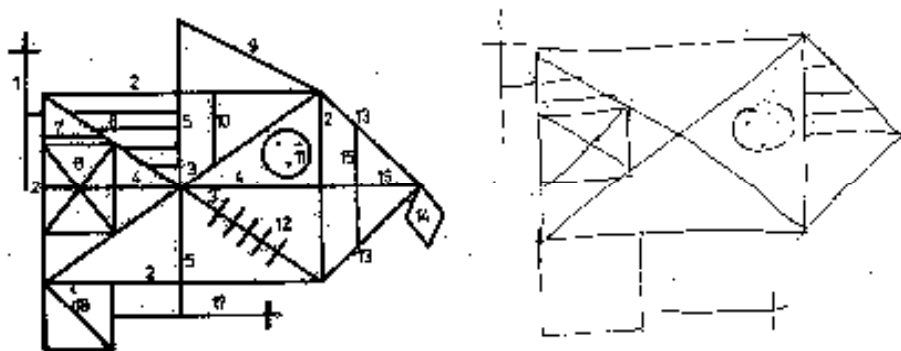
5. Badano fluencję słowną – średnio 9 słów wypowiedzianych w szybkim tempie, po czym rezygnacja: (k) 9 słów, (p) 9 słów, (s) 8 słów.

6. Myślenie pojęciowe oceniono za pomocą podtestu „Podobieństw” (WAIS-R) [30] – 21 pkt (maks. 28 pkt); w tym utworzenie 10 klas adekwatnych, pochodzących od cech ogólnych (20 pkt); 1 klasa – od cechy konkretnej (1 pkt).

7. Rozumienie przyczyn zachowań społecznych i norm społecznych oszacowano za pomocą podtestu „Rozumienia” (WAIS-R) [30] – 24 pkt (maks. 32 pkt).

8. Bezpośrednią i odroczoną pamięć wzrokowo-przestrzenną, poziom strukturalizacji percepcyjnej oceniono na podstawie kopii i reprodukcji Figury Złożonej Reya (rys. 2) [32]. Kopia 36 pkt, reprodukcja 16 pkt.

W reprodukcji (rys. 2) pominięto elementy 10, 12, 15 – związane z dokładnością zapamiętywania wzoru, natomiast odtworzono elementy uznawane za silnie związane z organizacją percepcyjną: 2 (duży prostokąt), 3 (przekątne prostokąta), 11 (jedyny



Rys. 2 Wzór Figury Złożonej Reya z zaznaczeniem 18 elementów oraz reprodukcja wykonana z pamięci po 3 minutach

w figurze element kolisty), 13 (ramiona trójkąta przyległego do prawego boku prostokąta), 18 (mały prostokąt przyległy do dolnego boku dużego prostokąta). Badany pominął elementy wyznaczające kierunek poziomy (element 4 i 16) i pionowy (element 5) oraz przymocowany do osi poziomej romb (element 14). W sposobie wykonania – typ konstrukcji w próbie kopiowania figury i w próbie reprodukcji figury z pamięci. Badany stosował dojrzałe strategie kopiowania. Wynik ilościowy reprodukcji Figury Reya wskazuje na trudności z organizacją materiału (56).

9. Uczenie się wzrokowo-przestrzenne oszacowano za pomocą Testu Diagnozowania Uszkodzeń Mózgu [33]. W ocenie ilościowej obliczono poprawnie odtworzone figury w każdej próbie oraz wynik łączny. Ustalono wskaźnik niestałości WN będący miarą względnej częstości zapomnień. Wskaźniki procesu uczenia się oszacowano na podstawie efektu pierwszeństwa lub efektu świeżości. Analizowano błędy w próbie rozpoznania, polegające na mylnej identyfikacji wzorów jako prezentowanych wcze-

15''	Tab. IX 11. Dwie krewetki mają nogi, czują, wychodzą z jakiegoś ciała, nie wiem, dlaczego są tu, żonę, nie wyglądam na danie do jedzenia	boli (D) A	FM+CF	A, (2), R F, od	debilizacja odnośnienie do siebie krytyka percepcji ruchy rozmachowe
14''	Tab. X 12. Rybki w akwarium 13. Rybki w wodzie 14. Te obrazy – to nie odpowiada zwierzę białe w wodnym, tylko jakby to były myśli, nie umiem od razu skojarzyć z czymś, szukałem odpowiedzi, żeby mieć serce. Uszytkie rzeczy były symetryczne 15. To różowe wygląda jak konik wodny	niebieskie boli (D) brązowe boli (D) żółte boli (D) A różowy ośrodek (D) A	CF CF CF CF	A A A A	debilizacja krytyka percepcji niekrytyka bezwzględna symetria

terminowana ruchem ludzkim; C – wypowiedź zdeterminowana barwą; FM – wypowiedź zdeterminowana ruchem zwierzęcym; m – badany widzi przedmiot martwy w ruchu; Fc – wypowiedź zdeterminowana głównie formą łącznie z barwą; Fc' – wypowiedź zdeterminowana głównie formą łącznie z ciemnoszarą barwą; CF – wypowiedź zdeterminowana barwą i formą; c – wypowiedź zdeterminowana szarą cieniowaną barwą.

Analiza wypowiedzi

Brak wypowiedzi „czystych” F, o niskim poziomie sformułowań, oraz sygnatur specjalnych, takich jak zniekształcenia werbalizacji, kontaminacje, niedorzeczne zestawienia, fantastyczne fabularyzacje, pozwalają na wykluczenie schizofrenii. Przeciętny czas reakcji początkowej i czas wypowiedzi bez znaczenia diagnostycznego. Mała liczba wypowiedzi świadczy o zahamowaniu umysłowym ($A+Ad>50\%$). Wyłącznie dobre formy (100% F+) świadczą o kontrolowaniu myślenia, typowym dla osób z OCD. Pospolite wypowiedzi mogą świadczyć o uleganiu akceptowanym przez innych ludzi formom myślenia. Na zaburzenia nastroju wskazuje szok czerni (tab. IV i VI). Poczucie mniejszej wartości spowodowane sprzeczną motywacją do impulsywnych działań (c') i lękiem (c). Wypowiedzi W (6) świadczą o przeciętnych ambicjach, średniej zdolności do organizowania przyszłości. Brak tendencji do samozanaczania się, dominowania – tab. III, 5 FM>2M. Typ przeżywania ekstawertywny (M:ΣC), z reproduktywną inteligencją, labilnością uczuciową, konformizmem. Uwrażliwienie na codzienną rzeczywistość niższe niż przeciętne ($D<50\%$). Niezdolność do przezwyciężania stanów dysforycznych: 40% wypowiedzi na tab. VIII–X, a 13,3% na tab. IV+VI, impulsywność (Σc:ΣC). Różnicowanie rodzajów ruchów M („mieszają”, „patrzają”, „wyrrywają sobie” – tab. III i VII) świadczy o różnorodności postaw i reakcji, trudności konsekwentnego, jednolitego działania. M agresywne („wyrrywają sobie”) wskazuje na upór i agresywność. M bierne, zastygłe w bezruchu („patrzają”) symbolizuje potrzebę wsparcia. Przewaga wypowiedzi FM świadczy o idealizmie, rozczarowaniu hipokryzją otoczenia. Wysoki egocentryzm określony jest ilorazem

sumy wypowiedzi dotyczących „par”, oznaczanych jako (2) (np. „dwie głowy” – tab. II, „głowy dwóch kobiet” – tab. VII, „idą z dwóch stron” – tab. VIII, „dwie krewetki” – tab. IX), oraz ogólnej liczby wypowiedzi. Wskaźnik ten często występuje u osób z OCD i fobiami [37]. Impulsywność, uczuciowość egocentryczna, infantylna wyrażona jest również stosunkiem FC: (CF+C); niskie zainteresowanie ludźmi (5% wypowiedzi H + Hd). Brak wyobraźni, trudności w funkcjonowaniu intelektualnym (M=2). Cechy osobowości feministyczne, odrzucenie swego heteroerotyzmu, nieświadomy homoseksualizm (bukiet – tab. IX, przedmioty: butelka od perfum, krem – tab. VII, atrakcyjność koloru brązowego – tab. X), konflikt psychoseksualny (szok w tab. VI). Bezradność, niepewność, stereotypie, drobiazgowość, mało wypowiedzi M – są typowe dla osób z organicznymi uszkodzeniami mózgu [36]. Wypowiedzi o treści agresywnej, zaznaczanie symetrii, detalizacja są typowe dla osobowości epileptoidalnej. Brak wskaźników w ryzyka samobójstwa – mimo deklarowanych chęci skrócenia sobie życia pacjent jest przywiązany do życia [38]. Obsesyjność wyrażająca się krytyką dwóch perceptów, dotycząca zgodności perceptów z kształtem interpretowanej plamy (tab. IX i X) zmniejsza u badanego prawdopodobieństwo samobójstwa. Krytyka perceptu świadczy o ostrożności, lękliwości. Mechanizmy obronne nerwicowe, takie jak negacja (tab. II, V, VI, X), formowanie reakcji przeciwstawnej, intelektualizacja (tab. X), charakterystyczne dla *borderline* – identyfikacja projekcyjna (tab. II, III, IV) i typowe dla depresji poczucie niskiej wartości [39, 40, 41].

Wnioski z testu Rorschacha: Osobowość o cechach sztywnych, epileptoidalnych i anankastycznych (F60.5), z dużą komponentą tłumionej agresji, podejrzeniem tendencji homoseksualnych. Wtórne do osobowości cechy depresyjne współistniejące z dysfunkcją oun.

Omówienie wyników

Przypadek jest interesujący ze względu na różnorodność objawów psychopatologicznych. Stosunkowo mało jest opisów zespołu OCD w torbieli przegrody. Cechy charakterologiczne, jakie prezentował badany, odpowiadają zarówno charakteropatii, czyli organicznym zaburzeniom osobowości (F07) (drażliwość, wybuchowość, nietrzymanie afektu, upór, obniżenie uczuciowości wyższej), jak i epileptoidii (lepkość afektu, bezkrytycyzm, zaleganie afektu) [42]. U badanego występowały także natręctwa o tematyce tanatofilnej. Objawy depresyjne były przejaskrawione. Badany niedostatecznie rozumie normy społeczne, ma obniżoną umiejętność wykorzystania wiedzy praktycznej. Objawy psychopatologiczne u pacjenta wraz z mechanizmami zaburzeń ujęliśmy w tabeli na następnej stronie.

Zestawienie powyższe należy traktować z ostrożnością, gdyż możliwości systematyzacji są utrudnione ze względu na współistnienie różnych objawów psychopatologicznych.

Tabela 1

Systematyzacja objawów psychopatologicznych występujących u pacjenta

Intelekt	Zespół psychopatologiczny	Osobowość
Jeśli oszczędnie obniżenie werbalnych i niewerbalnych funkcji, pomieszanie ekspresji i odróżczoności (?)	OCD	„Sprzeżenie (OCD) – en między osobą do m ¹ północ b ¹ „samokontrola i impulzywność”, perfekcyjność, mechanizm obronny – negacja, formowanie reakcji przez awersyjną intelektualizację
Szybkość zahamowania, spowolnienie intelektualne (np. fluencja słowna)	zespół depresyjny	Niedojrzałość emocjonalna, zależność od innych (tłój: rodziców), obniżenie wartości, psychostenia, poczucie niskiej wartości
Wady perswazji i kombatacji, obniżenie funkcji niewerbalnych, rozważności myślenia	Osobowość epileptoidalna	Ubożenie życia wewnętrzne, egocentryzm, odcięcie do siebie, niuflowe agresywne i nie zadowolone ludźmi, zażegnanie efektu; mechanizm obronny – identyfikacja projekcyjna

Interesującą koncepcję OCD ze współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi przedstawił Salkovskis [43], według którego nastrój depresyjny może indukować natrętne myśli dzięki selektywności uwagi, a czynności przymusowe są wzmacniane poprzez ich rolę w redukcji niepokoju. Neurobiologiczna i neuropsychologiczna koncepcja OCD obejmuje hiperaktywność oczodołowej części kory czołowej, kory zakrętu obręczy i jądra ogoniastego [5, 3]. U pacjentów z OCD zaobserwowano mniejszą w stosunku do osób zdrowych skorupę i jądro ogoniaste [44, 45]. Nadaktywny obwód korowo-prążkowiowo-wzgórzowo-korowy może prowadzić do ruminacji i natręctw. Prążkowie otrzymuje serotonergiczne włókna z jąder grzbietowych szwu. W zespole OCD stwierdzono zwiększenie metabolizmu glukozy w jądrze ogoniastym i płatach czołowych [46, 47]. Możliwa rola przegrody przezroczystej w patogenezie objawów OCD wynika z jej neuroanatomii, gdyż jest to struktura, która ma obustronne połączenia z innymi ośrodkami układu limbicznego, pełniąc prawdopodobnie funkcję modulującą aktywność tych struktur. Zewnętrzny układ kontrolny obejmuje aksony biegnące w sklepieniu, których źródłem są neurony przegrody. Zadaniem tego układu jest kontrola czynności bioelektrycznej hipokampa, a przejawem działania rytm theta pojawiający się w hipokampie podczas rozpoznawania przez tę strukturę nowego zadania i w trakcie procesu zapamiętywania. Neurony przegrody stanowią swoisty rozrusznik dla czynności neuronów hipokampa [48].

Aktywność metaboliczna kory czołowej może być obniżona przez inhibitory wchłaniania zwrotnego serotoniny (SSRI). Podawanie tych leków u chorych z uszkodzoną przegrodą ma jeszcze inne uzasadnienie. Zaobserwowano u nich spadek poziomu serotoniny w mózgu, której przypisuje się hamujący wpływ na zachowania agresywne i popędowe. W omawianym przypadku stan psychiczny chorego poprawił się na tyle, że był w stanie funkcjonować w społeczeństwie.

**Èriçerëüüñ-äld'dlñncäiüé nçiadtë ó äieüñäi ñ eçññie d'diçdfr=ñé d'ldlaidiäeç.
Đñçóçrnäç=lnçil ç d'ñçöiëiäç=lnçil id'çñířel ířäçtälíč**

Ñiäldçříel

Â dräml d'dlänñräeliü inñäü ílédiaçieüäç, ýäädçieüäç ç d'rñieüäç äřçieé nñdóçñódu èçëäç=lnçie-d'diçdfr=ñé d'ldlaidiäeç. Ó d'föçlñř ñ eçññie d'diçdfr=ñé d'ldlaidiäeç äçřäiññçdiäří èriçerëüüñ-äld'dlñncäiüé nçiadtë. Đđialälí eççie=lnçeç řířeilç ç d'ñçöiëiäç=lnçil çñeläiäřiel, çřäřielé çimđñäi äüei onñriäeliel nññi' ic' çinlëelëñóřeüüé ç èç=iññie nöldü äieüñäi. Â çñ-ñeläiäřieç çnd'řeüçäříü äçřäiññç=lnçel' èlniäü ñřçel' eře:

Äëiññřdçé äld'dlñncë Äleçř, Đđialälí řířeilññç=lnçie ñđid'çieç, Èlniä Đidřřóř, ř ñřçel' d'iaälññü – đ'ianđliel öçod, nõiänñäř ç đ'iieçřieç' çç Řeřeü çinlëeçaliöçç Äleçñeldř (WA-IS-R), đ'iänlññ „ñaldäie đ're'ñç" çç Řeřeü đ're'ñç Óieñäñeñäi, ñlññ ñeñälññie ñleç=lnñç, ñeçioçt öçäodó Đí', Ñlññ äçřäiññçdiäřieç' đ'iädliälíč' eičäř (eidlich damberti).

Ó çññeläiäřiiñäi iäifđóçliü äëiäřeüüil ñieçliel' d'içifäřñleüüüö öoiçöçé. Â èç=iññie nöldí – =ldñü ÎND (d'diñçäid'iëiçiiññü nñdlëëliçé èlçäó ñiçirñleüüie d'indláiññüť ñřeieñđieçdiäřieç' ç çed'óeüñçäiññüť, äieçëřäiññü). Ó äieüñäi ä ñññi' icë äld'dlñncë inël=liř ñieçerëüüř' đ'içeññü, çřäçñçeññü in ädóäçö eřälé, ñieçliel' ířñđilíč', d'ñçóřññilíč'. Eđiel' ñiäi ä ýñie ñeó=řl' d'dçñónññäiäřeř =ldñř ýd'çel'd'ñeçäřeüüie èç=iññe (äläiř' äionđliü' çççü, ýäiölinđççé, řädlññçäiññü, çřäldçer' řöleñř).

Anankastisch-depressives Syndrom beim Kranken mit der Zyste des Septums pellucidum; psychiatrisches und psychologisches Fallstudium

Zusammenfassung

In der Arbeit wurden die Grundlagen der Neurobiologie, Embryologie und Pathologie der wichtigen Struktur des limbischen Systems ? Septum pellucidum ? beschrieben. Bei dem Patienten mit der Zyste des Septums pellucidum wurde das anankastisch ? depressive Syndrom diagnostiziert. Es wurden ein klinisches Interview und psychologische Untersuchung durchgeführt, deren Ziel die Diagnose der Persönlichkeitssphäre und der intellektuellen Sphäre war. Es wurden folgende diagnostische Methoden angewandt: Becks Depressionsinventar, Lauf der Lebenslaufspfad, Rorschachs Methode, Untertest: Wiederholung der Zahlen, Ähnlichkeiten und Verstehen aus der Intelligenzskala von Wechsler (WAIS-R), Untertest des „festen Eindruckes" aus der Eindrucksskala von Chojnowski, Wörterfluenztest, zusammengesetzte Figur von Rey, Test für Diagnostizieren der Gehirnverletzungen (Weidlich, Lamberti). Bei dem Untersuchten stellte man eine globale Senkung der kognitiven Funktionen fest. In der Persönlichkeitssphäre ? OCD ? Eigenschaften (Widerspruch zwischen dem bewussten Bedürfnis der Selbstkontrolle und Impulsivität, Perfektionismus), Depressionssyndrom (soziale Unreife, Abhängigkeit von anderen, Stimmungssenkung, Psychasthenie), eliptoidale Persönlichkeit (armes inneres Leben, Egozentrismus, Aggressivität).

Le syndrome d'OCD et de dépression d'un malade souffrant du kyste de septum pellucidum ? description psychologique et psychiatrique d'un cas

Résumé

Ce travail vise à présenter les fondements neurologiques, embryologiques et pathologiques d'une des structures très importantes du système lymphatique – de septum pellucidum. Un malade souffrant du kyste de septum pellucidum est diagnostiqué aussi du syndrome d'OCD et de dépression. Ce patient est examiné encore du point de vue psychologique pour analyser

sa personnalité et son intellect. On utilise les méthodes suivantes: Beck Depression Inventory, Ways of Life, Rorschach test, Subscales – Similarities, Comprehension, Digit Span of the Wechsler Intelligence Scale, Subscale Long-term Memory of the Choynowski's Memory Scale, Verbal fluences test, Rey Complex Figure, Diagnosis of Brain Damages (Weidlich, Lamberti). Chez le malade on trouve : abaissement total des fonctions cognitives, dans sa personnalité – les traits du syndrome d'OCD (opposition de la nécessité de la self-control et de l'impulsivité, de perfection), dépression (immaturité sociale, dépendance des autres, psychasthénie), personnalité épileptique (pauvre vie mentale, égocentrisme, agressivité, persistance de l'affect).

Piśmiennictwo

1. Mazurkiewicz J. *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej*. Warszawa: PZWL; 1980, s. 22–27.
2. Zagrodzka J. *Neurofizjologiczne mechanizmy zachowania emocjonalnego*. W: Górka T, Grabowska A, Zagrodzka J, red. *Mózg a zachowanie*. Warszawa: PWN; 1997, s. 373–374.
3. Heimer L, Wilson R. *The subcortical projections of the allocortex: Similarities in the neural associations of the hippocampus, the periform cortex, and the neocortex*. W: Santini M, red. *Golgi Centennial Symposium*. New York: Raven Press; 1975.
4. Talairach J, Bancaud J, Geiger S. *The cingulate gyrus and human behavior*. *Electroencephal. Clin. Neurophysiol.* 1973; 34: 45–52.
5. Dray A. *The physiology and pharmacology of mammalian basal ganglia*. *Prog. Neurobiol.* 1980; 14: 221–335.
6. Nowicki Z. *Znaczenie rozszerzonych jam przegrody przezroczystej w psychopatologii (przyczynek do poznania roli przegrody w życiu emocjonalnym)*. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 1975; 5: 457–473.
7. Gorczyca PW, Matysiakiewicz JA. *Zaburzenia psychiczne u chorych z torbielą przegrody przezroczystej: opis dwu przypadków*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2000; 9 (supl. 3): 35–38.
8. Kwon JS, Shenton ME, Hirayasu Y, Salisbury DF, Fischer IA, Dickey CC, Yurgelon-Todd D, Tohen M, Kikinis R, Jolesz FA, Mc Carley RW. *MRI study of cavum septi pellucidi in schizophrenia, affective disorder, and schizotypal personality disorder*. *Am. J. Psychiatry* 1998; 4: 509–515.
9. Nopoulos PC, Giedd JN, Andreasen NC, Rapoport JL. *Frequency and severity of enlarged cavum septi pellucidi in childhood-onset schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry* 1998; 8: 1074–1079.
10. Nopoulos P, Krie A, Andreasen NC. *Enlarged cavum septi pellucidi in patients with schizophrenia*. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc.* 2000; 12: 344–349.
11. Nopoulos P, Swayze V, Andreasen NC. *Pattern of brain morphology in patients with schizophrenia and large cavum septi pellucidi*. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc.* 1996; 8: 147–152.
12. Supprian T, Sian J, Hoffman E, Warmuth-Metz M, Solymosi L. *Isolated absence of the septum pellucidum*. *Neuroradiol.* 1999; 8: 563–566.
13. Insel TR. *Toward a neuroanatomy of obsessive compulsive disorder*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 739–744.
14. Hollander E, Zohar J, Marazziti D, Olivier B. *Obsessive compulsive disorder*. Chichester–New York–Brisbane–Toronto–Singapore: John Wiley & Sons; 1994.
15. Bochenek A, Reicher M. *Anatomia człowieka, t. IV*. Warszawa: PZWL; 1993.
16. Kasprzak E, Kozłowska J, Franczak J, Wawrzycka B. *Występowanie jamy przegrody przezroczystej w ośrodkowym układzie nerwowym u noworodków i wcześniaków*. *Gin. Pol.* 1998; 69 (12): 1097–1102.
17. Bartel H. *Embriologia*. Warszawa: PZWL; 1999.
18. Jakimowicz W. *Neurologia kliniczna w zarysie*. Warszawa: PZWL; 1987.

19. Wald I, Członkowska A. *Neurologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1987.
20. Nowak S. Występowanie guzów w przedniej części komory III mózgu i strukturach otaczających na podstawie materiału Kliniki Neurochirurgii AM w Poznaniu. *Neurol. Neurochir. Pol.* 1993; 27 (5): 701–707
21. Aldur MM, Gurcan F, Basar R, Aksit MD. Frequency of septum pellucidum anomalies in non-psychotic population: a magnetic resonance imaging study. *Surg. Radiol. Anat.* 1999; 21 (2): 119–123.
22. Czochońska J. *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL; 1990.
23. Warlow Ch. *Neurologia*. Warszawa: PZWL; 1996.
24. Gangemi M, Maiuri F, Donati PA, Signorelli F, Basile D. Endoscopic surgery for monoventricular hydrocephalus. *Surg. Neurol.* 1999; 52 (3): 246–250.
25. Morsier G. *La septum telencephalique. Histoire, morphologie, physiologie, teratologie*. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 1968; 101: 251–254.
26. Herman EJ. *Diagnostyka chorób układu nerwowego*. Warszawa: PZWL; 1982.
27. Herman EJ. *Zespoły psychoneurologiczne*. Warszawa: PZWL; 1978.
28. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J. Clin. Psychol.* 1984; 40 (6): 1365–1378.
29. Foltyn W, Nowakowska-Zajdel E, Knopik J, Brodziak A. Wpływ negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa na występowanie depresji u studentów medycyny – doniesienie wstępne. *Psychiatr. Pol.* 1998; 2: 177–186.
30. Brzeziński J, Gaul M, Hornowska E, Machowski A, Zakrzewska M. *Skala Inteligencji D. Wechslera dla Dorosłych. Wersja zrewidowana WAIS- R (PL). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1996.
31. Chojnowski M. *Skala pamięci – instrukcja*. Maszynopis nie publikowany. Warszawa: Pracownia psychometryczna PAN; 1963.
32. Strupczewska B. *Test Figury Złożonej Rey-Osterrietha (TFZ)*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN; 1990.
33. Weidlich S, Lamberti G. *DUM. Diagnozowanie uszkodzeń mózgu wg F. Hillersa. Podręcznik*. Warszawa: Wyd. ERDA; 1996.
34. Grzywak-Kaczyńska M. *Metoda Rorschacha*. Warszawa: PZWL; 1967.
35. Ruszczyk K. *Test Rorschacha*. W: Bogdanowicz M, Oszmiańczuk J, red. *Materiały do nauczania metod diagnostycznych w psychologii*. Gdańsk: Wyd. UG; 1985, s. 119–163.
36. Chojnacka-Szawłowska G. *Metoda Rorschacha w diagnostyce neuropsychologicznej*. Gdańsk: Wyd. UG; 1992.
37. Leśniak FL. *Perceptanaliza w perspektywie pozytywnej dezintegracji. Metoda Rorschacha dla zaawansowanych*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej; 1994.
38. Schiep S. Ryzyko samobójstwa i próba jego diagnozy w świetle metody Rorschacha. *Roczn. Psychol.* 1998; 1: 188–196.
39. Kernberg OF. *Borderline condition and pathological narcissism*. New York: Aronson; 1975.
40. Di Nuovo S. *Diagnoza zaburzeń osobowości typu „borderline” za pomocą testu Rorschacha*. *Przegl. Psychol.* 2000; 1: 101–114.
41. Cooper SH, Perry J, Arnow D. An empirical approach to the study of defence mechanisms: I. Reliability and preliminary validity of the Rorschach Defence Scale. *J. Personality Ass.* 1988; 52: 183–203.
42. Jakubik A. *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: PZWL; 1997.
43. Salkovskis PM. *Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis*. *Behav. Res. Ther.* 1985; 23(5): 571–583.
44. Weilburg JB, Mesulam M, Weintraub T: *Focal striatal abnormalities in a patient with obsessive-*

- compulsive disorder*. Arch. Neurol. 1989; 46: 233–235.
45. Williams AC, Owen C, Health DA. *A compulsive movement disorder with cavitation of caudate nucleus*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1988; 51: 447–448.
46. Nordahl TE, Benkelfat C, Semple WE, Gross M, King AC, Cohen RM. *Cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder*. Neuropsychopharmacol. 1989; 2: 23–28.
47. Baxter LR, Phelps ME, Mazziotta JC, Selin CE, Gerner RH, Sumida RM. *Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1987; 44: 211–218.
48. Moryś J. *Materiały do zajęć z anatomii ośrodkowego układu nerwowego z elementami neurobiologii*. Gdańsk: AMG; 1999.

Otrzymano: 3.10.2001

Zrecenzowano: 18.06.2002

Przyjęto do druku: 27.01.2003

Adres: Piotr Radziwiłłowicz
I Klinika Chorób Psychiczych AMG
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7
E-mail: kolop@amedec.amg.gda.pl

