

Zaburzenia jedzenia jako spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

Eating disorders as a spectrum of obsessive-compulsive disorders

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Klinika Psychiatrii i Młodzieży
Correspondence to: Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

W artykule przedstawiono związki między zaburzeniami jedzenia (jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną) a zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. Omówiono na podstawie przeglądu piśmiennictwa współchorobowość oraz koncepcję spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, do którego niektórzy autorzy kwalifikują również zaburzenia odżywiania się. Przedstawiono cechy wspólne dla zaburzeń odżywiania i innych zaburzeń psychicznych zaliczanych do spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Należą do nich: zbliżony wiek wystąpienia pierwszych objawów, przewlekły przebieg, czasem podobne cechy osobowości, a także niektóre zaburzenia w zakresie neuroprzekazników, podobne zmiany stwierdzane w badaniach neuroobrazowych, być może również uwarunkowania genetyczne, jak i pozytywna odpowiedź na leki psychotropowe, działające na przykład na układ serotoninerdyczny. Na podstawie wiedzy, którą dysponujemy aktualnie, nie można jednak z całą pewnością stwierdzić, że najważniejsza cecha, jaką jest wspólna patologia genetyczno-strukturalno-biochemiczna, wskazuje bez wątpliwości, że dane zaburzenia należą do jednego spektrum zaburzeń psychicznych. Problem pozostaje otwarty i oczekiwać można, że dopiero kolejne badania uwarunkowań biologicznych mogą go rozstrzygnąć.

Słowa kluczowe: spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, zaburzenia jedzenia, związki biologiczne, związki psychologiczne

Summary

The article presents the correlations between eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa) and the obsessive-compulsive disorder. Basing on a survey of literature, the comorbidity was discussed along with the spectrum of obsessive-compulsive disorders to which some authors include also the eating disorders. Mutual characteristics of eating disorders and other mental disorders classified among the spectrum of obsessive-compulsive disorders are presented. These include: approximate age when the first symptoms occur, chronic course of the disorders, sometimes similar personality traits, as well as certain disorders within neurotransmitters, similar changes found in neuropicture tests, maybe also genetic conditions, and a positive response to psychotropic drugs affecting, e.g. the serotoninerd system. However, basing on the current knowledge we cannot state explicitly that the most important mutual characteristic, i.e. the mutual genetic-structural-biochemic pathology, indicates clearly that the given disorders belong to one spectrum of mental disorders. The problem is still open and we can expect that it can be solved by further studies of biological conditions.

Key words: spectrum obsessive-compulsive disorder, eating disorders, biological relationships, psychological relationships

Pojęcie spektrum zaburzeń to przede wszystkim próba spojrzenia na niektóre zaburzenia psychiczne nie jako na odrębne jednostki kliniczne, ale raczej na ich pewien wspólny wymiar z charakterystycznymi, zbieżnymi objawami.

W przypadku spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych mamy do czynienia z różnymi zaburzeniami, których kluczowymi objawami są obsesje i kompulsje przejawiające się w różny sposób i w różnych sferach, np. obsesyjnym skoncentrowaniem się na własnym wyglą-

dzie (dysmorfofobie), przymusowym i rytualistycznym zachowaniu charakterystycznym dla tików i zespołu Tourette'a lub wreszcie obsesyjnym lękiem przed przybyciem na wadze i stałym myśleniu o jedzeniu (zaburzenia jedzenia)^(1,2).

Oczywiście, koncepcja spektrum zaburzeń wymaga także, aby zaliczane do niego jednostki kliniczne cechowała wspólna etiologia, to jest te same genetyczne uwarunkowania, wspólny biologiczny substrat, a w konsekwencji podobne możliwości farmakoterapii. Dopiero wtedy bowiem możliwa jest pełna walidacja pojęcia spektrum.

We wszystkich publikacjach dotyczących spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych⁽³⁾ zaburzenia jedzenia, a zwłaszcza jadłowstręt psychiczny i kompulsyjne objadanie się (*binge eating*), wymieniane są jako jedne z ważniejszych jego składowych. Często też zaburzenia jedzenia nazywane są poronnymi – „forme fruste” zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi⁽³⁾.

Sugestia, że jadłowstręt psychiczny jest manifestacją zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, po raz pierwszy została wysunięta przez Palmera i Jonesa już w 1939 r.⁽⁴⁾ W dziesięć lat później Du Bois zaproponował, aby przemianować anoreksję na „nerwicę natręctw z kacheksją”⁽⁵⁾. Jako argument podał, że nawracające regularnie myśli o jedzeniu spełniają kryteria myślenia obsesyjnego, a przymusowa, trudna do skontrolowania chęć unikania jedzenia ma z kolei charakter działania kompulsyjnego.

Rzeczywiście istnieje bardzo duże podobieństwo pomiędzy objawami zespołu obsesyjno-kompulsyjnego a obsesyjnym skupieniem się na problemie chudości i w efekcie jedzeniu oraz rytuałach pomagających w jej osiągnięciu dotyczących jedzenia, np. jedzenie tylko pewnych potraw, zwykle bardzo niskokalorycznych, o pewnych ustalonych porach oraz kompulsyjnych ćwiczeniach gimnastycznych. Podkreślić jednak należy, że podobieństwu objawów towarzyszy inny do nich stosunek. Chorzy cierpiący na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, może poza młodszymi pacjentami, zwykle traktują swoje objawy jako obce, przykre, męczące i niezwykle rzadko mają wątpliwości co do chorobowości ich charakteru. Natomiast dziewczęta chore na jadłowstręt psychiczny nie mają takiego poczucia. Ich obsesyjne skupienie się na odchudzaniu, ćwiczeniach fizycznych i sposobach zachowywania diety wydaje im się naturalne i uzasadnione, choć stałe myśli na ten temat mogą być odczuwane jako przykre i męczące, nigdy jednak nie mają one poczucia, że są to myśli niezgodne z ich wolą lub nonsensowne. Stąd w kryteriach zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych mieści się egodystoniczność objawów, której nie obserwujemy w odniesieniu do pacjentek cierpiących na zaburzenia jedzenia. Podobnego zdania są Stern i Cobb oraz Garfinkel i Garner^(6,7).

Jedna z pacjentek cierpiących na trwający od kilku lat jadłowstręt psychiczny jadła posiłki o ściśle określonych porach i jedynie wybrane produkty w ustalonej kolejności. Była gotowa jechać na drugi koniec miasta, nawet

późno wieczorem, jeśli zabrakło jej jogurtu konkretnej firmy, i nawet jeśli inny, dostępny był tak samo niskokaloryczny. Ponieważ śniadanie „musiało” być zjedzone o godzinie 11.00, uciekała się do różnych wybiegów, aby opuścić szkołę i zjeść je w domu. Czasami nie było to możliwe i wtedy ogarniał ją bardzo silny niepokój niepozwalający skupić się na lekcji.

Inna pacjentka, także chorująca na jadłowstręt psychiczny, ściśle określoną liczbę godzin dziennie poświęcała na wykonywanie ćwiczeń w wyznaczonej kolejności. Ponieważ harmonogram jej dnia był dosyć napięty musiała wstawać w tygodniu o 5 rano i ćwiczyć przed pracą. Nie skarżyła się z tego powodu, argumentując, że jest to jej własny wybór, a ćwiczenia podnoszą jej sprawność fizyczną i mają dużą wartość dla zdrowia. Jednak sugestie, aby czasami zrezygnowała, np. po źle przespanej lub poświęconej na pracę nocy, spotykały się ze zdecydowaną odmową.

Oczywiście należy zastanowić się nad relacją dwu pojęć: pojęcia spektrum i pojęcia współzachorowalności (*comorbidity*). Powstaje wtedy pytanie, czy powinniśmy traktować zaburzenia jedzenia jako część spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, czy też te ostatnie zaburzenia współlistnieją z zaburzeniami jedzenia, podobnie jak zaburzenia lękowe czy też depresja. Być może mamy do czynienia z oboma typami zjawisk. Bastiani i wsp. są zdania, że obsesje i kompulsje związane z jedzeniem są egosyntoniczne, podczas gdy inne objawy zaburzenia kompulsyjnego, towarzyszące zaburzeniom jedzenia, charakteryzuje typowa egodystoniczność⁽⁸⁾. Jest to jednak raczej akademicka dyskusja, szczególnie na obecnym poziomie wiedzy o etiologii obu tych zaburzeń. Wrócimy do niej na zakończenie naszego artykułu.

Ciekawą hipotezę zaproponował Rothenberg⁽²⁾. Sądził on, że istnieje powiązanie pomiędzy objawami obsesyjno-kompulsyjnymi i depresyjnymi w jadłowstręcie psychicznym. W momencie załamania się obron w postaci objawów obsesyjno-kompulsyjnych mogą pojawić się u pacjentek zaburzenia depresyjne^(9,10). Z kolei Garfinkel i Garner sugerują, że długotrwałe głodzenie się dające w rezultacie znaczne wyniszczenie może być odpowiedzialne za powstawanie objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych⁽⁶⁾. Jako argument autorzy ci przytaczają badania nad głodzącymi się ochotnikami, u których w stanach znacznego wyniszczenia pojawiły się objawy anorektyczne oraz cechy obsesyjne.

Wielu badaczy próbowało ocenić jakość i częstość występowania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w przebiegu zaburzeń jedzenia. Toner stwierdził, że 34% chorych cierpiących na jadłowstręt psychiczny miało w wywiadzie objawy obsesyjno-kompulsyjne, a według Halmi zachorowalność życiowa dla zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego wynosiła w tej grupie pacjentek 26% i była wyższa wśród chorych na anoreksję nieobjadających się^(9,11,12). W obu badaniach liczby te były wyższe niż w grupie kontrolnej bez zaburzeń odżywiania się.

W ostatnio opublikowanych, wielośrodkowych badaniach amerykańsko-europejskich ich autorzy podjęli próbę oceny, jaki typ natręctw i z jaką częstością występuje w jadłowstręcie psychicznym. Na uwagę zasługuje fakt, iż badana populacja była bardzo duża – liczyła bowiem 324 osoby. Ta grupa została podzielona na dwie podgrupy: pacjentów z jadłowstrętem psychicznym o typie restrykcyjnym – 147 osób oraz pacjentów z jadłowstrętem psychicznym o typie przeczyszczająco-wymiotującym – 177 osób. Objawy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego tej grupy porównano z grupą kontrolną, którą stanowiło 115 chorych cierpiących tylko na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, posługując się kwestionariuszem YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale). Wyniki tych badań wskazują na to, że obsesje i kompulsje występowały u 68% pacjentek z restrykcyjną postacią anoreksji i u 79,1% z postacią bulimiczną. Podgrupa anoreksji nie różniła się od grupy kontrolnej w zakresie częstości obsesji dotyczących symetrii i somatycznych oraz kompulsji sprawdzania, porządkowania i zbieractwa. Wszystkie inne kategorie natręctw występowały rzadziej u chorych na anoreksję niż w grupie kontrolnej. Badania te potwierdziły wyniki wcześniejszych prac, z których wynikało, że natręctwa występują u około 70% pacjentek chorych na anoreksję, a najczęstszą ich formą są obsesje symetrii oraz natrętne porządkowanie i przekładanie⁽¹³⁾.

Innym, ważnym aspektem relacji pomiędzy zaburzeniami odżywiania a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi jest częste występowanie u chorych cierpiących na jadłowstręt psychiczny osobowości perfekcyjnej, anankastycznej, której związek z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi nie budzi poważniejszych wątpliwości⁽¹⁴⁾. Freud i inni psychoanalitycy postulowali istnienie kontinuum pomiędzy tą osobowością a nerwicą natręctw⁽¹⁵⁾. Wiele badań wskazuje na znaczne wyższe wyniki w zakresie perfekcjonizmu jako cechy osobowości dziewcząt cierpiących na anoreksję w porównaniu ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej. Co więcej, wyniki te nie zmieniły się po odzyskaniu przez pacjentki normalnej wagi i ustąpieniu innych objawów choroby.

Ostatnie, wielośrodkowe badania nad zaburzeniami odżywiania potwierdziły tę hipotezę. W badaniach tych całą, liczącą 322 osoby grupę chorujących na jadłowstręt psychiczny podzielono na trzy podgrupy: osoby z restrykcyjną anoreksją, pacjentów z anoreksją z tendencją do przeczyszczania i trzecią grupę osób przeczyszczających się i objadających się⁽¹⁴⁾. Pacjentki cierpiące na jadłowstręt psychiczny charakteryzowały znacznie wyższe wyniki w Wielowymiarowej Skali Perfekcjonizmu i w podskali Perfekcjonizmu testu EDI (Eating Disorder Inventory). Nie zaobserwowano także znaczących różnic pomiędzy trzema typami anoreksji, zwłaszcza w teście EDI. Autorzy badań sądzą, że ich wyniki potwierdzają tezę, że perfekcjonizm jest naczelną cechą osobowości osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny i rozwinęły to stwier-

dzenie, sugerując, że to właśnie perfekcjonizm jako cecha osobowości jest odpowiedzialny za dążenie dziewcząt chorych na anoreksję do uzyskiwania aprobaty otoczenia przez przesadny konformizm wobec oczekiwań, w tym także oczekiwań kulturowych dotyczących wyglądu, a zwłaszcza ograniczania jedzenia i bycia szczupłą. Jak już wspomniano na wstępie, najbardziej istotne dla stwierdzenia przynależności zaburzeń odżywiania do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych byłoby odkrycie wspólnego podłoża neurobiologicznego i genetycznego obu typów tych zaburzeń. Istnieje jednak niewiele badań na ten temat, a ich wyniki nie są rozstrzygające. I tak na przykład Cavallini stwierdził, że zaburzenia spektrum obsesyjno-kompulsyjnego występowały znacznie, bo prawie 10-krotnie, częściej u 458 krewnych osób chorujących na zaburzenia jedzenia, niż u osób z grupy kontrolnej bez takich zaburzeń⁽¹⁶⁾. Stąd sugestia tej grupy badaczy, że geny potencjalnie odpowiedzialne za rozwój zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych mogą być również genami biorącymi udział w powstawaniu zaburzeń odżywiania. Podobne są wyniki innych badań, między innymi badań nad bliźniętami, sugerujące, że oba omawiane schorzenia cechuje podobny czynnik genetyczny. Z kolei badania neuroobrazowe zdają się pokazywać, że oba zaburzenia charakteryzują wspólne zaburzenia w korze czołowej i w rejonach podkorowych i limbicznych, zwłaszcza w połączeniach czołowo-podkorowych⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Istnieje także spora liczba badań neurofizjologicznych i farmakologicznych wskazujących na zaburzenia w czynności serotoniny zarówno u chorych z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, jak i u pacjentów z zaburzeniami jedzenia. Chociaż ostatnie badania oraz opisane w pierwszej części artykułu badania wielośrodkowe wydają się wskazywać, że choć prawdopodobnie istnieją pewne wspólne cechy charakterystyczne fenotypu jadłowstrętu psychicznego i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, w tym także perfekcjonizm jako istotna cecha osobowości, to jednak istniejąca patologia dróg mózgowych nie pokrywa się zupełnie i można przypuszczać, że istnieją w niej różne obszary dysfunkcji^(17,19). Tak więc nie można z całą pewnością stwierdzić, że najważniejsza cecha, jaką jest wspólna patologia genetyczno-strukturalno-biochemiczna, wskazująca że dane zaburzenia należą do jednego spektrum, w tym przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i zaburzeń odżywiania, została w pełni potwierdzona^(21,22). Problem pozostaje otwarty i oczekiwać można, że dopiero bardziej zaawansowane badania genetyczne przyczynią się do jego ostatecznego rozstrzygnięcia.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Rabe-Jabłońska J.: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30: 187-200.

2. Rothenberg A.: Eating disorders as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry* 1986; 49: 45-53.
3. Den Boer J.A., Westenberg H.G.M.: Focus on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders, Syn-Thesis. Amsterdam, Netherlands 1997.
4. Palmer H.D., Jones M.S.: Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. *Arch. Neurol. Psychiatry* 1939; 41: 856-860.
5. Du Bois F.S.: Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa). *Am. J. Psychiatry* 1949; 106: 107-115.
6. Garfinkel P.E., Garner D.M.: Anorexia Nervosa: a Multi-dimensional Perspective. Brunel Mazel, New York 1982.
7. Stern R.S., Cobb J.P.: Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *Br. J. Psychiatry* 1978; 132: 233-239.
8. Bastiani A.M., Altemus M., Piggot T.A. i wsp.: Comparison of obsession and compulsion in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biol. Psychiatry* 1996; 39: 966-969.
9. Toner B.B., Garfinkel P.E., Garner D.M.: Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. *Int. J. Psychiatry Med.* 1988; 18: 357-364.
10. Wade T.D., Bulik C.M., Neale M., Kendler M.S.: Anorexia nervosa and major depression: shared and environmental risk factors. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 469-471.
11. Halmi K.A., Sunday S.R., Klump K.L. i wsp.: Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 33: 308-319.
12. Halmi K.A., Sunday S.R., Strober M. i wsp.: Perfectionism in anorexia nervosa variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1799-1805.
13. Matsunaga H., Miyata A.N., Iwasaki U. i wsp.: A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry* 1999; 40: 337-342.
14. Hewitt P.L., Flett C.L., Ediger E.: Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *Int. J. Eat. Disord.* 1995; 18: 317-326.
15. Freud S.: Uwagi na temat pewnego przypadku nerwicy natręctw W: Charakter a erotyka. Wyd. KR, Warszawa 1996.
16. Cavallini M.C., Riboldi C., Bellodi L.: Genetic aspects of eating disorders and obsessive-compulsive disorder: genetic models. W: Bellodi L., Brambilla F. (red.): Eating Disorders and Obsessive-Compulsive Disorders: an Etiopathogenic Link? Centro Scientifico Editore, Turin 1999.
17. Kaye W.H., Lilenfeld L.R., Berrettini W.H. i wsp.: A search for susceptibility loci for anorexia nervosa: methods and sample description. *Biol. Psychiatry* 2000; 47: 794-803.
18. Klump K.L., Miller K.B., Keel P.K. i wsp.: Genetic and environmental influences in a population-based twin sample. *Psychol. Med.* 2001; 31: 734-740.
19. Keys A., Brozek J., Henschel A. i wsp.: The Biology of Human Starvation. University of Minnesota Press, Minneapolis 1950.
20. Lilenfeld L.R., Kaye W.H., Greeno C.G. i wsp.: A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998; 55: 603-610.
21. Bulik C.M., Sullivan P.F., Wade T.D., Kendler K.S.: Twin studies of eating disorders: a review. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 2-20.
22. Holden N.L.: Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Br. J. Psychiatry* 1990; 157: 1-5.

Szanowni Prenumeratory!

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 2 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków prenumerata czasopisma „PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA KLINICZNA” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwiła doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego.

Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty
lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.