

Współwystępowanie i charakter objawów obsesyjno-kompulsyjnych w jadłowstręcie psychicznym

Comorbidity and characteristic of obsessive-compulsive symptoms in anorexia nervosa

Magda Błachno, Anita Bryńska

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Wolańczyk

Summary

There is constant interest in possible relations between obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders, particularly anorexia nervosa (AN). The comorbidity rate for OCD and AN is reported to be between 10% and even 40%. There is also an increased incidence of prior AN in OCD patients and high number of anorectic patients with obsessional premorbid personality. Similarities between AN and OCD lie in the symptoms of the disorders: intrusive, fearful thoughts, a compulsive need to perform rituals aimed at reducing the level of anxiety and obsessions maintaining these rituals. In case of AN, these behaviours revolve around food and thinness, whereas in OCD they are of more general and differential in type. Research on AN-OCD relations provides interesting insights, but also presents some limitations. The purpose of this review is to analyse and discuss the specificity of relations between symptoms of AN and OCD.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, współwystępowanie
Key words: anorexia nervosa, obsessive-compulsive disorder, comorbidity

Wprowadzenie

Liczne obserwacje kliniczne i wyniki badań dowodzą, że u osób z jadłowstrętem psychicznym (anorexia nervosa – AN), zwłaszcza podtypem restrykcyjnym, często występują objawy o charakterze myśli natrętnych oraz powtarzalnych i zrytualizowanych zachowań, których nasilenie osiąga niekiedy poziom uzasadniający postawienie dodatkowego rozpoznania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (obsessive-compulsive disorder – OCD). Niektórzy badacze uznają wręcz AN za szczególną odmianę OCD i włączają jadłowstręt psychiczny w tzw. spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [1], dodatkowo uzasadniając to wspólną serotonergiczną etiologią obu zaburzeń [2]. Obsesje oraz kompulsje towarzyszące AN najczęściej dotyczą jednak zagadnień wagi i wyglądu. Przyjmują postać przymusowego rozmyślania o jedzeniu,

diecie, własnym wyglądzie oraz powtarzalnych czynności mających na celu dalszą utratę masy ciała, powstrzymywanie się od jedzenia bądź skrupulatne regulowanie przyjmowanych posiłków i liczenie kalorii [3]. Za szczególną postać czynności natrętnych towarzyszących AN uznawane są intensywne ćwiczenia fizyczne, wykonywane nawet przez 40%–80% chorych [4], a mające na celu utratę wagi bądź utrzymanie jej na niskim poziomie [5]. Powyższa treść i charakter objawów obsesyjno-kompulsyjnych wpisuje się w obraz kliniczny AN, a co za tym idzie, zgodnie z kryteriami DSM-IV [6], nie pozwala na postawienie dodatkowego rozpoznania OCD. Z drugiej strony u osób z AN można również zaobserwować myśli i czynności natrętne o innej tematyce, a ich nasilenie może być porównywalne z nasileniem objawów u osób z OCD, co uzasadnia postawienie podwójnej diagnozy. Treść objawów obsesyjno-kompulsyjnych w tej grupie pacjentów różni się jednak nieco od typowo występujących w OCD, najczęściej spotykane są bowiem poczucie niewystarczająco poprawnego wykonania zadań, przymus zachowania porządku i symetrii oraz nadmierna dokładność i perfekcjonizm [3].

Próbując wyjaśnić zjawisko częstego występowania objawów obsesyjno-kompulsyjnych u pacjentów z AN, rozważano ewentualny wpływ utraty masy ciała i pojawiającego się w konsekwencji stanu niedożywienia. Stwierdzono, że w przypadku osób zdrowych, w razie ograniczenia dostępu do pokarmu, dochodzi do wzrostu nasilenia zachowań kompulsyjnych oraz myśli o charakterze natrętnym, głównie związanych z poszukiwaniem i spożywaniem jedzenia [7]. Zachowania te uznawane są za działania adaptacyjne, ukierunkowane na aktywację jednostki. Obserwacje te skłaniają do postawienia hipotezy, że objawy obsesyjno-kompulsyjne u chorujących na AN mogą być konsekwencją głodzenia się, za czym może przemawiać również fakt występowania OCD zwłaszcza u pacjentek z AN będących w stanie skrajnego niedożywienia i wyniszczenia. Z drugiej jednak strony, część badań retrospektywnych dowodzi obecności objawów obsesyjno-kompulsyjnych jeszcze przed pojawieniem się epizodu zaburzeń odżywiania [8] oraz na niewielką redukcję ich nasilenia w trakcie leczenia lub też na ich redukcję po odzyskaniu należynej masy ciała z dalek utrzymującymi się cechami osobowości obsesyjno-kompulsyjnej [9]. Występujące nadal, mimo wyzdrowienia, objawy obsesyjno-kompulsyjne to przede wszystkim objawy właśnie charakterystyczne dla grup osób z AN, a więc np. przymus zachowania porządku i symetrii oraz nadmierna dokładność [10].

Powyższe obserwacje skłaniają do przeanalizowania częstości współwystępowania jadłowstrętu psychicznego z objawami o charakterze obsesyjno-kompulsyjnym/zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym/, osobowością typu obsesyjno-kompulsyjnego oraz zastanowienia się nad ewentualnymi przyczynami zaobserwowanych rozbieżności.

Występowanie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u osób z AN, jadłowstrętu psychicznego u pacjentów z OCD

Występowanie OCD u osób z AN jest zjawiskiem bardzo częstym, a część badaczy twierdzi wręcz, że zaburzenie to jest drugim, po depresji, zespołem psychopatologicznym towarzyszącym zaburzeniom odżywiania się [11]. Metaanalizy badań prowadzonych w tym zakresie dostarczają jednak dość rozbieżnych danych. Praca Steinhausena

i Glanville [12] podsumowująca analizy katamnestyczne z lat 1953–1981 wskazuje na zróżnicowanie odsetka występowania OCD w AN od 6% do 23%, podobnie nowsze badania – od 10% do 40% [11, 13, 14, 15, 16]. W opozycji do powyższych obserwacji można postawić prowadzone przez kilka lat badanie Błachno [17], w którym w grupie 136 pacjentek z AN żadna nie spełniała kryteriów wymaganych do rozpoznania OCD ani subklinicznej postaci tego zaburzenia. Sytuacja ta skłania do zadania pytań o przyczyny takich różnic. Potencjalnie może być ich kilka, m.in. warto zastanowić się nad sposobem rozpoznawania OCD u osób z AN. W większości przytaczanych prac wątpliwości wzbudza interpretacja uzyskanych wyników badań kwestionariuszowych, niezależnie od rodzaju zastosowanego narzędzia. Warto podkreślić, że skale wykorzystywane do wykazania obecności objawów obsesyjno-kompulsyjnych przydatne są przede wszystkim do wyodrębnienia grupy „podwyższonego ryzyka” wystąpienia tego zaburzenia, w związku z czym uzyskany wynik nie jest wystarczający do postawienia rozpoznania OCD w pełni spełniającego kryteria diagnostyczne. Brak uszczegółowienia diagnostycznego uzyskanych wyników powoduje, że nie mamy do czynienia z oceną faktycznego rozpowszechnienia OCD, ale wyłącznie z oceną częstotliwości występowania objawów obsesyjno-kompulsyjnych, szeroko definiowanych, w tym być może także odnoszących się do kwestii wagi i wyglądu, a więc z definicji wpisanych w obraz AN. Uwzględniając te zastrzeżenia, warto podkreślić, że w badaniu Błachno [17] odsetek pacjentek zakwalifikowanych do grupy „podwyższonego ryzyka” wystąpienia tego zaburzenia (a nie rozpoznania OCD) oszacowany został na 25%, co stanowi wynik porównywalny z wynikami powyżej przytaczanych prac. W badaniu tym diagnoza nie była stawiana wyłącznie na podstawie subiektywnej oceny danych uzyskanych za pomocą kwestionariusza. Liczba rozpoznań fałszywie dodatnich lub fałszywie ujemnych (np. mogących być pochodną braku rozumienia istoty objawów obsesyjno-kompulsyjnych lub tendencji do ich ukrywania) została ograniczona dzięki indywidualnemu badaniu psychiatrycznemu, stałej kontroli obecności objawów w trakcie hospitalizacji oraz obserwacji zachowań i stanu klinicznego pacjentek w czasie pobytu na oddziale.

Prace dotyczące współwystępowania omawianych zaburzeń analizują również zagadnienie częstości rozpoznania OCD u osób z różnym podtypem AN. Wyniki badań nie pozwalają jednak na wysnucie jednoznacznych wniosków. Np. wg Rabe-Jabłońskiej [14] zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne dotyczyło przede wszystkim pacjentek z bulimiczną postacią AN, a wg Godart i wsp. [18] częściej dotknięte były nim osoby z postacią restrykcyjną AN. Z kolei Milos i wsp. [19] twierdzą, że nie istnieje żadna zależność pomiędzy rodzajem zaburzeń odżywiania się a częstością występowania objawów obsesyjno-kompulsyjnych.

Kolejne zagadnienie to występowanie jadłowstrętu psychicznego u pacjentów z OCD. Fahy i wsp. [20] w badaniach z udziałem 105 kobiet ze zdiagnozowanym OCD wykazali, że 11% z nich miało przed zachorowaniem objawy AN. Zbliżone wyniki – 12,9% – uzyskali Rubenstein i wsp. [21], wyższe zaś Tamburrino i wsp. [22], którzy ocenili występowanie AN u osób z OCD na 26% (w przeszłości oraz w czasie trwania aktualnego epizodu). W najnowszych badaniach Sallet i wsp. [23], prowadzonych w grupie 815 pacjentów obu płci z OCD, wykazano częstość występowania zaburzeń odżywiania się na poziomie 11,3%, w tym u 2,1% osób rozpoznano AN. Rozpoznanie zaburzeń

odżywiania się w przeważającej mierze dotyczyło kobiet. Autorzy zwracają szczególną uwagę na fakt, że u osób, u których dodatkowo rozpoznano zaburzenia odżywiania się, w porównaniu z grupą bez takiej diagnozy, istotnie częściej w ciągu lat rozwijały się inne schorzenia, takie jak np. zaburzenia lękowe czy depresyjne, przy czym występowanie dodatkowych diagnoz wpływało na zaostrzenie przebiegu OCD.

Osobowość typu obsesyjno-kompulsyjnego a jadłowstręt psychiczny. AN i OCD jako zaburzenia poznawcze

Wśród czynników predysponujących do AN wymienia się pewne specyficzne cechy osobnicze, w tym szczególne cechy osobowościowe. Osoby cierpiące na AN często opisywane są jako „obsesyjne”, ze zwiększoną potrzebą kontroli, perfekcjonistyczne [24]. Podkreślana jest ich skłonność do introwersji, brak spontaniczności i nastawienia lękowe. Dodatkowo w literaturze można odnaleźć opisy problemów w zakresie słabego dostosowania społecznego, zależności od innych oraz braku dojrzałości emocjonalnej i ambiwalencji w działaniu [25]. Perfekcjonizm oraz potrzeba kontroli przejawia się na wielu płaszczyznach funkcjonowania, przy czym najczęściej cechy te znajdują swe odzwierciedlenie w wysokich aspiracjach dotyczących osiągnięć szkolnych, czy zawodowych, rygorystycznym przestrzeganiu zasad. W badaniach retrospektywnych Anderluh i wsp. [26] wykazali wpływ obecności cech obsesyjno-kompulsyjnych na rozwój zaburzeń odżywiania się oraz zwiększenie ryzyka pojawienia się zaburzeń współtowarzyszących w postaci OCD.

Wymienione powyżej cechy pokrywają się w znacznym zakresie z charakterystyką zaburzeń osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego, określanych w ICD-10 [27] jako osobowość anankastyczna, zaburzenie to charakteryzuje się bowiem nadmiernym postrzeganiem porządku, perfekcjonizmem, umysłową i intrapsychniczną kontrolą. Potrzeby te przyczyniają się do ponoszenia kosztów w postaci utraty łatwości przystosowania, braku otwartości, sprawności i wydajności działania. Główne przejawy to upór, przywiązywanie zbyt dużej wagi do zasad, szczegółów, reguł, perfekcjonizm w działaniu, nadmierne poświęcanie się pracy, aż do zupełnego braku wolnego czasu i wycofania się z kontaktów z innymi ludźmi, drobiazgowość, dokładność, skrupulatność, konserwatyzm w poglądach związanych z moralnością, etyką, wartościami, niechęć do podejmowania współpracy z innymi osobami, chyba że zgodzą się wykonać zadanie w sposób dokładnie uwzględniający określone reguły. Powyższe cechy i zachowania są egosyntoniczne i nie przyczyniają się do pojawiania się uczucia dyskomfortu. Potrzeba działania w takim stylu nie jest wynikiem nasilającego się lęku czy niepokoju, ale posiadania określonych przekonań, kształtujących taki sposób funkcjonowania. W odróżnieniu od osób z OCD, pacjenci z tym typem zaburzeń osobowości rzadko doświadczają typowych objawów obsesyjno-kompulsyjnych, często zaś widoczna jest dążność do nadmiernej samokontroli, niezdecydowanie oraz zahamowanie w sferze emocjonalno-popełdowej [6].

Uwzględniając powyższe dane, warto zastanowić się, w jakim stopniu charakterystyka objawów obserwowanych u osób z AN, a dotyczących potrzeby zachowania symetrii, porządku, czy nadmiernej dokładności, uzasadnia umiejscowienie ich pomiędzy zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym a osobowością typu obsesyjno-kompulsyjnego,

co objawowo bardziej zbliżałoby AN do zaburzeń osobowości. Przed momentem zachorowania na AN cechy obsesyjno-kompulsyjne dostrzegalne są w wielu obszarach funkcjonowania pacjentów [26]. Wyznaczenie sobie wysokich standardów i trudność w ich realizacji powodują wzrost frustracji i narastanie dyskomfortu. Wpływa to w konsekwencji na zawężenie pola działania do kwestii wagi i sylwetki, a perfekcjonizm i potrzeba kontroli realizowane są w działaniach ukierunkowanych na uzyskanie idealnego wyglądu, co doprowadza do pojawienia się pełnoobjawowego obrazu AN.

Warto rozważyć również, czy obserwowane u pacjentek z AN cechy obsesyjno-kompulsyjne, przypisywane rysowi osobowościowemu, nie są konsekwencją szczególnego stylu funkcjonowania w sferze poznawczej. Zgodnie z założeniami modelu poznawczego zaburzenia psychiczne są konsekwencją istnienia irracjonalnych i nielogicznych przekonań. Beck i wsp. [28] zakładają, że życie psychiczne człowieka wpływa na jego zachowanie, a ocena rzeczywistości dokonywana jest poprzez konstrukty poznawcze, czyli tzw. schematy. Według tej koncepcji interpretacja rzeczywistości, a nie samo wydarzenie, wpływa na rozwój negatywnych emocji oraz odpowiedź behawioralną. W przypadku AN i OCD przyjmuje się istnienie pewnych szczególnych konstruktów poznawczych, predysponujących do powstania zaburzeń.

Schemat poznawczy w AN obejmuje przede wszystkim elementy nadmiernej kontroli, myślenie dychotomiczne (inaczej czarno-białe) oraz wartościowanie własnej osoby głównie w kategoriach wagi, wyglądu oraz samokontroli [29]. Istotne znaczenie odgrywają także przekonania dotyczące znaczenia samej choroby w życiu pacjenta, które najczęściej mają charakter pozytywnych treści poznawczych, stanowiących o egosyntonicznym charakterze AN, podtrzymującym zaburzenie i utrudniającym proces zdrowienia. Własne przekonania pacjenta najczęściej dotyczą niskiej samooceny, poczucia bycia złym, bezwartościowym, bezsilnym, braku poczucia własnej skuteczności, efektywności. Tego typu schematy poznawcze mogą rozwijać się jako konsekwencja specyficznej interakcji z najbliższymi oraz otoczeniem (z badań nad rodzinami pacjentów z AN wynika, że doświadczają oni nadmiernej kontroli ze strony bliskich, nadmiernego krytycyzmu i dyscypliny [29]). Ta trudna do zaakceptowania sytuacja powoduje pojawienie się dychotomicznych zachowań kompensacyjnych, które dają poczucie, że jest się wartościowym, idealnym, dobrym, silnym, kontrolującym i perfekcyjnym, co znajduje również swój wyraz w specyficznym, perfekcjonistycznym stylu funkcjonowania oraz działaniach ukierunkowanych na wygląd, sylwetkę i wagę [29]. Myślenie dychotomiczne uniemożliwia pacjentowi zachowanie zdrowych kryteriów szczupłości. Charakter zachowań i dążeń kompensacyjnych w dużej mierze uwarunkowany jest również oczekiwaniami kulturowymi i cywilizacyjnymi współczesnego świata. Dążenie do nadmiernej kontroli i perfekcjonizmu jest dla pacjentów z AN sposobem radzenia sobie i stanowi ochronę przed aktywacją negatywnych przekonań dotyczących własnej osoby. Różne sytuacje życiowe i trudności, często niezależne od pacjenta, mogą powodować dysregulację poznawczo-emocjonalną i zaburzenie równowagi mechanizmów radzenia sobie, powodując poczucie utraty kontroli, co zazwyczaj prowadzi do nasilenia strategii kompensacyjnych, również związanych z odchudzaniem.

Z drugiej strony, charakterystycznym dla pacjentów z OCD zachowaniem jest podejmowanie nieustannych prób (najczęściej przyjmujących postać rytuałów i strategii

unikania) powstrzymania bądź wyparcia natrętej myśli [30]. Świadczy to o dążeniu do utrzymania stałej i nadmiernej kontroli nad własnymi działaniami i procesami myślowymi, na poziomie behawioralnym prowadząc paradoksalnie do zwiększenia uciążliwości i intensywności objawów. Nawracające i niepożądane myśli (tzw. intruzje) występują również u osób zdrowych (nawet do 90% populacji ogólnej wg Rachmana i wsp. [30]). Tym, co różni osoby zdrowe od osób z OCD, jest odmienna odpowiedź na pojawiające się niepożądane myśli. Odmienna i zgodna ze schematem poznawczym interpretacja obecności myśli natrętej polega przede wszystkim na nieracjonalnej ocenie zagrożenia i prawdopodobieństwa negatywnych następstw danego zdarzenia [31]. Narastający w konsekwencji poziom lęku interpretowany jest również jako sygnał zwiększonego zagrożenia i prowadzi do inicjowania przez chorego zachowań neutralizujących (czynności natrętne, rytuały). Dodatkowymi elementami schematu poznawczego charakterystycznego dla OCD są negatywne przekonania dotyczące własnej odpowiedzialności, moralności, decyzywności, efektywności działania, tolerancji niepewności, sprawowania kontroli nad własnymi myślami i zachowaniami oraz myślenie dychotomiczne. Każda z tych treści przyczynia się do aktywizacji działań będących składową OCD. Np. już samo pojawienie się niepożądanej myśli jest wystarczające do dokonania negatywnej oceny własnej osoby, gdyż wg chorego świadczy to o jego prawdziwych pragnieniach czy charakterze. Podobnie jak w przypadku AN osoba z OCD dąży do wykształcenia strategii radzenia sobie z negatywnymi przekonaniami. Prowadzi to do powstania schematu kompensacyjnego – perfekcjonistycznego, nadmiernie odpowiedzialnego, z dążeniem do nadmiernej kontroli, sztywnego i rytualizowanego stylu funkcjonowania, który jest w skrajnej i dychotomicznej opozycji do osobistych przekonań rdzennych.

Jak widać, AN i OCD charakteryzują się nieco odmiennymi konstruktami poznawczymi. Można jednak również odnaleźć w nich wyraźne podobieństwa – np. w obrębie przekonań rdzennych są to treści poznawcze odnoszące się do poczucia bezsilności, braku skuteczności i efektywności w działaniu, bycia złym. Wspólną cechą obu zaburzeń jest także myślenie dychotomiczne i sposób radzenia sobie z negatywnymi przekonaniami, który wyraża się w dążeniu do sprawowania nadmiernej kontroli nad własnym myśleniem i zachowaniem oraz perfekcjonizmem w działaniu. Mimo że strategie te wynikają z przekonań o nie do końca identycznych treściach, to jednak osoby z AN i osoby z OCD mogą być przez otoczenie postrzegane bardzo podobnie w zakresie ich sposobu myślenia, działania, stosowania się do pewnych zasad rządzących życiem i rozwiązywania problemów.

Podsumowanie

Jak widać z powyższego przeglądu, prace poświęcone współwystępowaniu OCD z AN dostarczają nie tylko ciekawych obserwacji, ale i wskazują na liczne problemy i ograniczenia w procesie wnioskowania. Podstawową trudnością wpływającą na dokonanie krytycznej analizy jest zróżnicowana metodyka badań, służąca wykazaniu obecności objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Nie było celem powyższego przeglądu dokonanie wnikliwego porównania użytych metod i narzędzi badawczych, ale trudno nie podać w wątpliwość trafności diagnoz, stawianych wyłącznie na podstawie badań

kwestionariuszowych, bez klinicznej oceny występujących u pacjenta problemów. Jak się wydaje, w części prac skutkuje to zawyżeniem odsetka rozpoznań OCD wśród osób z AN. Wykazanie, że osoba z AN osiąga wyższe wyniki w skalach oceniających obecność objawów obsesyjno-kompulsyjnych w porównaniu z grupą osób zdrowych, czy też wnioskowanie oparte na granicznych „punktach odcięcia” dla danej skali, charakterystycznych dla OCD, nie może być jedynym kryterium diagnozowania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Uzyskanie przez osoby z AN wyników zbliżonych do osiąganych w grupach pacjentów z OCD, niewątpliwie jednak świadczy o bliskich powiązaniach obu zaburzeń.

Kolejne ograniczenie wypływa z samych systemów diagnostycznych, jakimi są klasyfikacje zaburzeń psychicznych ICD lub DSM [6, 27], z ustalonymi arbitralnie przez grupy ekspertów kryteriami i wymogami, koniecznymi do postawienia rozpoznania. Sytuacja ta nakłada na lekarza konieczność jednoznacznego rozpoznania. Utrudnia, bądź wręcz uniemożliwia, zakwalifikowanie w obręb danej diagnozy przypadków heterogennych, nietypowych, różniących się w swych przebiegach od klasycznych, z nakładającymi się innymi objawami psychopatologicznymi. Współwystępowanie, a może raczej nakładanie się objawów i cech zaburzeń, jakimi są AN i OCD, jest kolejnym argumentem uzasadniającym pytanie o sposób konceptualizacji występujących u pacjenta problemów: diagnoza kategoriałna, zgodna z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji, czy też próba stworzenia wielowymiarowego opisu profilu objawów i zachowań pacjenta?

Kolejnym problemem jest nadużywanie określeń „obsesja, obsesyjny”, „kompulsja, kompulsyjny” w odniesieniu do zachowań i cech niespecyficznych i nie wpisujących się w psychopatologię zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Określenia te wykorzystywane są w przypadku wielu kategorii diagnostycznych (szczególnie często w odniesieniu do zaburzeń kontroli impulsów oraz uzależnień), w tym również zaburzeń odżywiania się. Niejednokrotnie w literaturze tematu można spotkać się ze sformułowaniami typu „obsesyjna dążność do zachowania szczupłej sylwetki ciała” lub „kompulsyjne liczenie kalorii”, przy czym behawioralny mechanizm zachowań prezentowanych przez pacjentki z AN, niekoniecznie zawsze musi zawierać charakterystyczny dla OCD element natrętnego przymusu. Mówi się również o „obsesyjno-kompulsyjnym rysie” czy też „obsesyjnym charakterze” pacjentek z AN [32], a niektórzy autorzy wręcz opisują AN jako zaburzenie charakteryzujące się obecnością „obsesji związanych z jedzeniem i wagą” oraz „kompulsyjnych ograniczeń dietetycznych” [33]. Powyższe zjawisko może być nie tylko konsekwencją współwystępowania objawów AN i obsesyjno-kompulsyjnych, ale także obecności osobowości obsesyjno-kompulsyjnej u pacjentek z AN [34], czy też podobieństwa konstruktów poznawczych obu zaburzeń [29, 30, 31].

W kontekście powyższych obserwacji niezwykle ważne wydaje się dalsze badanie i pogłębienie wiedzy o omawianych zagadnieniach. Precyzyjne określenie tego, co rozumiemy pod pojęciem „obsesyjno-kompulsyjny” – czy obecność pełnobjawowego i spełniającego wszystkie wymogi definicyjne schorzenia, czy też raczej pewien szczególny styl poznawczego funkcjonowania i zbiór cech – nie jest tylko rozwiązaniem dylematu akademickiego, ale przede wszystkim ma określone implikacje terapeutyczne, w tym również dotyczące stosownej farmakoterapii.

Совместное появление и характер обсессивно-компульсивных симптомов при психической анорексии

Содержание

Зависимости между обсессивно-компульсивными нарушениями (ОКН) и нарушениями питания, особенно психической анорексией (ПА) являются предметом постоянного внимания. Частота появления ОКН при ПА подсчитывается примерно на 10% до даже и 40%. Ранне появление у пациентов с ОКН психической анорексии, а также предболезненной обсессивно-компульсивной личности у пациентов ПА, это тоже частые явления. Сходство между ПА и ОКН относится, м.п. к симптомам нарушений навязчивым и пробуждающих страх мыслей. Кроме того, появляется навязчивость проведения ритуалов, имеющих ввиду редукцию беспокойства и навязчивых мыслей, поддерживающих эти ритуалы. В случае ПА это поведение концентрируется на вопросах, связанных с питанием и худобой. При ОКН содержание этих симптомов более общее и разнородное. Исследования, посвященные зависимостям между ПА и ОКН приводят к интересным наблюдениям, а также указывают на определенные ограничения. Задачей последующей работы обзорного характера является анализ и дискуссия над спецификой взаимозависимости между симптомами ПА и ОКН.

Слова-ключи: психическая анорексия, обсессивно-компульсивные нарушения, взаимозависимость

Komorbidität und Charakter der obsessiv – compulsiven Symptome in Anorexia nervosa

Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der Interesse standen immer die Abhängigkeiten zwischen der obsessiv – compulsiven Störung (OCD) und den Essstörungen, insbesondere der Anorexia nervosa (AN). Die Häufigkeit der OCD in Anorexia nervosa wird von 10% bis sogar 40% geschätzt. Früheres Vorkommen bei den Patienten mit OCD der Anorexia nervosa und der prämorbidem obsessiv – compulsiven Persönlichkeitsstörung bei den Patientinnen mit Anorexia nervosa sind auch häufige Erscheinungen. Die Ähnlichkeiten zwischen der Anorexia nervosa und der obsessiv – compulsiven Störung betreffen u.a. die Symptome dieser Störungen: obsessive und erschreckende Gedanken und compulsiver Zwang, die Riten auszuführen, die zum Ziel die Angstsenkung und obsessive Gedanken über Aufrechterhalten dieser Riten haben. Bei der Anorexia nervosa konzentrieren sich diese Verhaltensweisen auf die Fragen, die mit dem Essen und schlankem Aussehen verbunden sind, dagegen haben sie in der obsessiv – compulsiven Störung einen allgemeineren, diversen Inhalt. Die Studien an den Abhängigkeiten zwischen der AN und OCD liefern interessante Wahrnehmungen, sie weisen auch auf gewisse Beschränkungen hin.

Das Ziel der vorliegenden Übersicht ist die Analyse und die Diskussion über die Spezifik der gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen den Symptomen von AN und OCD.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, obsessiv – compulsive Störung, Komorbidität

La coexistence et la caractéristique des symptômes du trouble obsessionnel compulsif pendant l'anorexie mentale

Résumé

On s'intéresse continuellement aux relations mutuelles de l'anorexie mentale et du trouble obsessionnel compulsif. La fréquence d'apparition du trouble obsessionnel compulsif pendant l'anorexie mentale est estimée de 10% jusqu'à 40%. Souvent on observe aussi la présence précoce de l'anorexie mentale chez les patients souffrant du trouble obsessionnel compulsif ainsi que la présence de la personnalité du type obsessionnel compulsif chez les patientes souffrant de l'anorexie mentale. La ressemblance de ces deux troubles se lie avec les symptômes tels que : pensées importunes et éffrayantes, nécessité compulsive d'exécuter les rites pour réduire l'anxiété et les pensées importunes

soutenant ces rites. Pendant l'anorexie mentale ces rites se concentrent aux problèmes liés avec les conduites alimentaires et la bonne apparence, durant le trouble obsessionnel compulsif ils sont plus généraux et variés. Les recherches parlant des relations de ces deux troubles sont intéressantes mais elles ont aussi quelques limites. Ce travail vise à analyser et à discuter la coexistence et les relations mutuelles spécifiques des symptômes de l'anorexie mentale et du trouble obsessionnel compulsif.

Mots-clés : anorexie mentale, trouble obsessionnel compulsif

Piśmiennictwo

1. Serpella L, Livingstone A, Neiderman M, Laska B. *Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?* Clin. Psychol. Rev. 2002; 22: 647–669.
2. Kaye WH, Frank GK, Bailer UF, Henry SE. *Neurobiology of anorexia nervosa: Clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems.* Int. J. Eat. Disord. 2005; 37: 15–19.
3. Bastiani AM, Altemus M, Pigott TA, Rubenstein C, Weltzin TE, Kaye WH. *Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder.* Biol. Psychiatry 1996; 39: 966–969.
4. Kohl M, Foulon C, Guelfi JD. *Hyperactivity and anorexia nervosa: behavioral and biological perspective.* Encephal. 2004; 30: 492–499.
5. Davis C, Katzman DK, Kirsh C. *Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa: a psychobehavioral spiral of pathology.* J. Nerv. Ment. Disord. 1999; 187: 336–342.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4 th ed. – text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Davis C, Claridge G. *The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective.* Addict. Behav. 1998; 23: 463–475.
8. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. *The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study.* Biol. Psychiatry 2000; 48: 287–293.
9. Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Raich RM, Alonso P, Krug I, Jaurrieta N, Alvarez-Moya E, Labad J, Menchón JM, Vallejo J. *Obsessive-compulsive and eating disorders: comparison of clinical and personality features.* Psychiatr. Clin. Neurosc. 2007; 6: 385–391.
10. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin JE, Rao R. *Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long term recovery from anorexia nervosa.* Am. J. Psychiatry 1995; 152: 1630–1634.
11. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. *Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa.* Child. Psychiatr. Hum. Develop. 2008; 39: 261–272.
12. Steinhausen HC, Glanville K. *Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings.* Psychol. Med. 1981; 13: 239–249.
13. Thiel A, Züger M, Jacoby GE, Schüssler G. *Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder.* Am. J. Psychiatry 1998; 155: 244–249.
14. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania.* Psychiatr. Pol. 1996; 2: 187–200.
15. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. *Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review.* Inter. J. Eat. Disord. 2002; 32: 253–270.
16. Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, Crow S, Fichter MM, Kaplan AS. *The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders.* Inter. J. Eat. Disord. 2005; 38: 371–374.

17. Błachno M. *Objawy obsesyjno-kompulsyjne u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2011.
18. Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse JL. *Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia?* *Inter. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 772–778.
19. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. *Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating*. *Inter. J. Eat. Disord.* 2002; 31: 284–289.
20. Fahy TA. *Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders*. *Beh. Res. Therapy* 1991; 29: 113–116.
21. Rubenstein CS, Pigott TA, L'Heureux F, Hill JL, Murphy DL. *A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder*. *J. Clin. Psychiatry* 1992; 53: 309–314.
22. Tamburrino MB, Kaufman R, Hertzler J. *Eating disorder history in women with obsessive compulsive disorder*. *J. Am. Med. Assoc.* 1994; 49: 24–26.
23. Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A, Hounie AG, Fossaluzza V, do Rosario MC, Fontenelle LF, Petribu K, Fleitlich-Bilyk B. *Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates*. *Int. J. Eat. Disord.* 2010; 43: 315–325.
24. Halmi K. *Obsessive-compulsive personality disorder and eating disorders*. *Eat. Disord.* 2005; 13: 85–92.
25. Rajewski A, Talarczyk-Więckowska A. *Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego*. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30: 811–820.
26. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. *Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype*. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 242–247.
27. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostics criteria for research*. Geneva: World Health Organization; 1993.
28. Beck AT, Rush AJ, Saw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
29. Vitousek KB, Orimoto L. *Cognitive-behavioral models of anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity*. W: Dobson KS, Kendall PC, red. *Psychopathology and cognition*. San Diego: Academic Press; 1993, s. 191–234.
30. Rachman SJ. *A cognitive theory of obsessions*. *Beh. Res. Therapy* 1997; 31: 149–154.
31. Salkovskis PM, Kirk J. *Obsessive-compulsive disorder*. W: Clark DM, Fairburn CG., red. *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford University Press; 1997, s. 179–208.
32. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. *Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders*. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 31: 284–289.
33. Sherman BJ, Savage CR, Eddy KT, Blais MA, Deckersbach T, Jackson SC. *Strategic memory in adults with anorexia nervosa: are there similarities to obsessive-compulsive spectrum disorders?* *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 468–476.
34. Lilenfeld LRR, Wonderlich S, Piso LP, Crosby R, Mitchell J. *Eating disorders and personality: a methodological and empirical review*. *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26: 299–320.

Adres: Anita Bryńska
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM
00-576 Warszawa, ul. Marszałkowska 24

Otrzymano: 1.08.2011
Zrecenzowano: 6.10.2012
Otrzymano po poprawie: 5.11.2012
Przyjęto do druku: 8.11.2012
Adiustacja: L. Sz.