

Wpływ objawów obsesyjno-kompulsyjnych na przebieg jadłowstrętu psychicznego

The influence of obsessive compulsive symptoms on the course of anorexia nervosa

Magda Błachno, Anita Bryńska, Celina Tomaszewicz-Libudzcic,
Gabriela Jagielska, Tomasz Srebnicki, Tomasz Wolańczyk

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

Summary

Objective: to assess the prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD) or OC symptoms in patients with anorexia nervosa (AN) and to find a possible relationship between the presence of OC symptoms and the course of AN.

Method: 137 adolescent female patients with AN, aged 14,8 +/- 1,8 years, completed the Polish version of the LOI-CV. Two groups, High-risk (HR) and no High-risk (nHR), were defined according to the cut-off score of LOI-CV. The diagnosis of OCD was confirmed with the Polish version of K-SADS-PL. The relationship between the number and intensity of OC symptoms and the following data were analyzed: age of onset and on admittance to a psychiatric facility, weight loss, BMI on admittance and its changes, age of first menstruation, time of amenorrhea and of restitution of menses, length of treatment and number of relapses.

Results: OCD was not diagnosed in any subject, but 25% of the examined patients had OC symptoms which qualified them to High-risk group. Differences in HR and nHR groups were found between duration of AN before hospitalization, age and body mass after release from hospital. Negative correlation was found between “Yes” Score and Interference Score in LOI-CV and the age of patient at the time of release from hospital.

Conclusions: the results of our study do not support the observations about a high co-occurrence of AN and OCD, but indicate the frequent co-occurrence of OK symptoms.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

Key words: anorexia nervosa, obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive spectrum disorder

Wstęp

Liczni badacze wskazują na możliwość występowania jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa – AN) jako szczególnego wariantu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (obsessive-compulsive disorder – OCD) [1–6], włączając AN w tzw. spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [7]. Jak się wydaje, podtyp przeczyszczający jadłowstrętu nie jest w sposób szczególny powiązany ze zrytualizowanymi zachowaniami charakterystycznymi dla OCD, z drugiej zaś strony uważa się, że podtyp restrykcyjny (z kompulsyjnymi zachowaniami ukierunkowanymi na utratę masy ciała) często współwystępuje z tym zaburzeniem [2]. W oparciu o dostępne piśmiennictwo można zdefiniować trzy możliwe zależności pomiędzy AN a OCD: częstsze występowanie epizodów AN w okresie poprzedzającym rozwój zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [3], wysoki odsetek pacjentek z AN z przedchorobowym obsesyjnym rysem osobowości [8] oraz zaburzenia układu serotonergicznego jako wspólne podłoże patogenetyczne omawianych jednostek [9]. Z kolei Rothenberg [10] twierdzi, że we współczesnym, zdominowanym przez kult szczupłości społeczeństwie, zaburzenia odżywiania się są szczególną odmianą zachowań o charakterze obsesyjno-kompulsyjnym. Uważa, że czynniki społeczne w połączeniu z modelowaniem zachowań oraz predyspozycją do wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego decydują o rozwoju objawów AN. Wiele zagadnień wymaga jednak wyjaśnienia: czy istnieją wspólne przyczyny leżące u podłoża obu zaburzeń oraz czy związki dotyczą płaszczyzny biologicznej, czy też raczej psychologicznej?

Podobieństwa AN i OCD dotyczą m.in. charakterystyki klinicznej, a zwłaszcza pojawiających się objawów. W obu jednostkach chorobowych mamy do czynienia z występowaniem myśli intruzywnych wywołujących niepokój i napięcie oraz kompulsyjnym przymusem wykonywania rytuałów mających na celu zredukowanie lęku. W przypadku jadłowstrętu psychicznego zachowania te koncentrują się wokół zagadnień związanych z jedzeniem i szczupłością (obsesyjne dążenie do uzyskania maksymalnie szczupłej sylwetki, nadmierne zaabsorbowanie własnym wyglądem, ruminacje dotyczące jedzenia) [11], podczas gdy w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym dotyczą bardziej ogólnych tematów. Dodatkowo chorzy z AN często angażują się w przymus liczenia kalorii i nadmierne ćwiczenia fizyczne. Jak wiadomo, objawy w OCD to najczęściej rytuały związane z czystością, sprawdzaniem oraz liczeniem. Z kolei w przypadku AN występujące objawy obsesyjno-kompulsyjne niezwiązane z zagadnieniami wagi, wyglądu i jedzenia dotyczą przede wszystkim porządku i symetrii [11, 12].

W wielu badaniach wykazano częstsze niż w populacji ogólnej występowanie OCD u pacjentów z AN [4, 11, 13, 14] oraz częstsze występowanie AN u pacjentów z OCD [15]. Rozpowszechnienie OCD jest szacowane na ok. 3%, podczas gdy częstość współwystępowania OCD i AN oceniono na 6%, a nawet 33% [4, 11, 13, 14]. W oparciu o powyższe dane można postawić hipotezę o istnieniu związków pomiędzy tymi zaburzeniami. Wyjaśnienia wymaga jednak to, czy inne zaburzenia psychiczne towarzyszące AN są jedynie konsekwencją niedożywienia i utraty masy ciała oraz czy ich objawy wycofują się po odzyskaniu prawidłowej masy ciała. W kilku badaniach

wykazano, że objawy obsesyjno-kompulsyjne są obecne przed pojawieniem się objawów zaburzeń odżywiania się [14, 16].

Cel

Celem badania była 1) ocena częstości występowania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego lub objawów obsesyjno-kompulsyjnych, tematycznie niezwiązanych z zagadnieniami wagi i wyglądu, w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym oraz 2) ocena możliwych związków pomiędzy obecnością tych objawów a przebiegiem jadłowstrętu psychicznego.

Materiał i metoda

Grupę badaną stanowiło 137 dziewcząt w wieku 14,8 +/- 1,8 roku, które spełniały kryteria diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego (jadłowstręt psychiczny lub jadłowstręt psychiczny atypowy wg ICD-10 [17]) w chwili przyjęcia na oddział psychiatrii dziecięcej. W przypadku wszystkich badanych obraz kliniczny zaburzenia odpowiadał podtypowi restrykcyjnemu jadłowstrętu psychicznego wg DSM-IV [18]. Pacjentki zostały poddane badaniu fizykalnemu, neurologicznemu i psychiatrycznemu. W wywiadzie uwzględniono dane dotyczące historii utraty masy ciała, wieku początku choroby, wieku w momencie przyjęcia na oddział, zakresu utraty masy ciała przed hospitalizacją, BMI w momencie przyjęcia na oddział, wieku pierwszej miesiączki oraz czasu utrzymywania się braku miesiączki. Ocena obecności zaburzenia i charakteru objawów obsesyjno-kompulsyjnych została przeprowadzona przez 2 przeszkolonych psychiatrów dziecięcych. Na pierwszym etapie pacjentki wypełniły polską wersję 20-pytaniowego kwestionariusza the Leyton Obsessional Inventory-Child Version (LOI-CV) [19], który ocenia występowanie objawów obsesyjno-kompulsyjnych i ich wpływ na osobiste funkcjonowanie. Właściwości psychometryczne polskiej wersji kwestionariusza zostały wyznaczone w czasie badań epidemiologicznych prowadzonych w grupie polskich adolescentów [20]. Punkty odcięcia stanowiące o istotnym nasileniu i obecności objawów obsesyjno-kompulsyjnych w LOI-CV dla grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (grupa PR) przyjęto na podstawie badania Bryńskiej i Wolańczyka [21]: 1) 25 pkt. lub więcej uzyskanych w Skali Wpływu na funkcjonowanie niezależnie od ilości udzielonych odpowiedzi „TAK” albo 2) 15 lub więcej odpowiedzi „TAK” i 10 pkt. lub mniej w Skali Wpływu na funkcjonowanie. Osoby, które uzyskały w Skali Wpływu na funkcjonowanie mniej niż 25 pkt., zostały zakwalifikowane do grupy bez ryzyka wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (grupa BR). Rozpoznanie tego zaburzenia w grupie PR ustalano za pomocą polskiej wersji wywiadu the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) [22] i w oparciu o kryteria diagnostyczne DSM-IV [17]. W celu oceny występowania związków pomiędzy obecnością objawów obsesyjno-kompulsyjnych a przebiegiem jadłowstrętu psychicznego wykorzystano także dane dotyczące długości leczenia po wypisie z oddziału psychiatrycznego, ilości

nawrotów jądłowstrętu psychicznego, wahań BMI oraz czasu powrotu prawidłowego cyklu miesiączkowego.

Analiza statystyczna

Wykorzystano pakiet SPSS for Windows Release 14.0 (Standard Version). Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji, test χ^2 oraz test Kołmogorowa-Smirnowa w wersji dla populacji o niewielkiej liczebności. W celu analizy korelacji pomiędzy wynikami LOI-CV oraz parametrami medycznymi związanymi z przebiegiem AN wyznaczono współczynnik korelacji Pearsona. Dla wszystkich analiz przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

LOI-CV / rozpowszechnienie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

Spośród 137 badanych dziewcząt 35 z nich (25%) zakwalifikowano do grupy PR. Wszystkie uzyskały 25 lub więcej punktów w Skali Wpływu na funkcjonowanie LOI-CV; żadna z badanych nie zaznaczyła 15 lub więcej odpowiedzi „TAK” jednocześnie uzyskując 10 lub mniej punktów w Skali Wpływu na funkcjonowanie. W oparciu o wywiad K-SADS-PL oraz kryteria DSM-IV u żadnej z pacjentek nie rozpoznano zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Dla wszystkich badanych średni wynik w Skali Wpływu LOI-CV wynosił 15,6 (SD = 12,3), a średnia ilość udzielonych odpowiedzi „TAK” – 8,2 (SD = 4,4). Najczęściej potwierdzanymi objawami obsesyjno-kompulsyjnymi w całej grupie pacjentek z AN były obawy związane z brudem i zanieczyszczeniem (70%), obawy, czy jest się wystarczająco czystym (67%), brak pewności – powtarzanie (62%), niezdecydowanie (60%), niezadowolenie ze stopnia czystości rąk (58%), wykonywanie aktywności w określony sposób (58%) oraz powtarzanie myśli lub słów (55%).

Rozkład odpowiedzi „TAK” w całej grupie badanej zachowuje parametry rozkładu normalnego; test Kołmogorowa-Smirnowa nie był istotny statystycznie (KS = 0,99). Również parametry skośności i kurtozy zawierały się w przedziale charakterystycznym dla rozkładu normalnego $< -1; 1 >$ (skośność = 0,23; kurtoza = -0,55). Podobne rozkłady dotyczyły grup PR i BR. Z kolei rozkład wyników w Skali Wpływu dla całej badanej grupy nie spełniał kryteriów rozkładu normalnego (KS = 1,57; $p < 0,05$). Wykazuje on tendencję do prawoskośności (skośność = 0,94), co oznacza, że większość badanych nisko szacowała siłę wpływu objawów na osobiste funkcjonowanie.

Dla grupy BR rozkład wyników w Skali Wpływu spełniał kryteria rozkładu normalnego, zaś w grupie PR był prawoskośny (skośność = 1,34) i leptokurtyczny. Prawoskośność rozkładu w grupie PR wskazuje na to, że większość osób udzielała odpowiedzi w Skali Wpływu blisko progu kwalifikującego do grupy PR (48% osób z grupy PR uzyskało 25–28 pkt.). Wysoki wskaźnik kurtozy w grupie PR (kurto-

za = -0,56) spowodowany jest nadreprezentacją wyniku w Skali Wpływu na poziomie 34 pkt. (17% grupy PR).

Porównania międzygrupowe

Statystyki opisowe oraz porównanie parametrów medycznych związanych z przebiegiem AN dla grupy PR i grupy BR przedstawia tabela 1. Obie grupy nie różniły się od siebie pod względem parametrów medycznych z okresu przed hospitalizacją, takich jak wiek początku choroby, wyjściowe BMI, ubytek masy ciała, tempo ubytku masy ciała w kg i tempo spadku BMI, jak również parametrów medycznych w trakcie hospitalizacji, takich jak wiek, masa ciała i BMI przy przyjęciu i następujących parametrów w chwili wypisu – BMI przy wypisie, przyrost masy ciała w kg i przyrost BMI, tempo przyrostu masy ciała w kg i tempo wzrostu BMI, czas hospitalizacji. Istotne różnice między grupami dotyczyły długości trwania jadłowstrętu przed hospitalizacją oraz wieku i masy ciała przy wypisie z oddziału. Pacjentki z grupy BR cechował krótszy czas trwania choroby przed hospitalizacją oraz wyższy wiek i masa ciała w chwili wypisu.

Korelacje

Wykazano ujemną korelację między ilością odpowiedzi „TAK” w LOI-CV a wiekiem pacjentek w momencie wypisu z oddziału (współczynnik korelacji Pearsona $r = -0,35$; $p = 0,048$) oraz ilością punktów w Skali Wpływu na funkcjonowanie LOI-CV a wiekiem pacjentek w momencie wypisu z oddziału (współczynnik korelacji Pearsona $r = -0,35$; $p = 0,047$). Dane przedstawia tabela 2.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla parametrów medycznych w grupie PR i grupie BR oraz ich porównanie między grupami

Parametry medyczne			Min.	Maks.	Śr.	SD	Wariancja	Test Levene'a		test t	
								F	p	T	p
Przed hospitalizacją	Wiek przed zachorowaniem [w latach]	BR	10,2	17,3	13,9	1,6	2,6	-0,02	0,90	0,89	0,27
		PR	10,0	16,9	13,8	1,6	2,8			0,85	0,29
	Wyjściowa masa ciała	BR	28,0	80,0	51,9	9,6	91,9	-0,67	0,42	1,41	0,16
		PR	30,0	74,0	50,5	8,8	78,1			1,57	0,12
	BMI wyjściowe	BR	10,7	18,2	14,6	1,7	2,8	-2,51	0,12	1,40	0,16
		PR	13,9	27,2	19,9	2,6	6,5			1,63	0,11
	Ubytek masy ciała [w kg]	BR	-4,0	-33,5	-13,9	6,3	40,3	1,61	0,21	-1,09	0,28
		PR	-4,0	-28,6	-14,0	6,2	38,7			-1,30	0,20
Ubytek masy ciała [BMI]	BR	0,04	-19,7	-5,9	3,2	10,5	1,59	0,21	-0,45	0,65	
	PR	-2,0	-11,3	-5,1	2,3	-5,3			-0,51	0,62	
Tempo utraty wagi [kg/mies.]	BR	-0,1	-7,4	-1,7	1,2	1,4	0,09	0,77	-1,02	0,31	
	PR	-0,1	-3,9	-1,6	1,0	1,1			-1,14	0,26	
Tempo utraty BMI [BMI/mies.]	BR	0,0	-2,8	-0,7	0,5	0,3	0,80	0,38	-1,19	0,24	
	PR	-0,4	-1,4	-0,5	0,4	0,2			-1,39	0,17	
Czas trwania choroby [w mies.]	BR	2,4	32,0	10,8	6,7	44,7	5,61	0,02*	-1,31	0,19	
	PR	3,6	33,6	11,7	7,6	57,6			-1,14	0,26	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

W czasie hospitalizacji	Wiek przy przyjęciu [w latach]	BR PR	10,9 11,4	17,5 17,5	14,9 14,9	1,6 1,6	2,7 2,7	-0,02	0,89	0,70 0,69	0,49 0,50
	Masa ciała przy przyjęciu [w kg]	BR PR	21,3 23,8	57,0 57,0	37,8 37,0	6,4 6,0	41,2 36,2	-1,59	0,21	1,28 1,41	0,20 0,16
	BMI przy przyjęciu [kg/m ²]	BR PR	10,7 10,9	18,2 17,6	14,6 14,5	1,7 1,5	2,8 2,1	-2,66	0,11	0,55 0,63	0,59 0,53
Zakończenie hospitalizacji	Wiek przy wypisie [w latach]	BR PR	13,6 11,9	17,6 17,0	15,3 14,7	1,2 1,8	1,2 3,3	-4,49	0,04*	1,46 1,29	0,15 0,22
	Masa ciała przy wypisie [w kg]	BR PR	28,0 40,0	80,0 50,0	51,9 45,6	9,6 3,0	9,6 9,1	-5,63	0,03*	1,38 1,85	0,15 0,05*
	BMI przy wypisie [kg/m ²]	BR PR	15,1 15,1	20,3 18,7	17,8 17,5	1,4 1,1	1,4 1,1	-1,46	0,24	0,70 0,77	0,49 0,45
	Przyrost masy [w kg]	BR PR	2,0 2,0	16,1 14,0	7,5 7,2	3,6 3,4	3,6 12,0	-0,02	0,89	0,13 0,13	0,90 0,90
	Przyrost BMI [BMI/mies.]	BR PR	0,8 0,7	6,2 5,8	2,8 2,8	1,3 1,5	1,3 2,1	-0,42	0,52	-0,06 -0,06	0,95 0,95
	Tempo zwiększania masy ciała [kg/mies.]	BR PR	0,0 0,1	4,5 3,5	1,1 1,0	0,7 0,5	0,7 0,3	-1,27	0,27	0,35 0,38	0,73 0,71
	Tempo zwiększania BMI [BMI]	BR PR	0,2 0,2	1,5 1,4	0,8 0,8	0,4 0,4	0,4 0,2	-0,19	0,66	-0,24 -0,23	0,81 0,82
	Długość hospitalizacji [w mies.]	BR PR	1,0 2,0	14,0 18,0	4,5 4,7	2,9 4,1	2,9 16,5	0,32	0,58	-0,24 -0,21	0,81 0,84
	Całkowita długość trwania choroby [w mies.]	BR PR	2,5 3,7	49,1 33,6	15,8 16,8	9,1 10,3	9,1 10,7	0,51	0,48	-0,41 -0,39	0,68 0,70
	Ilość hospitalizacji	BR PR	1 1	3 3	1,3 1,2	0,5 0,5	0,3 0,3	0,60	0,43	-0,48	0,67

* p < 0,05

Tabela 2. Korelacje między parametrami medycznymi a ilością odpowiedzi „TAK” oraz punktacją w Skali Wpływu LOI-CV

Parametry medyczne		Ilość „TAK” LOI-CV			Skala Wpływu LOI-CV		
		N	r-Pearsona	p	N	r-Pearsona	p
Przed hospitalizacją	Wiek przed zachorowaniem [w latach]	132	-0,09	0,38	132	-0,07	0,51
	Wyjściowa masa ciała	133	-0,03	0,79	133	-0,07	0,49
	BMI wyjściowe	135	-0,07	-0,07	135	0,73	0,42
	Ubytek masy ciała [w kg]	137	-0,01	0,95	137	0,06	0,56
	Ubytek masy ciała [BMI]	137	0,001	0,10	137	0,13	0,23
	Tempo utraty wagi [kg/mies.]	129	0,14	0,18	129	0,16	0,14
	Tempo utraty BMI [BMI/mies.]	132	0,15	0,18	132	0,19	0,08
	Czas trwania choroby [w mies.]	132	0,18	0,09	132	-0,15	0,16

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

W czasie hospitalizacji	Wiek przy przyjęciu [w latach]	137	-0,05	0,66	137	-0,04	0,73
	Masa ciała przy przyjęciu [w kg]	137	-0,12	0,24	137	-0,09	0,40
	BMI przy przyjęciu [kg/m ²]	137	0,07	0,40	137	0,07	0,40
Zakończenie hospitalizacji	Wiek przy wypisie [w latach]	132	-0,35	0,05*	132	-0,35	0,05*
	Masa ciała przy wypisie [w kg]	126	-0,08	0,65	126	-0,07	0,71
	BMI przy wypisie [kg/m ²]	125	0,05	0,80	125	0,004	0,10
	Przyrost masy [w kg]	126	-0,03	0,87	126	-0,10	0,60
	Przyrost BMI [BMI/mies.]	126	-0,01	0,96	126	-0,03	0,80
	Tempo zwiększania masy ciała [kg/mies.]	126	0,07	0,54	126	0,00	0,10
	Tempo zwiększania BMI [BMI]	126	-0,09	0,70	126	0,01	0,96
	Długość hospitalizacji [w mies.]	137	0,12	0,48	137	0,67	0,70
	Całkowita długość trwania choroby [w mies.]	137	0,05	0,77	137	-0,09	0,61
Ilość hospitalizacji	112	0,03	0,73	112	0,03	0,75	

* $p < 0,05$

Dyskusja

Ocena częstości występowania zaburzenia i objawów obsesyjno-kompulsyjnych

Żadna z pacjentek nie spełniała kryteriów pozwalających na ustalenie rozpoznania klinicznej postaci zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Uzyskane wyniki pozostają w sprzeczności z wieloma badaniami wskazującymi na zdecydowanie częstsze niż w populacji ogólnej występowanie zaburzenia wśród chorych z jadłowstrętem psychicznym. Warto jednak podkreślić, że w przypadku większości dostępnych prac wątpliwości wzbudza przede wszystkim sposób interpretacji pozyskanych wyników badań kwestionariuszowych. Narzędzia badawcze wykorzystywane do wykazania obecności objawów obsesyjno-kompulsyjnych przydatne są bowiem głównie do określenia grupy „ryzyka” wystąpienia zaburzenia, co nie jest wystarczające do postawienia rozpoznania spełniającego kryteria diagnostyczne wg DSM-IV [17]. Bardzo często w badaniach nie uwzględnia się uszczegółowienia diagnostycznego uzyskanych wyników. Możliwe więc, że mamy do czynienia z oceną częstotliwości występowania objawów obsesyjno-kompulsyjnych, w tym być może również powiązanych z wagą i wyglądem, a więc z definicji wpisanych w obraz AN (zgodnie z kryterium IV dla OCD wg DSM-IV), a nie z faktycznym rozpowszechnieniem OCD. Uwzględniając te zastrzeżenia, można przyjąć, że w prezentowanym badaniu odsetek pacjentek zakwalifikowanych do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

(25%) oszacowany został na porównywalnym z wynikami dostępnych prac poziomie. Hipotetyczne zaniżenie ilości rozpoznanych zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, mogące być np. pochodną braku rozumienia istoty objawów OK lub tendencji do ich ukrywania, zostało wykluczone dzięki indywidualnemu badaniu psychiatrycznemu oraz stałej kontroli obecności objawów w trakcie hospitalizacji. Zatem uzyskane wyniki wydają się miarodajne.

Objawy obsesyjno-kompulsyjne a parametry związane z przebiegiem jądłowstrętu psychicznego

W prezentowanym badaniu wykazano pewne zależności pomiędzy obecnością objawów obsesyjno-kompulsyjnych a parametrami medycznymi związanymi z przebiegiem jądłowstrętu psychicznego. Istotne różnice między grupami PR i BR, utworzonymi w oparciu o kryterium ilości i nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, dotyczyły długości trwania AN przed hospitalizacją oraz wieku i masy ciała przy wypisie z oddziału. Pacjentki z grupy BR cechował krótszy czas trwania choroby przed hospitalizacją oraz wyższy wiek i masa ciała w chwili wypisu. Związek pomiędzy ilością objawów obsesyjno-kompulsyjnych a dłuższym czasem trwania choroby przed hospitalizacją i masą ciała w chwili wypisu został zaobserwowany również w innych badaniach, co potwierdza wpływ współwystępowania objawów OK na przebieg AN [23, 24, 25]. Wiele danych sugeruje, że rys obsesyjno-kompulsyjny w przebiegu AN wyraża się w zrytualizowanych i sztywnych zachowaniach mających na celu utratę masy ciała [4, 13]. Zachowania te są charakterystyczne dla podtypu restrykcyjnego AN i wpływają na zaostrzenie przebiegu choroby oraz wydłużenie czasu jej trwania. Wiąże się z ryzykiem szybszej utraty masy ciała, jak również dłuższego czasu potrzebnego na „rehabilitację” wagi z powodu intensywnego stosowania metod utrzymujących ją na niskim poziomie. Tendencja ta została wykazana w prezentowanej pracy. Badania nad czynnikami prognostycznymi w AN nie są jednoznaczne, a często wręcz ze sobą sprzeczne. Możliwe, że badanie związków przyczynowo-skutkowych wymaga uwzględnienia jednorazowo większej ilości parametrów mogących wpływać na przebieg jądłowstrętu.

Charakter zgłaszanych objawów obsesyjno-kompulsyjnych

Na podstawie dostępnych badań można przyjąć, że charakter objawów obsesyjno-kompulsyjnych zgłaszanych przez osoby chorujące na jądłowstręt psychiczny różni się od najczęściej obserwowanych w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Objawami OK najczęściej spotykanymi w grupach osób z AN są: potrzeba utrzymania porządku, poczucie złego wykonywania zadań, przymus zachowania symetrii, nadmierna dokładność oraz narastające poczucie dyskomfortu w przypadku, jeśli zaplanowane czynności nie zostaną zrealizowane w sposób perfekcyjny [26, 27]. W prezentowanym badaniu pacjentki z jądłowstrętem w największym odsetku zgłaszały obsesje i kompulsje dotyczące czystości oraz dbałości o wykonywane czynności czy też podejmowane decyzje. Wyniki te są porównywalne z otrzymywanymi w badaniach

prowadzonych w populacji ogólnej młodzieży przy użyciu LOI-CV [20, 28]. Tym, co różnicuje grupę badaną od populacji ogólnej, jest nie rodzaj i ilość zgłaszanych objawów obsesyjno-kompulsyjnych, ale ocena ich wpływu na funkcjonowanie. W prezentowanej pracy objawy obsesyjno-kompulsyjne były stosunkowo nisko oceniane w Skali Wpływu LOI-CV (rozkład wyników w Skali Wpływu LOI-CV z tendencją do prawoskośności) jako stosunkowo słabo zaburzające osobiste funkcjonowanie. Mimo że 25% badanych zostało zakwalifikowanych na podstawie wyniku w Skali Wpływu do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, to większość z nich uzyskała punktację blisko progu kwalifikującego do grupy (48% osób z grupy PR uzyskało 25–28 pkt. w Skali Wpływu; maksymalny wynik w Skali Wpływu w LOI-CV to 60 pkt.).

Objawy mogą zaburzać, lub nie, prawidłowe funkcjonowanie z wielu powodów. W przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego osobista ocena tego wpływu może być związana z doświadczaniem przez pacjenta nasilonego dyskomfortu wywołwanego przeżywaniami towarzyszącymi egodystonicznym objawom lęku i niepokoju. Z drugiej strony perfekcjonistyczny rys osobowościowy, np. towarzyszący jadłowstrętowi psychicznemu, może być przyczyną poświęcania znacznej ilości czasu na kompulsyjne wykonywanie czynności, które postrzegane jako egosyntoniczne nie są oceniane jako bardzo zaburzające funkcjonowanie. W prezentowanym badaniu oba wyżej wymienione czynniki mogły zadecydować o wynikach uzyskanych w Skali Wpływu LOI-CV przez pacjentki z AN. Charakter ujawnionych objawów (potrzeba porządku, czystości, przywiązanie uwagi do podejmowanych czynności lub decyzji) naszym zdaniem może być odzwierciedleniem egosyntonicznego rysu perfekcjonistycznego [29]. Zjawisko nasilenia obsesyjności jako konsekwencja dążenia do bycia perfekcyjnym jest zgodne z obserwacjami Halmi [30]. Najprawdopodobniej to właśnie skrupulatność, rozważanie szczegółów i perfekcjonizm, czyli cechy osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, znalazły swoje odzwierciedlenie w wynikach Skali Wpływu LOI-CV. Taki charakter obserwowanych cech i objawów w pełni uzasadnia umiejscowienie AN wśród zaburzeń ze spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Wnioski

Uzyskane wyniki nie potwierdzają obserwacji dotyczących zdecydowanie częstszego występowania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego wśród chorych z jadłowstrętem psychicznym w porównaniu z populacją ogólną. Wskazują jednak na częste współwystępowanie objawów obsesyjno-kompulsyjnych, niespełniających w pełni kryteriów dla rozpoznania zaburzenia. Charakter objawów obsesyjno-kompulsyjnych zgłaszanych przez osoby chorujące na jadłowstręt psychiczny nie różnił się od najczęściej obserwowanych w przypadku pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. Ich obecność wiązała się z ryzykiem szybszej utraty masy ciała, jak również dłuższego czasu potrzebnego na jej rehabilitację.

Piśmiennictwo

1. Serpella L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. *Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?* Clin. Psych. Rev. 2002; 22: 647–669.
2. Braun DL, Sunday R, Halmi K. *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders.* Psychol. Med. 1994; 24: 187–194.
3. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. *Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa.* Child Psychiatry Hum. Dev. 2008; 39: 261–272.
4. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, Jacoby GE, Schussler G. *Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa.* Am. J. Psychiatry 1995; 152: 72–75.
5. Altman SE, Shankman SA. *What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders?* Clin. Psychol. Rev. 2009; 29: 638–646.
6. Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Russell J, St Clare T, Touyz S. *The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample.* Aust. N. Z. J. Psychiatry 2012; 46: 118–131.
7. Hollaner E, Benzaquen SD. *The obsessive-compulsive spectrum disorders. In: Focus on obsessive-compulsive spectrum disorders.* Amsterdam: SynThesis Publishers; 1997.
8. 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.
9. 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.
10. Rothenberg A. *Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome.* Psychiatry 1986; 49: 45–53.
11. 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.
12. Hirani V, Serpell L, Willoughby K, Neiderman M, Lask B. *Typology of obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa.* Eat. Weight Disord. 2010; 15: 86–89.
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. Thornton C, Russell J. *Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders.* Int. J. Eat. Disord. 1997; 21: 83–87.
15. Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A. i wsp. *Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates.* Int. J. Eat. Disord. 2010; 43: 315–325.
16. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA. i wsp. *The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study.* Biol. Psychiatry 2000; 48: 287–293.
17. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Fourth edition. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

18. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research.* Geneva: World Health Organization; 1993.
19. Berg CZ, Whitaker A, Davies M, Flament MF, Rapoport JL. *The survey form of the Leyton Obsessional Inventory-Child Version: norms from an epidemiological study.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1988; 27: 759–763.
20. Bryńska A, Wolańczyk T. *Metody oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży – cz. I. Polska wersja kwestionariusza Leyton Obsessional inventory – Child Version.* W: Namysłowska I. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s. 65–72.
21. Bryńska A, Wolańczyk T. *Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents – a polish perspective.* Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2005; 14: 319–327.
22. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P. i wsp. *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 980–988.
23. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. *Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa.* Arch. Gen. Psychiatry 2006; 63: 305–312.
24. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. *Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study.* Lancet 2000; 355: 721–722.
25. Crane AM, Roberts ME, Treasure J. *Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies.* Int. J. Eat. Disord. 2007; 40: 581–588.
26. Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Raich RM, Alonso P, Krug I, Jaurrieta N. i wsp. *Obsessive-compulsive and eating disorders: comparison of clinical and personality features.* Psychiatry Clin. Neurosci. 2007; 61: 385–391.
27. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. *Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa.* Am. J. Psychiatry 2004; 161: 2215–2221.
28. Bryńska A, Wolańczyk T. *Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents: a Polish perspective.* Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2005; 14: 319–327.
29. Hewitt PL, Flett CL, Ediger E. *Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms.* Int. J. Eat. Disord. 1995; 18: 317–326.
30. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M. i wsp. *Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness and pathological eating behavior.* Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1799–1805.

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

Otrzymano: 12.08.2013
Zrecenzowano: 30.10.2013
Otrzymano po poprawie: 17.12.2013
Przyjęto do druku: 11.04.2014