



Obsesyjność a impulsywność. Dynamika zaburzeń osobowości w anorexia nervosa – opis przypadku

Obsessive tendencies and impulsiveness. The dynamics of personality disorders in anorexia nervosa – a case report

CEZARY ŻECHOWSKI, ANTONI JAKUBCZYK

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Cel* – Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się z zaburzeniami osobowości stało się w ostatnich latach przedmiotem wielu badań, które koncentrowały się nad poszukiwaniem wspólnego tła etiologicznego, rokowaniem, doborem odpowiedniej terapii. **Przypadek** – Autorzy przedstawiają opis przypadku pacjentki z jadłowstręt psychicznym, która w różnych fazach leczenia ujawniała cechy zaburzeń osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego albo typu borderline. **Komentarz** – U niektórych pacjentek z zaburzeniami jedzenia występować może zespół cech zaliczanych do obu typów osobowości, w którym w zależności od fazy choroby, stopnia wyniszczenia, oraz sytuacji psychologicznej i rodzinnej pacjentki, dominować mogą cechy jednego lub drugiego z zaburzeń.

SUMMARY. *Aims* – In recent years eating disorders concomitant with a personality disorder have been the subject of many studies seeking a common etiological background, and focusing on the prognosis and appropriate treatment in such cases. **Case report** – The authors describe an anorexic patient who developed obsessive-compulsive personality traits or symptoms of borderline personality in various stages of her therapy. **Commentary** – In some female patients with eating disorders symptoms of both these personality types may be present, with predominance of one or the other – depending on the stage of illness, degree of emaciation, as well as the patient's psychological and familial situation.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny / zaburzenia osobowości

Key words: anorexia nervosa / personality disorders

Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się z zaburzeniami osobowości stało się w ostatnich latach przedmiotem wielu badań [Wonderlich 1995]. Badania te koncentrowały się na poszukiwaniu wspólnego tła etiologicznego, rokowaniu, doborze odpowiedniej terapii [Wonderlich 1997]. Niektórzy autorzy proponują wyodrębnienie tzw. fenotypów behawioralnych celem określenia specyficznych podtypów zaburzeń odżywiania się. Orientacja taka sugerowałaby wspólne etiologiczne tło dla poszczególnych podtypów zaburzeń oraz możliwość dostosowania do nich specyficznych metod terapii. Jednakże inne prace sugerują, iż podział na poszczególne postaci

zaburzeń odżywiania nie ma istotnego znaczenia, gdyż w badaniach katamnetycznych tzw. podtypy zaburzeń odżywiania przechodzą w siebie nawzajem [Eddy i wsp. 2002]. W opisanym poniżej przypadku przedstawiamy pacjentkę, u której w trakcie leczenia obserwowaliśmy przejście z fazy anorektycznej (z cechami zaburzeń osobowości obsesyjno-kompulsyjnego) do fazy bulimicznej (z cechami osobowości typu borderline).

OPIS PRZYPADKU

Maria, 18-letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki z rozpoznaniem anoreksja

nervosa. Z wywiadu wynikało, iż pacjentka zaczęła ograniczać jedzenie od ok. 10 miesięcy. Początek choroby wiązała z faktem odchudzania się. Uważała się wtedy za osobę otyłą. Ważyła 51 kg przy wzroście 160 cm (BMI=19,9). Przekonanie o otyłości potwierdzały jej zdaniem opinie rodziców, brata, koleżanek oraz lekarki, która zaleciła Marii, aby „nieco schudła”. W tym czasie pacjentka rozmawiała też ze swoją koleżanką, która doradziła jej stosowanie diety. Pacjentka zaczęła ograniczać ilość spożywanych pokarmów, później oddawała swoje jedzenie bratu lub kolegom w szkole. Przestała przychodzić na wspólne posiłki z rodzicami, prosiła, aby przynosić jej jedzenie do pokoju. Zdejmowała wędlinę z kanapek, odsączała tłuszcz z kotletów za pomocą serwetki. Wybierała jedzenie tylko niskokaloryczne. Często żaliła się, że ilość jedzenia, którą dostaje jest dla niej za duża. Nakłaniana przez rodziców do wspólnego zjadania posiłków często wychodziła do ubikacji. Gdy powiedziała matce, że zanikła u niej miesiączka została umówiona na wizytę u ginekologa, który zalecił przyjmowanie progesteronu. Później, konsultując ją endokrynolog rozpoznał anoreksję i zalecił leczenie psychiatryczne. W czasie choroby Maria schudła ok. 18 kg. W dniu przyjęcia do Kliniki ważyła 33 kg.

Z autoanamnezy wynikało, iż jest ona dzieckiem z ciąży pierwszej o prawidłowym przebiegu. Poród odbył się siłami natury, o czasie. Została oceniona na 9 pkt. Apgar, masa ciała – 2810 g, długość ciała – 46 cm. Piersią karmiona była przez pierwszych kilka tygodni, potem sztucznie na skutek braku pokarmu u matki. Jako dziecko była bardzo grzeczna, podporządkowana, spokojna, rodzice określali ją jako „dziecko na pokaz”. Zawsze zjadała słabo, choć czasem potrafiła zjeść na raz dużo słodczy, jak twierdziła z tego powodu była nazywana w domu „potworem ciasteczkowym”. W dzieciństwie rodzice często zabawiali ją przy jedzeniu. Do żłobka i przedszkola nie chodziła, przebywała z matką, babcią, a później z młodszym bratem w domu. Do zajęć szkolnych przystoso-

wała się szybko, miała bardzo dobre oceny, ale jednocześnie pojawiły się istotne trudności w relacjach z rówieśnikami. Maria nie miała bliskich koleżanek, czasem dzieci wyśmiewały się z niej, była tzw. „kozłem ofiarnym”. Uważała, że dzieci nie akceptują jej ponieważ ma „gruby głos i źle wygląda”. W tym czasie silnie przeżyła śmierć babki, z którą była bardzo związana. W LO uczyła się bardzo dużo, niejednokrotnie nocami. Nadal miała niewiele koleżanek. Nie wiedziała co chce robić po ukończeniu LO. Przy przyjęciu do Kliniki uczyła się w kl. III.

Z przeżytych chorób szczególną uwagę zwracają częste obturacyjne zapalenia oskrzeli występujące od 9 miesiąca życia. Maria była wielokrotnie hospitalizowana z powodu napadów duszności (ok. 15 razy), otrzymywała kroplówki i środki rozkurczowe. W 3 roku życia rozpoznano astmę oskrzelową oraz uczulenie na pierze, sierść, siano i pleśnie. Była pod opieką alergologa. W okresie poprzedzającym hospitalizację napady zdarzały się sporadycznie.

Przy przyjęciu pacjentka była w dobrym kontakcie, zorientowana w pełni. W obniżonym nastroju, smutna. Sprawiała wrażenie nieco spowolnionej. Wypowiadała liczne treści o charakterze depresyjnym, obwiniała się o nieporozumienia w rodzinie, choroby rodziców. Płakała. Niektóre z jej myśli o charakterze depresyjnym przybierały formę natręctw myślowych. Ważyła 33 kg. BMI=12,8.

Wraz z przyjęciem pacjentki wdrożono leczenie (program behawioralny, psychoterapię indywidualną i rodzinną oraz farmakoterapię). W oddziale możliwa też była dokładniejsza obserwacja zachowań Marii, co umożliwiło postawienie diagnozy zaburzeń współwystępujących z jej podstawowym rozpoznaniem. U pacjentki występowały objawy depresji, restrykcyjnej postaci jadłowstrętu psychicznego oraz cechy osobowości obsesyjno-kompulsyjnej.

W początkowym okresie pobytu pacjentka miała znaczne trudności w adaptacji w grupie rówieśniczej. Większą część czasu spędzała sama. Miała duże trudności w nawią-

zaniu kontaktów z innymi pacjentami. Początkowo była smutna, wypowiadała liczne przekonania o własnej małej wartości i winie. Niektóre myśli dotyczące jedzenia i winy przybierały czasem postać natręctw. W trakcie rozmów wielokrotnie powtarzała, iż własnym zachowaniem uczyniła rodzicom krzywdę, ponieważ nie będzie spędzać z nimi świąt Bożego Narodzenia. Twierdziła, że „zawsze dostaje od innych więcej niż jej się należy, dlatego usiłuje to, co dostała oddać innym”. W ten sposób tłumaczyła oddawanie jedzenia bratu i kolegom w szkole. „Oni bardziej potrzebują, niż ja” – twierdziła. Podobne zachowanie Marii obserwowano w oddziale, gdy upominała panię kuchenne nakładające porcje, aby innym osobom nakładały więcej jedzenia, niż jej. Po posiłki z tych samych powodów przychodziła jako ostatnia, tłumacząc, że robi to, „aby nie zabrakło innym”. Tuż przed przyjęciem do oddziału przed świętami, pacjentka zrobiła rodzicom i bratu niespodziankę, chowając w różnych miejscach prezenty, o czym powiadomiła ich w dniu wigilii przekazując list. W trakcie rozmów wiele mówiła o tym, że rani rodziców i brata samą sobą, ponieważ bez niej byłoby im lepiej. Obwiniała się o zawał ojca, chorobę brata, ale także i o choroby znajomych, np. śmierć ojca swojej koleżanki. Wierzyła, że własnym zachowaniem może pomóc wyzdrowieć innym pacjentkom, np. na terapię grupową przychodziła po to, aby jak twierdziła wysłuchać innych i móc im pomagać po terapii. Po każdorazowym przyjęciu kolejnych pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego Maria chudła, aby towarzyszyć im w przybywaniu na wadze. Wszystkie jej próby zbliżenia się do innych pacjentów najczęściej zawodziły, a oferowana pomoc była odrzucana. Obserwowany obraz zaburzeń osobowości o typie obsesyjno-kompulsyjnym był spójny z dotychczasowym obrazem, jaki Maria ujawniała w anamnezie i jaki udało się ustalić w trakcie wywiadu z jej rodzicami. Spełniała ona wszystkie spośród 8 kryteriów osobowości anankastycznej wg ICD-10.

W trakcie leczenia, w czasie posuwającej się naprzód terapii rodzinnej i indywidualnej, wraz z normalizacją masy ciała i powrotem miesiączki, dało się zaobserwować istotne zmiany w zachowaniu pacjentki. Objawy depresyjne ustąpiły w początkowej fazie leczenia. Kolejne zmiany zauważyła sama pacjentka, jej rodzina, także personel opiekujący się nią w oddziale. Pacjentka przestała ograniczać jedzenie i po krótkim okresie normalizacji nawyków żywieniowych zaczęła spożywać zbyt duże porcje (np. 2-krotne lub 3-krotne porcje kolacji). Wydawało się, że trudno jest jej zapanować nad impulsem, jakim jest głód. Skarżyła się na uczucie „pustki wewnętrznej”, wypowiadała w tym czasie liczne myśli samobójcze i kilkakrotnie samookalectyła się poprzez zarysowanie igłą skóry na przedramieniu. W kontaktach z rodzicami wyrażała złość i agresję, co doprowadzało do licznych konfliktów, a rodzice twierdzili, że do tej pory nie znali jej takiej. Najbardziej zaskakujące dla samej pacjentki, jak i dla nas były kradzieże, jakich dopuszczała się w sklepie. W okresie tym obserwowaliśmy stopniowe zanikanie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej – np. nadmiaru wątpliwości i ostrożności, sztywności, perfekcjonizmu, pedanterii i uległości, a impulsy zmieniły postać z natarczywych myśli na nie kontrolowane lub słabo kontrolowane działania. W tym etapie leczenia pacjentka zbliżyła się zatem do diagnozy bulimii i osobowości „z pogranicza” (borderline) jako zaburzenia współwystępującego.

Maria została wypisana z Kliniki osiągając wagę 46,800 kg (tj. BMI=18,3), z normalizacją w zakresie miesiączki. Z objawów jadłowstrętu utrzymywał się lęk przed przytyciem oraz miernie nasilone zaburzenia obrazu własnego ciała. Sporadycznie występowały napady głodu i objadania się, zwłaszcza w godzinach wieczornych i w czasie gdy Maria zostawała w domu sama, skarżyła się wtedy na przykre dla niej uczucie pustki. Pacjentka otrzymała zalecenie przyjmowania fluoksetyny w dawce 60 mg/d oraz ofertę kontynuowania terapii rodzinnej i indywidualnej w systemie ambulatoryjnym.

KOMENTARZ

Opisany wyżej przypadek pacjentki z jądłowstrętą psychiczną wydaje się dość typowym w przebiegu. Ujęty jednak od strony zaburzeń współwystępujących z jądłowstrętą nasuwa szereg pytań:

1. Jakie są relacje pomiędzy różnymi zaburzeniami osobowości, czy u jednego pacjenta może występować kilka zaburzeń osobowości w tym samym czasie lub też kolejno po sobie?
2. Czy zaburzenia osobowości posiadają własną dynamikę, a jeśli tak, jakie mogą być kategorie opisu tej dynamiki?
3. Jakie są kryteria wyleczenia zaburzeń odżywiania się – czy w opisanym wyżej przypadku miał miejsce znaczący postęp w leczeniu jądłowstrętu, czy też doszło tylko do zmiany objawu w obrębie tej samej grupy zaburzeń?

W komentarzu do wyżej opisanego przypadku chcemy posłużyć się pracami autorów zajmującymi się badaniem zaburzeń osobowości w aspekcie ich współwystępowania z innymi zaburzeniami psychicznymi – Otto Kernberga, Drew Westena, Glena Gabbarda i Juana Lopesa-Ibor.

Wg Kernberga [1985] objawy obsesyjno-kompulsyjne występujące na bazie „pogranicznej” struktury osobowości różnią się od analogicznych objawów czysto neurotycznych tym, że nabierają wtórnej syntoniczności z ego. Mimo zachowania zdolności do testowania rzeczywistości i chęci pacjenta do pozbycia się absurdalnych myśli czy działań, to jednak ma on tendencje do racjonalizacji swoich symptomów poprzez wytworzenie skomplikowanych uzasadnień, np. przez wypowiedzenie teorii dotyczących realnych zagrożeń ze strony brudu czy bakterii. Wg Kernberga pacjenci z pograniczną strukturą osobowości, u których dominują objawy obsesyjno-kompulsyjne mają stosunkowo korzystne rokowanie, co jest zrozumiałe, ponieważ są oni jakby „bliżej” nerwicy niż psychozy.

Juan Lopes-Ibor [1997] w oparciu o badania, które prowadził wraz ze swoim ze-

społem, dokonuje porównania zaburzenia osobowości typu borderline z zaburzeniem osobowości typu obsesyjno-kompulsywnego. Opierając się na koncepcji anomii wg Dürckheima [1951], hipernomii [Kraus 1977] wprowadza on własne pojęcie dysnomii. O ile anomia oznaczałaby taką postawę wobec innych, w której występuje deficyt w zakresie więzi oraz niewystarczające ukształtowanie się norm i wartości, hipernomia zaś opisywałaby postawę nadmiernych więzi, wartości i norm, to dysnomia polegałaby na zaburzonej adaptacji do norm społecznych. I typ cechowałby osobowość antyspołeczną (wg Dürckheima), drugi z wymienionych – depresyjną (wg Krausa), trzeci zaś zdaniem Lopesa-Ibora byłby wspólny dla osobowości obsesyjno-kompulsyjnej i borderline. Zaburzenia z zakresu anomii polegałyby na braku kontroli impulsów, cechą hipernomii byłaby nadmierna kontrola, zaburzenia dysnomiczne sytuowałyby się, zdaniem tego autora na pograniczu anomii – hipernomii. Autor znajduje wspólną cechę zaburzenia kontroli impulsów w osobowości borderline i osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, dla określenia jej używa sformułowania Janeta „znajdowanie nieważnych substytutów dla rzeczy ważnych”. W obu przypadkach nowe doświadczenia zewnętrzne i wewnętrzne nie mają przełożenia na adekwatne wzorce behawioralne. Pacjent z osobowością borderline angażuje się w zdeorganizowane zachowania (*acting out*), pacjenci z osobowością obsesyjno-kompulsywną porzucają niezakończone działania. Dalsze rozważania prowadzą autora do neurobiologicznych prac zespołu Coccaro [1990] i własnego [por. 1997], w których dowodzi on podobnego łała neurobiologicznego obu zaburzeń – polegającego na deficycie układu serotonergicznego (w grupie pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym i depresją oraz w grupie z zaburzeniami typu borderline odpowiedź prolaktyny na stymulację klomipraminą była podobnie zaburzona). Zdaniem autora zaburzenia kontroli impulsów przynależą niejako do funkcji kontrolowanych przez układ serotonergiczny. Jak pokazuje

to wiele współczesnych badań, deficyty tego układu znajdujemy również w zaburzeniach odżywiania.

Kwestią współwystępowania ze sobą wielu zaburzeń osobowości zajmuje się w swojej pracy Westen [1997] i Gabbard [1997]. Autorzy ci sądzą, iż u jednego pacjenta jednocześnie może współwystępować wiele typów zaburzeń osobowości. W swoich pracach opierają się na badaniach, które wykazały znaczące różnice w diagnozie tych zaburzeń stawianej przez klinicystów i przez osoby prowadzące badania naukowe. Gabbard uważa, że z klinicznego punktu widzenia niewiele wnosi myślenie o pacjencie, który – jak pisze autor – „miałby pięć różnych zaburzeń osobowości”, dlatego jego zdaniem klinicyści opierają się najczęściej na zaburzeniu dominującym w danej chwili i mówią najwyżej o cechach zaburzenia współwystępującego. Gabbard za Westenem zauważa też, że być może problem tkwi w systemie klasyfikacyjnym, który wyznacza wyraźne linie demarkacyjne między poszczególnymi zaburzeniami, tworząc niejako typy idealne, ale w jakiś sposób „sztuczne”. Zdaniem autorów może prowadzić to do mnożenia jednostek „comorbidity”. W polskiej literaturze na współlistnienie objawów obsesyjno-kompulsyjnych i osobowości borderline zwracał uwagę Sokolik [1994].

Wydaje się, że u niektórych pacjentek z zaburzeniami jedzenia występować może zespół cech osobowości borderline i obsesyjno-kompulsyjnej, który w zależności od fazy choroby, stopnia wyniszczenia, sytuacji psychologicznej i rodzinnej pacjentki, może być zdominowany przez cechy jednego lub drugiego z zaburzeń.

PIŚMIENNICTWO

1. Coccaro EF, i wsp. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 587–99.
2. Dürckheim E. *Suicide*. Glencoe: Free Press; 1951.
3. Eddy KT, i wsp. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002; 31: 191–201.
4. Gabbard GO. Finding the „person” in personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (7): 891–3.
5. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc; 1987.
6. Kraus A. *Sozial Verhalten und Psychosen Manisch-Depressiver*. Stuttgart, Germany: Enke; 1977.
7. Lopes-Ibor JJ, Jr. The concept of boundaries of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 6, 21–5.
8. Sokolik Z. Schizofrenia oraz zaburzenia z pogranicza nerwicy i psychozy. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia*. Warszawa: PWN; 1994: 295–307.
9. Westen D. Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and evolution of Axis II. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 7, 895–903.
10. Wonderlich S. *Personality and eating disorders*. W: Brownell KD, Fairburn CG, red. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York, London: The Guilford Press; 1995: 171–6.
11. Wonderlich SA, James EM. *Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual and clinical implications*. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33 (3): 381–90.

Adres: Dr Cezary Żechowski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa