



Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się i spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

Comorbidity of eating disorders and bipolar spectrum disorders

KATARZYNA KAMIŃSKA¹, FILIP RYBAKOWSKI²

Z: 1. Kliniki Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu

2. Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej w Poznaniu

STRESZCZENIE

Cel. W badaniu oceniano częstość występowania objawów spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród hospitalizowanych pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. Oceniono również występowanie objawów zaburzeń odżywiania się u pacjentek z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Metoda. W badaniu wzięło udział 98 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, 48 z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych oraz 113 kobiet z grupy kontrolnej. Wykorzystano „Kwestionariusz zaburzeń nastroju” – do oceny występowania spektrum zaburzeń dwubiegunowych i „Test Postaw wobec Jedzenia” (EAT-26) – oceniający nasilenie objawów zaburzeń odżywiania się.

Wyniki. Częstość występowania spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych była istotnie większa w grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania się niż w grupie kontrolnej. W grupie pacjentek z bulimią i typem bulimicznym jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) istotnie częściej niż u pacjentek z restrykcyjnym typem AN występowały zaburzenia ze spektrum dwubiegunowego. W grupie pacjentek z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi istotnie częściej niż w grupie kontrolnej występowały objawy zaburzeń odżywiania się.

Wnioski. Zaburzenia odżywiania się przebiegające z napadami objadania się wykazują istotne współwystępowanie ze spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Może to wskazywać na wspólne etiopatogenetyczne i temperamentalne podłoże obu rodzajów zaburzeń.

SUMMARY

Objectives. Prevalence of two types of symptoms was assessed in the study: firstly, of bipolar spectrum disorders among female patients hospitalized for eating disorders, and secondly, of eating disorders in female patients with bipolar affective disorders.

Methods. Participants in the study were 98 patients diagnosed with eating disorders, 48 with bipolar affective disorders, and 113 healthy women as controls. The Mood Disorder Questionnaire and Eating Attitude Test (EAT-26) were used for the assessment of bipolar spectrum and eating disorders symptoms, respectively.

Results. The prevalence of bipolar spectrum symptoms was significantly higher in patients with eating disorders than in the healthy controls. In patients with bulimia and the bulimic type of anorexia nervosa bipolar spectrum symptoms were significantly more frequent than in those with the restrictive type anorexia. In patients with bipolar affective disorders symptoms of eating disorders were found more often than in the healthy controls.

Conclusions. Eating disorders with binge episodes show a high comorbidity with the bipolar spectrum disorders. This may suggest a common pathogenic and temperamental background of both the disorders.

Słowa kluczowe: zaburzenia afektywne dwubiegunowe / zaburzenia odżywiania się / współwystępowanie

Key words: bipolar disorder / eating disorders / comorbidity

Zespół napadowego objadania się (*binge eating disorder* – BED), bulimia i jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa* – AN) to najczęściej występujące zaburzenia odżywiania się. Mogą one współwystępować z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: zaburzenia lękowe, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości, zaburzenia kontroli impulsów oraz choroba afektywna jednobiegunowa (CHAJ) i choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD).

Powiązanie zaburzeń odżywiania się z zaburzeniami afektywnymi jest dobrze udokumentowane, jednak w większości badań dotyczących zaburzeń odżywiania się oceniano występowanie objawów depresyjnych [1]. Trudności w wiarygodnej ocenie hipomanii oraz subklinicznych stanów podwyższonego nastroju utrudniały możliwość badania

współwystępowania zaburzeń odżywiania się z zaburzeniami ze spektrum dwubiegunowego (*bipolar spectrum* – BS) [2]. Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (*Mood Disorder Questionnaire* – MDQ) może ułatwiać wykrywanie cech dwubiegunowości zaburzeń afektywnych [3].

Niektóre badania wskazują, że współwystępowanie CHAD jest zjawiskiem powszechnym wśród chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania się o ciężkim i wieloletnim przebiegu i może odgrywać rolę raczej podtrzymującą niż inicjującą w zaburzeniach odżywiania się [4]. Częściej obserwuje się współwystępowanie CHAD typu II i łagodnego spektrum zaburzeń dwubiegunowych niż CHAD typu I [2, 5]. Wśród pacjentów z CHAD współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych może dotyczyć 50–70% chorych. U ponad 10% stwierdza się

współwystępowanie zaburzeń odżywiania się [6, 7]. Badania epidemiologiczne wskazują na możliwość związku pomiędzy zaburzeniami ze spektrum dwubiegunowego a zaburzeniami z napadami objadania się (bulimią, bulimicznym typem AN i zespołem napadowego objadania się). Wspólnym elementem patogenetycznym zachowań bulimicznych, impulsywności i zaburzeń afektywnych może być upośledzenie przekazywania serotonergicznego, które może wynikać zarówno z oddziaływania czynników genetycznych, jak i traumatycznych przeżyć we wczesnym okresie życia [2].

CEL PRACY

Celem przedstawionej pracy była ocena częstości występowania objawów spektrum dwubiegunowego wśród hospitalizowanych pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się oraz ocena występowania objawów zaburzeń odżywiania się u pacjentek z CHAD.

OSOBY BADANE

Badaniem objęto pacjentki hospitalizowane w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży i Klinice Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu, w okresie od stycznia 2004 r. do maja 2005 r. Grupę kontrolną stanowiły studentki AM w Poznaniu. W badaniu wzięły udział 34 pacjentki z rozpoznaniem typu restrykcyjnego anoreksji – (średnia wieku 17 lat), 26 pacjentek z rozpoznaniem anoreksji typu bulimicznego (średnia wieku 22 lata) oraz 38 pacjentek z rozpoznaniem bulimii (średnia wieku 23 lata). Zbadano również 48 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (średnia wieku 35 lat) oraz 113 kobiet z grupy kontrolnej (średnia wieku 25 lat). Dokładne dane dotyczące podstawowych zmiennych w poszczególnych grupach przedstawiono w tabl. 1.

METODA

Do oceny wykorzystano „Kwestionariusz zaburzeń nastroju” (MDQ), „Test postaw wobec jedzenia” (*Eating Attitude Test* – EAT-26), za pomocą ankiety oceniano również częstość występowania objawów zaburzeń odżywiania się.

Mood Disorder Questionnaire (MDQ), opublikowany w 2000 r. przez Hirschfelda i wsp. [3], jest narzędziem przesiewowym służącym do rozpoznawania spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Jest to łatwy w użyciu

kwestionariusz samooceny, którego wypełnienie zajmuje ok. 10 minut. W pierwszej części MDQ znajduje się 13 pytań przygotowanych na podstawie kryteriów DSM-IV [8], dotyczących występowania objawów manii lub hipomanii. Druga część zawiera pytanie dotyczące jednoczesności występowania powyższych objawów manii/hipomanii. W trzecim punkcie kwestionariusza na 4-stopniowej skali pacjent zaznacza stopień upośledzenia funkcjonowania w okresie występowania objawów. Diagnozę spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych można postawić przy spełnionych następujących warunkach: część 1–7 lub więcej odpowiedzi twierdzących; pytanie 2: odpowiedź twierdząca (jednoczesność występowania objawów); pytanie 3: odpowiedź: umiarkowany lub poważny problem. Czułość kwestionariusza wynosi 0,73, a jego swoistość 0,9.

Eating Attitudes Test (EAT-26) to skala opracowana przez Garnera i wsp. [9] do oceny objawów związanych z zaburzeniami odżywiania się. Może stanowić narzędzie przesiewowe oraz służyć ocenie aktualnego leczenia. EAT-26 składa się z 26 pozycji, które dzielą się na 3 podskale: odchudzanie (*dieting*), bulimia i kontrola jedzenia (*bulimia & food control*) oraz kontrola ustna/oralna (*oral control*). Końcowy wynik jest sumą wszystkich podskal. Wynik powyżej 20 punktów uznawany jest za dodatni. Dodatkowo za pomocą 5 pytań oceniano nieprawidłowe zachowania charakterystyczne dla zaburzeń odżywiania się.

Analizę statystyczną prowadzono z użyciem programu SPSS for Windows, wersja 11. Do weryfikacji statystycznej hipotez zastosowano test chi-kwadrat.

WYNIKI

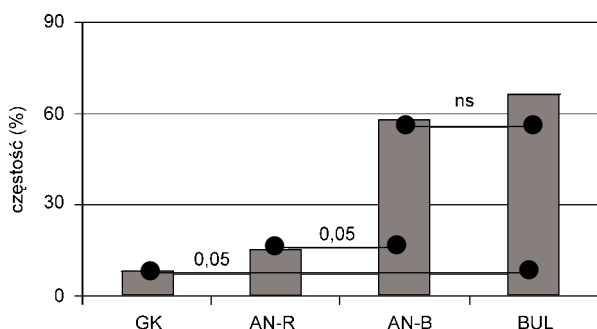
Pod względem wieku, grupa kontrolna była najlepiej dopasowana do grupy pacjentek z rozpoznaniem bulimii i anoreksji o typie bulimicznym. Zbliżone średnie wartości BMI zaobserwowano w grupie kontrolnej i w grupie z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej (tabl. 1).

Częstość występowania spektrum zaburzeń dwubiegunowych (MDQ+) była istotnie większa w grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania się niż w grupie kontrolnej (45,8% vs 8,0%; $p < 0,05$). Dla poszczególnych rozpoznań częstość występowania MDQ+ wynosiła: bulimia 65,8%, anoreksja – typ bulimiczny 57,7%, anoreksja typ restrykcyjny 14,7%. Częstość występowania MDQ+ była istotnie większa w grupie pacjentek z bulimią i bulimicznym typem anoreksji niż u pacjentek z restrykcyjnym typem anoreksji (62,5% vs 14,7%; $p < 0,05$). Wyniki przedstawiono na rys. 1.

Tablica 1. Porównanie podstawowych zmiennych w badanych grupach (średnia \pm odchylenie standardowe)

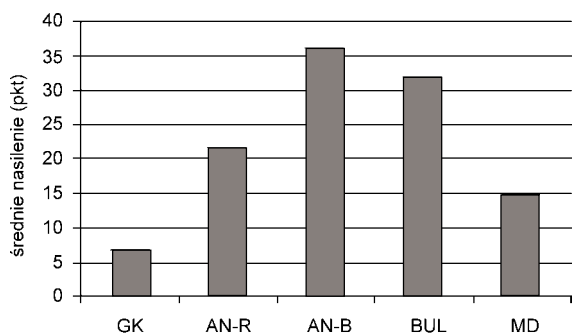
Porównywana grupa badanych	Wiek (lata)	Masa ciała (kg)	Wzrost (m)	BMI
<i>Anorexia nervosa</i> – typ restrykcyjny (n = 34)	17,5 \pm 3,2	47,8 \pm 10,9	1,65 \pm 0,06	18,4 \pm 2,8
<i>Anorexia nervosa</i> – typ bulimiczny (n = 26)	22,5 \pm 6,5	43,9 \pm 4,7	1,64 \pm 0,05	16,9 \pm 1,8
<i>Bulimia nervosa</i> (n = 38)	23,9 \pm 5,0	55,3 \pm 8,6	1,66 \pm 0,04	19,0 \pm 4,8
Choroba afektywna dwubiegunowa (n = 48)	35,6 \pm 11,1	67,6 \pm 13,6	1,66 \pm 0,06	23,3 \pm 2,7
Grupa kontrolna (n = 113)	25,4 \pm 6,6	60,0 \pm 8,7	1,66 \pm 0,06	23,0 \pm 2,7
Ogółem (n = 262)	25,8 \pm 8,9	57,4 \pm 12,2	1,67 \pm 0,06	19,8 \pm 3,4

BMI – wskaźnik masy ciała



Rysunek 1. Odsetek osób z dodatnim wynikiem badania kwestionariuszem MDQ w poszczególnych grupach diagnostycznych. GK – grupa kontrolna; AN-R – *anorexia nervosa*, typ restrykcyjny; AN-B – *anorexia nervosa*, typ bulimiczny; BUL – *bulimia nervosa*; ns – zależność nieistotna

Średnie wyniki testu EAT-26 były wyższe od uznawanych za diagnostyczne dla zaburzeń odżywiania się w grupie pacjentek z anoreksją typu bulimicznego (36,2 punktów), bulimią (31,9 punktów) oraz anoreksją typu restrykcyjnego (21,7 punktów). Natomiast w grupie pacjentek z CHAD oraz w grupie kontrolnej, średnie nasilenie objawów zaburzeń odżywiania się mierzone za pomocą skali EAT-26 wynosiło odpowiednio 14,9 punktów oraz 6,9 punktów. Wyniki przedstawiono na rys. 2.



Rysunek 2. Średnie wyniki testu EAT-26 w poszczególnych grupach diagnostycznych ($p < 0,05$).

GK – grupa kontrolna; AN-R – *anorexia nervosa*, typ restrykcyjny; AN-B – *anorexia nervosa*, typ bulimiczny; BUL – *bulimia nervosa*, MD – choroba afektywna dwubiegunowa

W grupie pacjentek z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, w okresie ostatnich 6 miesięcy, istotnie częściej niż w grupie kontrolnej występowały 3 lub więcej objawy zaburzeń odżywiania się (15,2% vs 2,1%; $p < 0,05$).

OMÓWIENIE

W powyższym badaniu stwierdzono, że w grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania się częściej niż w grupie kontrolnej występują objawy spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Ponadto, stwierdzono, że występowanie spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych jest bardziej charakterystyczne dla podgrup pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, w której występują objawy objadania się i zachowań kompensacyjnych, a nie dla pacjentek z restrykcyjną postacią AN. Zaobserwowano również, że pojedyncze

objawy zaburzeń odżywiania się występują częściej w grupie pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych niż w grupie kontrolnej osób zdrowych.

Uzyskane wyniki wydają się zgodne z zaproponowaną przez Perugiego i Akiskala [1] koncepcją szerokiego spektrum dwubiegunowego, które miałyby obejmować wszystkie zaburzenia przebiegające z zaburzeniem kontroli impulsów, w tym zaburzenia z napadowym objadaniem się. Ta koncepcja zyskała również potwierdzenie w wynikach uzyskanych przez Angsta i wsp. [10], którzy stwierdzili, że napadowe objadanie się jest związane ze spektrum dwubiegunowym, a nie z depresją nawracającą. Zgodnie ze współczesnymi badaniami epidemiologicznymi, u niemal połowy spośród pacjentów zgłaszających się do różnych placówek opieki zdrowotnej z powodu depresji, występują zaburzenia ze spektrum dwubiegunowego [1]. Nie można wykluczyć, że w świetle uzyskanych wyników, dotychczasowe poglądy dotyczące współzachorowalności na depresję i zaburzenia odżywiania się, które wynikały z braku longitudinalnej oceny występowania objawów hipomanii, będą musiały ulec weryfikacji.

Pomimo istnienia znaczącej krzyżowej podatności [11] i częstej zmiany obrazu klinicznego, szczególnie z anoreksji w bulimię, oba zaburzenia cechuje nieco odmienna patogenetyka. Ponadto, niektórzy autorzy wskazują, że typ bulimiczny AN może wykazywać więcej cech wspólnych z bulimią niż z restrykcyjną postacią AN. Pacjentki z bulimicznym zaburzeniami odżywiania się cechują się większym nasileniem impulsywności i labilności emocjonalnej od pacjentek z restrykcyjnym typem AN. U takich chorych często występuje nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zaburzenia afektywne sezonowe oraz zaburzenia osobowości z tzw. skupienia B (wg DSM-IV). Podobne zaburzenia występują u ich krewnych I stopnia. Można więc założyć, że najważniejsze zaburzenia występujące w tej grupie chorych – to dysregulacja afektywna, impulsywność oraz zaburzenia kontroli impulsów, co może potwierdzać związek pomiędzy zaburzeniami dwubiegunowymi i zaburzeniami kontroli impulsów [5, 12, 13, 14]. Występowanie spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych może być związane z tzw. temperamentem cyklotymicznym. Nie można wykluczyć, że występowanie podatności na zaburzenia odżywiania się, a jednocześnie cyklotymicznych cech osobowości może predysponować do wystąpienia zaburzeń odżywiania się z napadami objadania się. Taką interpretację mogłaby pośrednio wspierać obserwacja częstego występowania u pacjentek z bulimią zaburzeń osobowości typu granicznego. Według Akiskala [1] rozpoznawanie tego rodzaju zaburzeń osobowości jest najczęstszą przyczyną pomyłek diagnostycznych, prowadzących do braku rozpoznania zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego, a co za tym idzie niepodjęcia właściwego leczenia. Wstępne badania mogą wskazywać, że do złagodzenia objawów zaburzeń odżywiania się potrzebna jest stabilizacja nastroju, jednak do tej pory brak jest badań kontrolowanych dotyczących leczenia pacjentów z współwystępowaniem zaburzeń odżywiania się i CHAD [15, 16].

Na poziomie objawów, powiązanie pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi może potwierdzać częstsze, w tej ostatniej grupie niż w grupie kontrolnej, występowanie objawów zaburzeń odżywiania się. Stwierdziliśmy, że u pacjentek

z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi istotnie częściej w okresie ostatnich 6 miesięcy występowały takie objawy, jak napadowe objadanie się, prowokowanie wymiotów, czy używanie w celach kompensacyjnych środków przeczyszczających. Do takich zachowań może przyczynić się zaburzona kontrola impulsów, która występuje u niektórych pacjentek z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Ze względu na kilka ograniczeń, wyniki przedstawione go badania należy interpretować ostrożnie. Badanie prowadzono wyłącznie wśród pacjentek hospitalizowanych i nie jest jasne, czy wyniki mogą być uogólniane na całą populację pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. Porównywane grupy różniły się istotnie pod względem wieku. Grupa pacjentek z restrykcyjną postacią AN cechowała się najniższą średnią wieku i nie można wykluczyć, że u części z tych pacjentek cechy dwubiegunowości oceniane za pomocą MDQ jeszcze się nie ujawniły. Do porównania zarówno z pacjentkami z zaburzeniami odżywiania się, jak i z pacjentkami z zaburzeniami afektywnymi, dobrano tylko jedną grupę kontrolną, która była odpowiednia pod względem wieku, tylko do grup pacjentek z bulimią i bulimiczną postacią AN.

WNIOSKI

Pomimo tych zastrzeżeń, uzyskane wyniki wskazują, jak się wydaje, że:

1. w zaburzeniach odżywiania się, szczególnie przebiegających z epizodami objadania się, częściej niż w populacji ogólnej występują objawy spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych,
2. częstsze występowanie objawów zaburzeń odżywiania w grupie pacjentek z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi niż w grupie kontrolnej może wskazywać na wspólne temperamentalne i patogenetyczne uwarunkowania spektrum dwubiegunowego i zaburzeń odżywiania przebiegających z napadowym objadaniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious – sensitive, impulse – dyscontrol and binge – eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25, 713–37.

2. Kamińska K, Rybakowski F. Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się z chorobą afektywną dwubiegunową. *Psychiatr Pol* 2006; w druku.
3. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, i in. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1873–5.
4. Simson SG, Al-Mufti R, Andersen AE, DePaulo JR. Bipolar II Affective disorder in eating inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180 (11).
5. Rajewski A. Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa). W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom II. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 517–37.
6. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martinez-Aran A, Reineres M, Benabarre A, Gast C. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord* 2001; 3: 253–8.
7. Mury M, Verdoux H, Bourgeois M. Comorbidity trouble bipolaire et trouble des conduites alimentaires. *Aspects epidemiologiques et therapeutiques*. *Lencephale* 1995; 21: 545–3.
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
9. Garner DM, i in. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12: 871–8.
10. Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7 (supl 4): 4–12.
11. Strober M. Family-genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 (supl): 9–12.
12. Holderness C, Brooks-Gunn J, Warren M. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994; 16: 1–34.
13. Ghadirian AM, Marini N, Jabalpurwala S, Steiger H. Seasonal mood patterns in eating disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 354–9.
14. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, i in. A controlled family study of anorexia and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degr relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 603–10.
15. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S. Współwystępowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego i zaburzeń odżywiania się: co może zrobić lekarz? *Psychiatria po Dyplomie* 2005; 2 (4): 51–7.
16. Kamińska K, Rajewska J, Rybakowski J. Terapeutyczne działania lamotryginy u pacjentki z zaburzeniami odżywiania się współistniejącymi z chorobą afektywną dwubiegunową – opis przypadku. *Farm Psychiatr Neurol* 2005; 2: 181–5.

*Adres: Dr Katarzyna Kamińska, Klinika Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej,
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań*