

Objawy obsesyjno-kompulsywne i aktywność fizyczna u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym – możliwe związki

Obsessive-compulsive symptoms and physical activity in patients with anorexia nervosa – possible relationships

Magda Błachno, Anita Bryńska, Celina Tomaszewicz-Libudziec, Gabriela Jagielska, Tomasz Srebnicki, Artur Wiśniewski, Tomasz Wolańczyk

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM

Summary

Aim. The aim of the study was to find relationship between obsessive-compulsive symptoms and level and characteristic of physical activity among patients with anorexia nervosa (AN).

Material and methods. 76 female patients, aged 14.8 +/- 1.8 years with AN completed the Polish version of the Leyton Obsessional Inventory-Child Version (LOI-CV). In order to assess the level and type of physical activity, Physical Activity Questionnaire was developed.

Results. 35 (46%) subjects were qualified to HR group (Obsessive-Compulsive Disorder “High-risk group”) (25 or more points on the Interference Score of LOI-CV) and 41 (54%) to nHR group (no “High-risk group”). nHR patients spent less studying in a standing position, significantly more often used elevators rather than stairs and, according to their parents, devote less time for physical activity. Positive correlation between the caregiver’s perception of patient’s weekly activity and the number of “YES” answers in LOI-CV, positive trend between Patient’s Activity Index or summarised Activity Index and the number of “YES” answers in LOI-CV were found. We also found negative correlation between the time spent studying at school and the number of “YES” answers in LOI-CV.

Conclusions. The results show that there is a connection between obsessive-compulsive symptoms and the hyperactivity in AN patients.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, objawy obsesyjno-kompulsywne, aktywność fizyczna

Key words: anorexia nervosa, obsessive-compulsive symptoms, physical activity

Wstęp

Liczne obserwacje kliniczne i wyniki badań dowodzą, że w przypadku jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa – AN), zwłaszcza podtypu restrykcyjnego, mamy do czynienia z częstym występowaniem objawów o charakterze myśli natrętnych oraz powtarzalnych i zrytualizowanych zachowań [1–4]. Obsesje pojawiające się u pacjentek z AN najczęściej tematycznie powiązane są z zagadnieniami diety oraz wagi, cechuje je stałe rozmyślanie o jedzeniu oraz nadmierna koncentracja na wyglądzie własnego ciała [5]. Z kolei kompulsje niejednokrotnie przyjmują postać powtarzalnych i nadmiernych aktywności fizycznych, służących dalszej utracie masy ciała, przymusu powstrzymywania się od jedzenia, skrupulatnego regulowania ilości przyjmowanych pokarmów oraz liczenia kalorii. Taka treść i charakter objawów obsesyjno-kompulsywnych wpisuje się w obraz kliniczny jadłowstrętu psychicznego, tym samym zgodnie z kryteriami DSM-IV-TR [6] nie pozwalając na postawienie dodatkowego rozpoznania zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Osobnym zagadnieniem jest występowanie u pacjentów z AN objawów obsesyjno-kompulsywnych, niepowiązanych tematycznie z zagadnieniami wagi i wyglądu.

Jak się wydaje, obecność objawów obsesyjno-kompulsywnych jest w dużej mierze charakterystyczna dla tych pacjentek z jadłowstrętem, wśród których obserwuje się nadmierną aktywność ruchową [7–9]. Nadmierna aktywność fizyczna nie jest objawem koniecznym w DSM-IV czy ICD-10 do postawienia rozpoznania AN [6, 10], mimo to jej występowanie uznawane jest za czynnik pomagający w ustaleniu diagnozy i rozumiane jako świadome podejmowanie czynności mających na celu utratę masy ciała. Aktywność fizyczna chorych z jadłowstrętem psychicznym może przybierać różne formy: od częstszego wykonywania czynności wymagających wysiłku fizycznego, poprzez niepokój ruchowy, aż do pojawiania się sekwencji wyczerpujących ćwiczeń fizycznych. Wśród pacjentów można wyróżnić grupę, w której nadaktywność ruchowa przybiera wręcz postać natrętnych i przymusowych rytuałów, spełniając tym samym wymogi definicyjne dla kompulsji [11]. Davis i wsp. [8] wykazali, że taka forma aktywności fizycznej bliska jest symptomatologii zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Autorzy sugerują również, że występowanie tak skrajnej aktywności może mieć związek z paradoksalnymi zachowaniami obserwowanymi wśród zwierząt, a polegającymi na unikaniu pożywienia w sytuacji zmuszania do wzmożonego i wyczerpującego wysiłku fizycznego. Nadmierna aktywność fizyczna, która dotyczy ok. 40–80% chorych z AN [13, 14], nie może być zatem wyłącznie rozumiana jako dodatkowy sposób służący pozbyciu się nadmiaru kalorii – wśród pacjentów można wyróżnić tych, którzy traktują aktywność jako sposób redukcji masy ciała, oraz tych, którzy poprzez aktywność fizyczną zmniejszają odczucie głodu [12].

W świetle powyżej przedstawionych rozważań istotne wydaje się doprecyzowanie, w jakim stopniu ilość oraz nasilenie objawów obsesyjno-kompulsywnych obecnych u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym powiązane są z występowaniem wzmożonej aktywności fizycznej lub czy też są to objawy współwystępujące niezależnie od siebie.

Cel

Celem pracy było zbadanie związku pomiędzy występowaniem objawów obsesyjno-kompulsywnych, tematycznie niezwiązanych z zagadnieniami wagi i wyglądu, a poziomem i rodzajem aktywności fizycznej u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym.

Material i metoda

Do badania włączono 76 dziewcząt w wieku 14,8 +/- 1,8 roku, które na podstawie przeprowadzonych przy przyjęciu na oddział psychiatrii dziecięcej badań: psychiatrycznego, fizykalnego i neurologicznego spełniały kryteria diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego wg ICD-10 i DSM-IV [6, 10] oraz nie spełniały kryteriów dla rozpoznania innych zaburzeń psychicznych, a także nie były leczone farmakologicznie.

W celu oceny obecności objawów obsesyjno-kompulsywnych pacjentki wypełniały polską wersję 20-pytaniowego kwestionariusza the Leyton Obsessional Inventory-Child Version (LOI-CV) [15], który przeznaczony jest do oceny występowania objawów obsesyjno-kompulsywnych w populacji dzieci i młodzieży powyżej 12 r.ż. Zasadniczą część narzędzia stanowi 20 pytań dotyczących obecności objawów obsesyjno-kompulsywnych, wśród których można wyróżnić cztery kategorie tematyczne: 1) pytania skonstruowane na podstawie definicji myśli lub czynności natrętnej oraz dotyczące wielokrotnego sprawdzania, powtarzania, trudności z zakończeniem rozpoczętej czynności, wyrzutów sumienia, niezdecydowania, 2) pytania związane z zanieczyszczeniem, brudem, 3) pytania dotyczące szczęśliwych liczb, pecha oraz 4) pytania dotyczące szkoły lub zajęć szkolnych. Osoba badana udziela odpowiedzi „TAK” lub „NIE” na każde z zadanych pytań. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” badany zakreśla również liczbę od 0 do 3, która najlepiej opisuje, jak wymienione zachowanie wpływa na jego funkcjonowanie.

Kwestionariusz LOI-CV nie jest narzędziem diagnostycznym, lecz testem przesiewowym. Według autorów wersji oryginalnej [15], LOI-CV jest przydatny przede wszystkim do wyodrębniania osób o zwiększonym ryzyku wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, stąd w celu ostatecznego ustalenia rozpoznania konieczna jest weryfikacja diagnozy za pomocą innych metod. Kryteria uzasadniające podjęcie dalszego postępowania diagnostycznego zostały ustalone w toku badań epidemiologicznych, a także prowadzonych w grupach pacjentów oraz kontrolnych osób zdrowych z wykorzystaniem kwestionariusza LOI-CV [16]. Odnoszą się one do dwóch kategorii wyników. Pierwszym i zasadniczym kryterium jest uzyskanie przez osobę badaną 25 lub więcej pkt w Skali Wpływu objawów na funkcjonowanie (niezależnie od liczby odpowiedzi „TAK”) – jest to najbardziej czuły parametr wskazujący na możliwość wystąpienia zaburzenia. Z drugiej strony, jak wykazano w badaniach, zaznaczenie 15 lub więcej odpowiedzi „TAK” z jednocześnie niską oceną wpływu raportowanych objawów na własne funkcjonowanie (tzn. poniżej 10 pkt w Skali Wpływu na funkcjonowanie) również wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo diagnozy zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Ustalono, że są to osoby, które potwierdzają występowanie licznych objawów, postrzeganych jednak jako egosyntoniczne, a co za tym idzie – nieznacznie

wpływające na funkcjonowanie, lub osoby, które potwierdzają występowanie licznych objawów, ale intencjonalnie umniejszają ich zaburzającą rolę, przede wszystkim ze względu na wysoki poziom krytycyzmu w stosunku do doświadczanych dolegliwości i tendencję do ich ukrywania.

W związku z powyższym w badaniu własnym przyjęto analogiczne punkty odcięcia. Do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego (grupa PR) mogły zostać zakwalifikowane osoby, które uzyskały (1) 25 pkt lub więcej w Skali Wpływu na funkcjonowanie niezależnie od ilości udzielonych odpowiedzi „TAK” lub (2) które zaznaczyły 15 lub więcej odpowiedzi „TAK” i uzyskały poniżej 10 pkt w Skali Wpływu na funkcjonowanie. Osoby, które nie spełniły powyższych kryteriów w zakresie uzyskanej punktacji, mogły zostać zakwalifikowane do grupy bez ryzyka wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego (grupa BR). Właściwości psychometryczne polskiej wersji kwestionariusza zostały wyznaczone w czasie badań epidemiologicznych prowadzonych w grupie polskich adolescentów [17].

W celu oceny poziomu i rodzaju aktywności fizycznej wykorzystano Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (KAF), którego wartość kliniczna i właściwości psychometryczne zostały sprawdzone w grupie 107 pacjentek z AN oraz grupie kontrolnej 40 zdrowych dziewcząt [18, 19]. Składa się on z części wypełnianej przez pacjenta oraz części wypełnianej przez rodziców/opiekunów, co umożliwi zobiektywizowanie danych poprzez porównanie oceny pacjenta oraz oceny rodzica. Na podstawie danych dotyczących aktywności fizycznej deklarowanej w KAF przez pacjentkę i jej rodziców utworzono Indeks aktywności fizycznej wg pacjenta oraz Indeks aktywności fizycznej wg rodzica. Poszczególnym pytaniom z KAF przydzielono odpowiednią liczbę punktów, według zasady: odpowiedź świadcząca o większej aktywności fizycznej = większa ilość punktów, jednocześnie dobierając ilość przyznanych za odpowiedź punktów do wagi danej czynności w odzwierciedleniu ogólnej aktywności fizycznej (tab. 1). We wszystkich przypadkach promowano punktami dodatkowymi odpowiedzi świadczące o podwyższonej, ponadprzeciętnej aktywności (np. poświęcanie na aktywność fizyczną > 12 h/tyg. czy też uczenie się lub czytanie książek w pozycji stojącej), zaś za zachowania typowe dla populacji ogólnej zazwyczaj przydzielano 0 pkt. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania dla Indeksu aktywności fizycznej wg pacjenta oraz Indeksu aktywności fizycznej wg rodzica wynosiła po 12 punktów. W celu zbadania trafności teoretycznej Indeksu aktywności poszczególne skale wchodzące w jego skład zostały poddane analizie czynnikowej (metodą głównych składowych z pierwszą główną składową reprezentującą teoretyczny konstrukt, który mierzy skala). Dokonano oceny rzetelności metodą badania wewnętrznej spójności skali – współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wyniósł 0,75. Następnie zbadano korelacje pomiędzy Indeksami aktywności wg pacjenta i Indeksami aktywności wg rodzica, uzyskując wysoki współczynnik korelacji ($r = 0,72$, $p < 0,0005$), co uzasadniło połączenie obu parametrów w jeden wspólny indeks aktywności. W ten sposób na podstawie danych kwestionariuszowych z KAF utworzono trzy parametry: Indeks aktywności wg pacjentki, Indeks aktywności wg rodzica oraz łączny Indeks aktywności.

Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej wykorzystano pakiet SPSS dla systemu Windows 14.0 (Standard Version). Porównań międzygrupowych dokonano z zastosowaniem jednoczynnikowej analizy wariancji oraz testu χ^2 . W celu analizy korelacji pomiędzy wynikami LOI-CV oraz poziomem i rodzajem aktywności fizycznej wyznaczono współczynnik korelacji Pearsona. Dla wszystkich analiz przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Spośród 76 dziewcząt biorących udział w badaniu 35 (46%) zostało zakwalifikowanych do grupy PR, a 41 (54%) do grupy BR. Wszystkie osoby z grupy PR uzyskały 25 lub więcej punktów w Skali Wpływu na funkcjonowanie LOI-CV; żadna nie zaznaczyła 15 lub więcej odpowiedzi „TAK” i nie uzyskała 10 lub mniej pkt w Skali Wpływu na funkcjonowanie. Objawami obsesyjno-kompulsywnymi najczęściej potwierdzanymi w LOI-CV przez osoby z grupy PR były: obawy związane z brudem i zanieczyszczeniem (70%), obawy, czy jest się wystarczająco czystym (67%), brak pewności (powtarzanie) (62%), niezdecydowanie (60%), niezadowolenie z powodu czystości rąk (58%), wykonywanie aktywności w określony sposób (58%) oraz powtarzanie myśli lub słów (55%).

Wyniki porównania grupy PR i BR w zakresie aktywności fizycznej przedstawia tabela 1. Istotnie statystycznie różnice międzygrupowe oraz różnice istotne na poziomie tendencji wykazano w odniesieniu do poszczególnych pytań indeksów aktywności oraz łącznej punktacji dla Indeksu aktywności wg pacjentki, Indeksu aktywności wg rodzica oraz łącznego Indeksu aktywności. Stwierdzono, że w ocenie pacjentek osoby z grupy BR w porównaniu z osobami z grupy PR istotnie rzadziej uczyły się, stojąc ($U = 10,37$; $p = 0,01$); różnice w pozycji przyjmowanej podczas uczenia się dotyczyły przede wszystkim form stojąca vs. siedząca. Co więcej, pacjentki z grupy BR istotnie częściej podawały, że wolą jeździć windą niż korzystać ze schodów ($U = 7,39$; $p = 0,02$). Na poziomie tendencji wykazano różnice w zakresie ilości czasu przeznaczonego tygodniowo na aktywność fizyczną w ocenie rodzica – pacjentki z grupy BR w porównaniu z pacjentkami z grupy PR w opinii rodzica poświęcały tygodniowo mniej czasu na aktywność fizyczną ($U = 3,28$; $p = 0,07$). Stwierdzono także różnice, na poziomie tendencji, w odniesieniu do całkowitej punktacji Indeksu aktywności wg pacjenta ($U = 3,58$; $p = 0,06$) oraz całkowitej punktacji Indeksu aktywności ($U = 3,33$; $p = 0,07$). Pacjentki z grupy BR w porównaniu z pacjentkami z grupy PR uzyskały niższy wynik w obu indeksach.

Tabela 1. Grupa PR vs. grupa BR – porównanie w zakresie aktywności fizycznej dla poszczególnych pytań indeksów aktywności oraz łącznej punktacji dla Indeksu aktywności wg pacjentki, Indeksu aktywności wg rodzica oraz Indeksu aktywności

	Pytanie	t/U	p
Pytania Indeksu aktywności wg pacjentki	Ile godzin tygodniowo poświęcałaś na różne aktywności fizyczne? < 3 h/tyg. (0 pkt); 3–7 h/tyg. (1 pkt); 7–12 h/tyg. (2 pkt); > 12 h/tyg. (4 pkt).	0,04	0,84
	W jakiej pozycji najczęściej się uczyłaś? Leżącej (0 pkt); Siedzącej (0 pkt); Stojącej (1 pkt).	10,37	0,01
	W jakiej pozycji najczęściej czytasz książki? Leżącej (0 pkt); Siedzącej (0 pkt); Stojącej (1 pkt).	0,36	0,56
	W ciągu ostatnich 3 miesięcy byłaś aktywna fizycznie? Mало (0 pkt); Średnio (1 pkt); Bardzo (2 pkt).	1,46	0,24
	Czy należysz do SKS lub innego klubu sportowego? Nie (0 pkt); Tak (1 pkt).	0,19	0,66
	Czy wolisz wchodzić schodami czy jeździć windą? Nie (0 pkt); Tak (1 pkt).	7,39	0,02
	Czy zdarza ci się specjalnie chodzić gdzieś na piechotę? Nie (0 pkt); Tak (1 pkt).	0,93	0,35
	Indeks aktywności wg pacjentki		3,58
Pytania Indeksu aktywności wg rodzica	Ile godzin tygodniowo córka przeznaczała na aktywność fizyczną? < 3 h/tyg. (0 pkt); 3–7 h/tyg. (1 pkt); 7–12 h/tyg. (2 pkt); > 12 h/tyg. (4 pkt).	3,28	0,07

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pytania Indeks aktywności wg rodzica	Czy córka w czasie choroby była bardziej aktywna niż zwykle? Nie (0 pkt); Tak (1 pkt).	0,37	0,55
	W ciągu ostatnich 3 miesięcy córka była? Spowolniała (0 pkt); Przeciętnie aktywna (0 pkt); Średnio aktywna (1 pkt); Bardzo aktywna (2 pkt); Starala się być w ciągłym ruchu (3 pkt).	1,77	0,20
	Przed chorobą córka była aktywna fizycznie? Mało (0 pkt); Średnio (1 pkt); Bardzo (2 pkt).	1,64	0,21
Indeks Aktywności wg rodzica		0,23	0,63
Indeks Aktywności		3,33	0,07

Wykazano następujące zależności między ilością odpowiedzi „TAK” oraz ilością punktów w Skali Wpływu LOI-CV a rodzajem i częstością podejmowanych aktywności fizycznych:

- ilość godzin tygodniowo poświęcanych na różne aktywności fizyczne w ocenie pacjentki dodatnio koreluje na poziomie tendencji z ilością odpowiedzi „TAK” w LOI-CV ($t = 0,44$; $p = 0,07$),
- ilość godzin tygodniowo poświęcanych na różne aktywności fizyczne w ocenie rodzica istotnie statystycznie dodatnio koreluje z ilością odpowiedzi „TAK” w LOI-CV ($t = 0,52$; $p = 0,03$)

Na poziomie tendencji wykazano dodatnią korelację między wynikiem uzyskanym w Indeksie aktywności wg pacjenta ($t = 0,41$; $p = 0,07$) oraz wynikiem łącznego Indeksu aktywności ($t = 0,42$; $p = 0,07$) a ilością odpowiedzi „TAK” w LOI-CV.

Dyskusja

Pewnym ograniczeniem przeprowadzonego badania jest brak analizy dodatkowych czynników, które mogły mieć ewentualny wpływ na zakres aktywności fizycznej badanych pacjentek, takich jak np. miejsce zamieszkania (wieś vs. miasto), odległość od szkoły, możliwość dojechania do niej autobusem itp. Z drugiej strony dobór metody służącej określeniu poziomu aktywności wydaje się zaletą, gdyż sposób sformułowania pytań zawartych w Kwestionariuszu Aktywności Fizycznej nie sugeruje intencji podejmowanych zachowań. Kwestionariusz nie ocenia wglądu w objawy, ale w naszej opinii dokonuje obiektywnego pomiaru omawianego parametru. Dla porównania: w stosowanym na coraz większą skalę kwestionariuszu SIAB (Structured interview

for anorexia and bulimia nervosa) [20], wśród pytań dotyczących obrazu własnego ciała, relacji rodzinnych, kontaktów społecznych, znajduje się tylko jeden punkt identyfikujący zachowania świadomie podejmowane w celu uzyskania spadku masy ciała, w tym aktywność fizyczną. SIAB nie pozwala zatem na pozyskanie wystarczająco szczegółowych informacji dotyczących samej aktywności.

Uzyskane wyniki, zwłaszcza wykazanie zależności pomiędzy ilością zgłaszanych objawów obsesyjno-kompulsywnych a łącznym wynikiem Indeksu aktywności, mogą wskazywać na istnienie związku i wpływu cech obsesyjnych na rozwój nadaktywności pacjentek z AN. Pacjentki zakwalifikowane do grupy PR, obciążonej potencjalnie wyższym prawdopodobieństwem występowania zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, oceniły, że zdecydowanie częściej podejmują aktywności, które potencjalnie mogą służyć utracie kalorii, jak np. uczenie się w pozycji stojącej oraz częstsze wchodzenie schodami zamiast korzystania z windy. Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w wielu badaniach ukierunkowanych na wyjaśnienie zjawiska nadaktywności pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Na przykład w pracy Davis i wsp. [8] grupę 53 kobiet z AN w wieku 18–35 lat poddano badaniu za pomocą The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI) [21], oceniającym obecność objawów obsesyjno-kompulsywnych, bez oceny ich wpływu na funkcjonowanie pacjenta. Pacjentki z grupy określonej jako bardziej aktywna fizycznie uzyskały istotnie wyższe wyniki w łącznej punktacji MOCI w porównaniu z grupą z niskim poziomem aktywności. Przytoczone powyżej badanie dotyczyło osób dorosłych, a w połączeniu z wynikami badania własnego pozwala wnioskować o istnieniu zależności pomiędzy aktywnością fizyczną a objawami o charakterze obsesyjno-kompulsywnym u pacjentek z AN, niezależnie od ich wieku.

Odniesienie się do powyżej wspomnianej pracy wydaje się również istotne ze względu na zastosowane metody badawcze. W badaniu Davis i wsp. najpierw dokonano podziału pacjentek na grupy o wysokim i niskim poziomie aktywności fizycznej, a następnie badano współwystępowanie objawów lub cech obsesyjno-kompulsywnych (poziom aktywności vs. obsesyjność). Z kolei w pracy własnej najpierw badano obecność i nasilenie objawów obsesyjno-kompulsywnych (podział na grupy PR i BR), a następnie określano poziom aktywności fizycznej (obsesyjność vs. poziom aktywności). Pacjentki z AN z grupy o wysokiej aktywności fizycznej wykazywały większe nasilenie cech obsesyjnych [8], zaś pacjentki z AN z wysokim ryzykiem występowania zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego charakteryzowały się większą aktywnością fizyczną (badanie własne). Jak się okazuje, przy zastosowaniu odmiennych procedur wyniki okazały się istotnie ze sobą powiązane, co wydaje się wskazywać na związek pomiędzy występowaniem nadmiernej aktywności fizycznej i objawów/cech o charakterze obsesyjno-kompulsywnym u pacjentek z AN niezależnie od wieku.

Podsumowanie i wnioski

Uzyskane wyniki wskazują na powiązania między obecnością oraz nasileniem współwystępujących z jadłowstrętem psychicznym objawów obsesyjno-kompulsywnych a nadmierną aktywnością fizyczną pacjentek. Niewątpliwie nie pozwalają na wyciąganie kategoriycznych wniosków, ale z pewnością uzasadniają kontynuację

badań w tym zakresie. Niemniej jednak powyższe obserwacje mogą mieć istotne implikacje kliniczne i mogą stanowić podstawę do odmiennego planowania procedur terapeutycznych w odniesieniu do pacjentek z AN ze współwystępującymi objawami obsesyjno-kompulsywnymi, niekoniecznie spełniającymi kryteria dla zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego wg DSM-IV-TR [6]. Jak się wydaje, jest to grupa, w stosunku do której potencjalnie należałoby rozważyć uwzględnienie dodatkowych metod ukierunkowanych na redukcję objawów obsesyjno-kompulsywnych. Taki plan leczenia powinien obejmować techniki behawioralne, polegające przede wszystkim na łączeniu ekspozycji na bodziec wyzwalający rytuał, z powstrzymaniem reakcji, czyli udaremnieniem czynności, która jest wykonywana w celu redukcji złego samopoczucia [22]. Z drugiej zaś strony oddziaływania powinny uwzględniać techniki poznawcze ukierunkowane na przeformułowanie w zakresie nadmiernego poczucia odpowiedzialności, perfekcjonizmu, potrzeby kontroli, oceny ryzyka i niebezpieczeństwa oraz niskiej tolerancji niepewności [23], zwłaszcza że takie zniekształcenia schematów poznawczych w znacznym zakresie są wspólne dla poznawczej konstrukcji pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym, jak i jadłowstrętem psychicznym [24]. Redukcja objawów obsesyjno-kompulsywnych w konsekwencji może doprowadzić do zmniejszenia aktywności fizycznej pacjentek, co może potencjalnie pozytywnie wpływać na proces leczenia jadłowstrętu psychicznego.

Piśmiennictwo

1. Hsu LKG, Kaye W, Weltzin T. *Are the eating disorders related to obsessive-compulsive disorder?* Int. J. Eat. Disord. 1993; 14: 305–318.
2. Serpella L, Livingstone A, Neiderman B, Laska B. *Anorexia nervosa: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?* Clin. Psychol. Rev. 2002; 22: 647–669.
3. Braun DL, Sunday R, Halmi K. *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders.* Psychol. Med. 1994; 24: 187–194.
4. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa.* Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 712–718.
5. 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.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Fourth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Davis C, Kaptein S, Kaplan AS, Olmsted MP, Woodside DB. *Obsessionality in anorexia nervosa: the moderating influence of exercise.* Psychosom. Med. 1998; 60: 192–197.
8. 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.
9. Davis C, Kaptein S. *Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder.* Psychiatry Res. 2006; 142: 209–217.

10. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research.* Geneva: World Health Organization; 1993.
11. Davis C, Kennedy SH, Ralevski E. *Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising.* J. Psychosom. Res. 1995; 39: 967–976.
12. Davis C, Woodside DB. *Sensitivity to the rewarding effects of food and exercise in the eating disorders.* Compr. Psychiatry 2002; 43: 189–194.
13. Davis C. *Eating disorders and hyperactivity: a psychobiological perspective.* Can. J. Psychiatry 1997; 42: 168–175.
14. Kohl M, Foulon C, Guelfi JD. *Hyperactivity and anorexia nervosa: behavioral and biological perspective.* Encephale 2004; 30: 492–499.
15. 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.
16. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Zeremba-Berg C, Kalikow K. i wsp. *Obsessive compulsive disorder in adolescence. An epidemiological study.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1988; 27: 764–771.
17. Bryńska A, Wolańczyk T. *Metody oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego 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.
18. Wiśniewski A, Tomaszewicz-Libudzić C, Brzozowska-Binda A, Wolańczyk T. *Różne oblicza nadmiernej aktywności ruchowej u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym – opis trzech przypadków.* Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2009; 4: 98–103.
19. Wiśniewski A. *Aktometryczna ocena aktywności ruchowej u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym.* Rozprawa doktorska. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2007.
20. Manfred M, Fichter ME, Elton M, Engel K, Meyer AE, Mall H. i wsp. *Structured interview for anorexia and bulimia nervosa (SIAB): Development of a new instrument for the assessment of eating disorders.* Int. J. Eat. Disord. 2001; 10: 571–592
21. Hodgson R, Rachman S. *Obsessive compulsive complaints.* Behav. Res. Ther. 1965; 15: 389–395.
22. Bryńska A, Wolańczyk T. *Metody psychoterapeutyczne stosowane w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego u dzieci i młodzieży.* Psychiatr. Pol. 1998; 32(6): 723–738.
23. Bryńska A, Kołakowski A, Srebnicki T. *Terapia poznawcza.* W: Bryńska A. red. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne: rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007. s. 141–189.
24. Bryńska A, Kołakowski A. *Schematy poznawcze i specyfika terapii poznawczej jadłowstrętu psychicznego.* Wiad. Psychiatr. 2004; 2: 147–150.

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

Otrzymano: 12.08.2013

Zrecenzowano: 31.09.2013

Otrzymano po poprawie: 8.10.2014

Przyjęto do druku: 1.12.2014