

Schizofrenia i jadłowstręt psychiczny – wzajemne powiązania. Przegląd literatury

Schizophrenia and anorexia nervosa – reciprocal relationships. A literature review

Justyna Moryłowska-Topolska¹, Rafał Ziemiński², Agnieszka Molas²,
Jacek Gajewski³, Marta Flis³, Ewa Stelmach⁴,
Hanna Karakuła-Juchnowicz^{1,3}

¹ Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii UM w Lublinie

² Koło Naukowe przy Zakładzie Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii UM w Lublinie

³ I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM w Lublinie

⁴ II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM w Lublinie

Summary

Although schizophrenia and anorexia nervosa are seemingly very distinct psychiatric disorders, their symptoms are connected by various types of relationships. The present article reviews the literature and recapitulates the views of various authors on the links between these two disorders.

Symptoms of anorexia may 1) precede the onset of psychosis; 2) evolve in its active phase or more rarely manifest in remission; and, conversely, 3) psychotic symptoms may occur transiently in the course of anorexia nervosa. When anorexia precedes the manifestation of psychosis, symptoms of anorexia can be treated as a component of the prodromal phase of schizophrenia. Another possibility of co-existence of a psychosis (e.g., schizophrenia) with anorexia is when the eating disorder syndrome manifests at the same time as the full-blown psychotic syndrome. In such cases, when the symptoms of the two disorders occur simultaneously, it is often difficult to say whether the patient is suffering from schizophrenia, in the course of which anorexia has arisen secondary to psychotic symptoms or whether he/she is suffering from anorexia during which he/she has developed psychotic symptoms, usually thematically associated with eating.

Studies published so far, mainly case reports, point to the complex nature of the interrelationships between schizophrenia and anorexia nervosa. Further research is needed to con-

clusively explain the relationships between psychotic disorders and anorexia nervosa, which would allow physicians to use more effective methods of treatment in this group of patients.

Słowa klucze: jadłowstręt psychiczny, schizofrenia, współwystępowanie

Key words: anorexia nervosa, schizophrenia, comorbidity

Wstęp

Istota powiązań między schizofrenią a jadłowstrętem psychicznym wciąż pozostaje nieznana i chociaż temat ten powraca w literaturze medycznej dość często, wszyscy autorzy zgodnie zwracają uwagę na niedostatek informacji i potrzebę dalszych badań [1].

Objawy anoreksji obserwuje się u 1–4% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [2], podczas gdy w populacji ogólnej szacuje się jej rozpowszechnienie na 0,3–1% [3]. Występowanie psychoz u osób z pierwotnie rozpoznanymi zaburzeniami odżywiania się oceniano w różnych badaniach na od 0 do 13% [4, 5]. U mężczyzn, u których zaburzenia odżywiania się występują niezmiernie rzadko, współwystępowanie z objawami schizofrenii jest znacznie bardziej powszechne niż u kobiet i może sięgać nawet 35% [6, 7].

Obserwacje kliniczne wskazują, iż objawy jadłowstrętu psychicznego i schizofrenii, chociaż należą do zaburzeń o zupełnie innej naturze, odrębnej etiologii, patogenezie, objawach, przebiegu i rokowaniu, mogą pojawiać się u jednej osoby zarówno jedno po drugim, jak również współwystępować ze sobą w tym samym czasie.

Anoreksja może poprzedzać wystąpienie psychozy, pojawiać się w jej aktywnej fazie lub też, rzadziej, występować w fazie rezydualnej [8, 9]. Czasem natomiast to jadłowstręt jest rozpoznaniem podstawowym, a w jego przebiegu pojawiają się objawy psychotyczne. W fazie prepsychotycznej schizofrenii mogą występować bardzo zróżnicowane objawy i zespoły psychopatologiczne, nietypowe dla danej osoby zachowania i zaburzenia poznawcze. Pośród tych zaburzeń znajduje się jadłowstręt psychiczny [10]. Inną możliwością współistnienia psychozy z anoreksją jest sytuacja, gdy jadłowstręt psychiczny możliwy do zdiagnozowania zgodnie z wytycznymi ICD-10 ($BMI \leq 17,5$, zachowania mające na celu zmniejszenie masy ciała, ocenianie siebie jako osoby otyłej, lęk przed przytyciem i zaburzenia endokrynne) [11] występuje jednocześnie z objawami schizofrenii. W przypadku zaś jednoczasowego występowania objawów obu zaburzeń mogą pojawić się trudności diagnostyczne: czy jest to schizofrenia, w przebiegu której na podłożu psychotycznym pojawiają się objawy anoreksji, czy też anoreksja, podczas której pojawiają się objawy psychotyczne, najczęściej wówczas związane tematycznie z jedzeniem.

W dalszej części artykułu przedstawiono aktualne poglądy i doświadczenia różnych autorów dotyczące współwystępowania objawów obu zaburzeń oraz podjęto próbę usystematyzowania dostępnej wiedzy na temat powiązań między schizofrenią a jadłowstrętem psychicznym.

Powiązania między jadłowstrętem psychicznym a schizofrenią: teorie i hipotezy

Już Bleuler opisywał przypadki schizofrenii połączonej z zaburzeniami odżywiania się spowodowanymi urojeniami [6]. W ciągu ostatnich 30 lat kilku autorów przedstawiało teorie, zgodnie z którymi anoreksja mogłaby być uznana za zaburzenie psychiatryczne. Sugerowano, że niektóre osiowe objawy anoreksji mogłyby być związane z psychozą, a zaburzenia obrazu własnego ciała mogłyby mieć podłoże urojeniowe [12].

Zauważano, na przykład, możliwość przechodzenia jednego zaburzenia w drugie pod wpływem często nieokreślonych czynników. Możliwy byłby tu udział różnych czynników powodujących znaczny stres czy też udział stosowanych leków, np. leków przeciwdepresyjnych stosowanych w jadłowstręcie psychicznym [13–15].

Opierając się na teoriach psychoanalitycznych, niektórzy autorzy [1] uważają, że jadłowstręt psychiczny spełnia funkcje adaptacyjne, stanowiąc swego rodzaju obronę przeciwko psychozie. Chory w celu obrony słabego ego przed naporem treści psychotycznych wytwarza sztuczne i tożsame ze sobą „ja”, co zapewnia mu poczucie kontroli nad postępującym chaosem, przy czym istnieje ciągle niebezpieczeństwo „usunęcia się w psychozę” u pacjenta z psychotyczną organizacją osobowości [4, 15].

Seeman w artykule opublikowanym w 2014 roku [1] wymieniła aż siedem hipotez dotyczących wzajemnych powiązań schizofrenii i anoreksji. Poniżej przedstawiono wyniki jej rozważań:

1. Anorexia nervosa i schizofrenia stanowią dwa niezależne zaburzenia. Wtedy jednak odsetek zachorowań na anoreksję u pacjentów, u których wcześniej rozpoznano schizofrenię, byłby taki sam jak w populacji ogólnej i podobnie odsetek zachorowań na schizofrenię u osób wcześniej chorujących na jadłowstręt psychiczny. Leczenie w takiej sytuacji odbywałoby się również niezależnie dla obu zaburzeń.
2. Psychoza jako wynik wyniszczenia organizmu przez jadłowstręt psychiczny i na odwrót – anoreksja jako skutek przeżyć psychiatrycznych. Wtedy należałoby przyjąć, że leczenie zaburzenia, które wystąpiło jako pierwsze, pomoże wyeliminować oba.
3. Kontrola nad jedzeniem daje poczucie władzy jednostkom o słabej samokontroli, a słaba samokontrola predysponuje i do anoreksji, i do schizofrenii. Kontrola nad jedzeniem wzmacnia poczucie panowania nad sytuacją w psychozie, a z kolei psychoza może zmniejszyć chęć rygorystycznego przestrzegania diety w anoreksji. Wówczas leczenie jednego ze schorzeń pogarszałoby przebieg drugiego, usuwając mechanizm obronny.
4. Zaburzenia odżywiania się jako skutek urojeniowego zaburzonego własnego obrazu. Wtedy leczenie jednego schorzenia poprawia przebieg drugiego.
5. Jedno zaburzenie poprzedza drugie, a po pojawieniu się drugiego znika. Anoreksja zatem mogłaby być traktowana jako zaburzenie prodromalne schizofrenii.
6. Teza farmakologicznej indukcji zaburzeń – niektóre leki przeciwpsychotyczne podnoszą masę ciała, mogą przez to predysponować do nadmiernego odchudzenia.

Z kolei leki przeciwdepresyjne stosowane w leczeniu anoreksji mogą indukować psychozę. Zatem wycofanie się z agresywnego leczenia mogłoby w obu przypadkach poprawić przebieg choroby.

7. Wystąpienie jednej choroby w przebiegu drugiej jest wyznacznikiem stopnia ciężkości zaburzeń – wówczas pacjenci z obecnymi objawami psychiatrycznymi byłoby bardziej wyniszczeni ($BMI < 15$), a pacjenci ze współistniejącą anoreksją przejawialiby cięższe objawy psychiatryczne i gorzej odpowiadaliby na leczenie [1].

Mnogość hipotez, które mogą być brane pod uwagę w odniesieniu do wzajemnych powiązań schizofrenii i jadłowstrętu psychicznego, niewątpliwie wskazuje na złożoność omawianego problemu.

Objawy jadłowstrętu w okresie prodromalnym schizofrenii

Za okres prodromalny schizofrenii można uznać zauważalne przez pacjenta i/lub rodzinę bądź opiekunów zmiany zachowania, objawy lub zespoły psychopatologiczne poprzedzające pojawienie się objawów psychiatrycznych w takiej liczbie, nasileniu i konfiguracji, że lekarz może rozpoznać schizofrenię zgodnie z kryteriami ICD-10 lub DSM-5 [10]. Okres prodromalny może trwać różnie długo u poszczególnych pacjentów – od kilku dni nawet do kilku lat [16].

Podczas okresu prodromalnego schizofrenii mogą występować bardzo zróżnicowane objawy i zespoły psychopatologiczne, a także nietypowe dla danej osoby zachowania i zaburzenia poznawcze. Pośród tych zaburzeń znajduje się jadłowstręt psychiczny [17].

Możliwość wystąpienia anoreksji jako prodromu zwiastującego późniejszy rozwój schizofrenii dostrzegają również Powers i wsp. [12].

Badania prowadzone przez Rabe-Jabłońską i wsp. [10] wśród 150 pacjentów w wieku 15–19 lat wykazały, że u 2,7% (0,7% stanowili chłopcy, a 2% dziewczęta) w okresie prodromalnym schizofrenii występowały objawy anoreksji psychicznej. W podanych przypadkach od momentu wystąpienia pełnoobjawowej psychozy kwalifikującej się do rozpoznania schizofrenii wg ICD-10 (utrzymującej się co najmniej przez miesiąc) minęło nie mniej niż 3 miesiące, a nie więcej niż 24 miesiące [10].

Brzozowska i wsp. opisali z kolei troje pacjentów, z których dwóch było płci męskiej. Pierwszy z nich wykazywał cechy przedchorobowej osobowości schizoidalnej i autorzy sugerują, że w tym przypadku zespół anorektyczny był faktycznie częścią okresu prepsychotycznego [9].

Zdarzają się również sytuacje, gdy objawy anoreksji dominują w okresie prodromalnym, następnie współistnieją z objawami psychiatrycznymi jeszcze przez pewien czas od momentu wybuchu pełnoobjawowej psychozy i ostatecznie zupełnie ustępują w przebiegu schizofrenii [18].

Według obserwacji Żechowskiego, w praktyce klinicznej nie tak rzadko spotyka się przypadki osób, u których epizod katatoniczny poprzedzony był różnie długim, zdarza się że nawet kilkuletnim, okresem jadłowstrętu psychicznego [4].

Objawy jadłowstrętu pojawiające się w przebiegu aktywnej fazy schizofrenii oraz w remisji

U pacjentów z rozpoznaną schizofrenią również mogą pojawiać się objawy jadłowstrętu – podczas trwania lub po zakończeniu epizodu psychotycznego. Literatura na ten temat składa się w dużej mierze z opisów przypadków, trudne jest więc wyciągnięcie jednoznacznych wniosków. Pojawienie się obu zaburzeń w pewnym odstępie czasowym, zwłaszcza gdy objawy psychotyczne poprzedzają objawy jadłowstrętu, rodzi pytanie, czy istnieje między nimi jakieś powiązanie, czy też występują niezależnie od siebie nawzajem [1, 19].

Lyketos i wsp. [20] w swoim artykule przytaczali dane wskazujące na to, że u 2/5 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii zaburzenia odżywiania się były związane bezpośrednio z tematyką doświadczanych urojeń, u 1/6 wiązały się one z przeżywanymi halucynacjami. U około połowy nie były związane z zaburzeniami spostrzegania i zaburzeniami myślenia.

Niektórzy autorzy [21, 22], opierając się na charakterystyce opisywanych przez siebie przypadków (momencie zachorowania, charakterystyce przebiegu i specyfice objawów), sugerują, że schizofrenia i anoreksja, w przypadku współwystępowania, mimo wzajemnego wpływu na siebie, pozostają jednak odrębnymi zaburzeniami.

Inne podejście do związku zaburzenia odżywiania się u pacjentów ze schizofrenią prezentują między innymi Ferguson i wsp. [23]. Uważają bowiem, że jadłowstręt psychiczny może być sposobem dostosowania się, zorganizowania swojego życia tak, aby uzyskać poczucie własnej tożsamości, kiedy w przebiegu schizofrenii granice własnego „ja” są zatarte.

Lai i wsp. [19] opisali przypadek 13-letniej pacjentki ze schizofrenią o wczesnym początku, u której rozwinęły się objawy anoreksji. Co ciekawe, na rok przed wystąpieniem objawów schizofrenii pacjentka zaczęła skupiać swą uwagę na masie ciała, a także rozpoczęła dietę. Mimo pierwotnego rozpoznania schizofrenii w obrazie klinicznym w przebiegu leczenia dominowały objawy anorektyczne, takie jak lęk przed przytociem i ciągła kontrola masy ciała, czyli symptomy powszechnie występujące w anoreksji, jednak rzadko obserwowane w schizofrenii. Ostatecznie u pacjentki rozpoznano schizofrenię z współwystępowaniem zaburzeń odżywiania się. Po roku połączonej terapii farmakologicznej i interwencji psychospołecznej udało się uzyskać remisję objawów, zarówno psychotycznych, jak i anoreksji.

Zniekształcenie obrazu własnego ciała jest jednym z podstawowych objawów schizofrenii. Może ono predysponować do pojawienia się całego spektrum zaburzeń odżywiania się [13].

Przykładem na poparcie tej hipotezy jest przypadek pacjentki opisany przez Ruzycy i wsp. [24]. Kobieta, u której w wieku 17 lat zdiagnozowano schizofrenię wraz ze współistniejącymi objawami anoreksji, po dziesięcioletniej przerwie od farmakoterapii zgłosiła się do lekarza z niebezpiecznie niską masą ciała, a także utrzymującymi się objawami psychotycznymi. Głównym symptomem w przebiegu całej choroby była odmowa jedzenia w celu zachowania budowy ciała jak u małej dziewczynki,

ponieważ pacjentce wydawało się, że nią jest. Psychiatra musi się zmierzyć w takich przypadkach z pytaniem, czy pojawiające się objawy jadłowstrętu psychicznego są objawami składającymi się ciągle na obraz schizofrenii, czy są już może odrębną jednostką kliniczną – anoreksją.

Kolejną hipotezą starającą się wyjaśnić koegzystencję schizofrenii i anoreksji jest twierdzenie, że leczenie jednego schorzenia jest odpowiedzialne za początek drugiego. Leki przeciwpsychotyczne stosowane w schizofrenii nierzadko powodują przyrost masy ciała podczas długotrwałej farmakoterapii, co może wiązać się z wystąpieniem lęku przed przytyciem, który potencjalnie może przyczynić się do odmowy jedzenia i powstania w przyszłości zaburzeń odżywiania się [1].

Biorąc pod uwagę jeszcze jedną możliwość, czyli to, że współwystępowanie anoreksji i schizofrenii jest przypadkowe, należałoby oczekiwać przypadków pacjentów, u których między wystąpieniem obu zaburzeń występowała przerwa, podczas której nie byłyby obecne żadne objawy psychopatologiczne [1]. Jakkolwiek opisywani są czasem pacjenci, u których schizofrenia pojawiała się dopiero po pewnym czasie od epizodu anoreksji [20], przypadki odwrotne, a więc jadłowstręt po ustąpieniu psychozy i okresie bezobjawowym, wspominane są niezmiernie rzadko [25], przez co teoria o luźnym powiązaniu i niezależnej psychopatologii wspomnianych dwóch zaburzeń jest mało prawdopodobna i trudna do udowodnienia.

Objawy psychotyczne pojawiające się w przebiegu jadłowstrętu psychicznego

Zaburzenia treści myślenia są najczęstszym objawem psychotycznym mogącym występować w anoreksji, stanowiąc najbardziej istotne podobieństwo z obrazem klinicznym schizofrenii. Jednakże w schizofrenii uszkodzeniu ulega cały proces myślowy, natomiast w anoreksji jest on uszkodzony wybiórczo, jedynie w odniesieniu do obrazu ciała, masy ciała, diety i akceptacji leczenia, w pozostałych zaś aspektach przebiegając prawidłowo [12, 14]. U pacjentów chorujących na anoreksję psychiczną zaburzenia treści myślenia w zależności od zachowanego wglądu występują w różnym stopniu nasilenia, jako obsesje, myśli nadwartościowe, a nawet w pełni uformowane urojenia [26]. Gdy myśli na temat wyglądu i wynikające z nich sądy mają charakter natrętny, jednak pacjenci zachowują krytycyzm wobec ich treści oraz próbują stawiać im opór, mówimy o obsesjach. U większości chorych cierpiących na anoreksję przekonania, że są oni zbyt grubi, można zakwalifikować jako myśli nadwartościowe, czyli według definicji niezgodne z rzeczywistością, niekiedy absurdalne, w których dana osoba trwa, jednak nie podtrzymuje ich z urojeniową pewnością i jest skłonna przyjąć, że jej sąd może nie być prawdziwy [17]. Natomiast w sytuacji, kiedy pacjenci są całkowicie przekonani o swojej nadwadze mimo jednoznacznych dowodów świadczących przeciwko temu twierdzeniu, a zwłaszcza kiedy postawa taka stanowi zagrożenie dla ich życia, można mówić o urojeniach, ponieważ osoby chore nie są wówczas w stanie poddać ich racjonalnej ocenie [26]. Zgadza się to z podręcznikową definicją urojenia, które jest objawem psychotycznym – urojeniem jest fałszywy sąd,

o którego prawdziwości pacjent jest silnie przekonany i nie jest podatny na żadne perswazje [17].

Również dysmorfofobia, która może nasilać urojeniowy stosunek pacjentów do swojego ciała, jest objawem często towarzyszącym anoreksji. Według badań Granta obserwuje się ją u 39% pacjentów [27].

Inni autorzy wspominają o jeszcze bardziej ewidentnych objawach psychotycznych przypominających omamy, złudzenia i regularne urojenia. Hsu i wsp. [28] opisali 6 pacjentek spośród 105 chorych na anoreksję, z których u 3 objawy psychotyczne wystąpiły w trakcie leczenia jadłowstrętu, a u pozostałych 3 w odstępie od roku do 4 lat po ustąpieniu objawów anoreksji, już przy prawidłowej masie ciała.

Pacjenci mogą postrzegać jedzenie jako zagrażające: zatrute, brudne, żywe, atakujące, jest ono animizowane, a niekiedy opisywane jako trucizna [14]. Własne ciało natomiast bywa odbierane jako znajdujące się pod wpływem sił z zewnątrz, rozpływające się albo atakowane [16], pojawia się strach, aby zawartość jego wnętrza nie wylała się na zewnątrz [4], lub uczucie, jakby cały tłuszcz schodził do żołądka [29]. Mogą się pojawiać urojenia grzeszności – „grzeszę, nie zasługuję na to, by jeść”. [9] Zdarzają się pacjentki skarżące się na to, że słyszą „głos anoreksji” lub głos zabraniający im jedzenia [12].

Dowodem na współistnienie podłoża psychotycznego tych sądów jest poprawa stanu psychicznego po zastosowaniu leków przeciwpsychotycznych: haloperidolu i olanzapiny – potwierdzona w badaniach klinicznych [12, 30–32].

W przebiegu jadłowstrętu psychicznego mogą pojawiać się także objawy autystyczne, podobne do tych, jakie obserwuje się w tak zwanej prostej postaci schizofrenii. Pacjentki z objawami autystycznymi unikają kontaktu zarówno werbalnego, jak i wzrokowego, wydają się nie odpowiadać emocjonalnie. Ich mimika, gesty, artykulacja są ubogie, jednostajne, monotonne. Sprawiają wrażenie opustoszałych wewnątrznie [4].

Problem jest o tyle istotny klinicznie, że według niektórych prac u pacjentek z większym nasileniem zaburzeń treści myślenia dotyczących obrazu własnego ciała faktycznie obserwuje się gorszy przebieg choroby. Mało tego, obecność urojeń i ich duże nasilenie jest jednym z najbardziej istotnych czynników mających wpływ na przebieg leczenia. W związku z tym wydaje się ważne uwzględnienie tego aspektu psychopatologii jadłowstrętu psychicznego w celu opracowania bardziej skutecznych metod leczenia zaburzenia [26].

Postępowanie w przypadku współwystępowania objawów anoreksji i schizofrenii

Leki przeciwpsychotyczne odgrywają zasadniczą rolę w postępowaniu terapeutycznym u pacjentów ze schizofrenią, dlatego też uzasadnione wydaje się ich stosowanie w przypadku współwystępowania objawów psychotycznych i objawów anoreksji [2]. Niektóre z nich mogą powodować wzrost apetytu, co próbowano wiązać z potencjalnymi korzyściami u pacjentek z anoreksją, jednak należy zwrócić uwagę na to, że leczenie np. olanzapiną czy kłozapiną może powodować nie tylko wzrost apetytu, ale

przerodzić się nawet w kompulsywne objadanie się [33], co należy traktować jako działanie niepożądane tych leków.

W związku z powyższym rekomenduje się psychoedukację pacjentów i ich rodzin na temat możliwych objawów ubocznych leków związanych przede wszystkim z ich negatywnym wpływem na metabolizm oraz podkreśla się znaczenie psychoterapii (np. poznawczo-behawioralnej) w grupie pacjentów ze współwystępującymi objawami schizofrenii i jadłowstrętu psychicznego [2].

Ciekawym zagadnieniem jest potencjalna rola leków antypsychotycznych w leczeniu jadłowstrętu psychicznego nawet w sytuacjach braku wyraźnych objawów psychotycznych, zwłaszcza w kontekście występującego w anoreksji zaburzonego obrazu własnego ciała jako przeświadczenia zbliżonego do myślenia urojeniowego. Poza tym niektórzy autorzy uważają, że działanie przeciwlękowe niektórych leków przeciwpsychotycznych może przynieść pewien pozytywny efekt w tej grupie pacjentów [34].

Pojedyncze badania wskazują na pozytywny wpływ leków antypsychotycznych drugiej generacji na objawy depresji, lęku czy też sam obraz własnego ciała [34], ale np. w jednej z nowszych metaanaliz badań dotyczących tego zagadnienia, opublikowanej w 2012 roku przez Kishi i wsp. [35], nie wykazano skuteczności tej grupy leków w terapii pacjentek z anoreksją zarówno w odniesieniu do wpływu na masę ciała, jak i na inne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się objawy jak lęk czy objawy depresyjne. W najnowszych opublikowanych w 2015 roku standardach leczenia zaburzeń odżywiania się zaleca się stosowanie olanzapiny w dawkach 2,5–7,5 mg/dobę w przewlekłej postaci anoreksji odpornej na leczenie oraz arypiprazolu u chorych, u których lęk przed przytyciem jest szczególnie nasilony [36].

Podsumowanie

Przegląd literatury dotyczącej wzajemnych powiązań schizofrenii i jadłowstrętu psychicznego wskazuje, iż między tymi dwoma zaburzeniami istnieje o wiele więcej powiązań, niż się powszechnie uważa. Potwierdzają to doświadczenia z codziennej praktyki klinicznej, dotyczące trudności diagnostycznych, co w danym przypadku jest zaburzeniem podstawowym, a co współistniejącym. Zaburzony obraz siebie prowadzący do patologicznego odchudzania się odpowiada definicji urojeń, co jest najbardziej widocznym powiązaniem między obydwoma zaburzeniami. Dotychczas zgromadzona wiedza nie pozwala na jednoznaczne odpowiedzi dotyczące natury wzajemnych relacji między oboma omawianymi zaburzeniami, biorąc pod uwagę zarówno ich czasowe współwystępowanie, jak i podłoże etiopatogenetyczne. Konieczne jest dokumentowanie kolejnych przypadków współwystępowania anoreksji i schizofrenii oraz wieloaspektowe badania, uwzględniające zarówno aspekty psychologiczne, psychopatologiczne, genetyczne, neurofizjologiczne, jak i inne, co umożliwiłoby skuteczniejszą diagnozę i terapię w tej grupie pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Seeman MV. *Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses*. World J. Psychiatry 2014; 4(4): 112–119.
2. Kouidrat Y, Amad A, Lalau JD, Loa G. *Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management*. Schizophr. Res. Treatment 2014; 2014: 791573.
3. Hoek HW. *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2006; 19(4): 389–394.
4. Żechowski C. *Psychotyczny typ jadłowstrętu psychicznego. Anoreksja a schizofrenia*. W: Walewska K. red. *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii*. Warszawa: MediPage; 2008. s. 118–124.
5. Hudson JI, Pope HG, Jonas JM. *Psychosis in anorexia nervosa and bulimia*. Br. J. Psychiatry 1984; 145: 420–442.
6. Guelfi JD. *Schizophrenia and eating disorders*. L'Encephale 2003; 29(5): 463–466.
7. Cinemre B, Kulaksizoğlu B. *Case report: Comorbid anorexia nervosa and schizophrenia in a male patient*. Turk. Psikiyatri Derg. 2007; 18(1): 87–91.
8. Ferguson J, Damlui N. *Anorexia nervosa and schizophrenia*. Int. J. Eat. Disord. 1988; 7(3): 343–352.
9. Brzozowska A, Wolańczyk T, Komender J. *Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego – przegląd piśmiennictwa, prezentacja 3 przypadków*. Psychiatr. Pol. 1998; 32(2): 265–274.
10. Rabe-Jabłońska J. *Obraz kliniczny i czas trwania objawów zwiastunowych schizofrenii u młodzieży*. Psychiatr. Pol. 1999; 33(5): 715–725.
11. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
12. Powers P, Simpson H, McCormick T. *Anorexia nervosa and psychosis*. Prim. Psychiatry 2005; 12(4): 39–45.
13. Yamashita Y, Takei N, Kawai M, Mori N. *Anorexia nervosa as a phenotype of cognitive impairment in schizophrenia*. Br. J. Psychiatry 1999; 174: 558.
14. Starzomska M. *Czy anoreksja może być porównywana do schizofrenii?* W: Starzomska M. red. *Anoreksja – trudne pytania*. Kraków: Impuls; 2006. s. 25–29.
15. Hugo PJ, Lacey JH. *Disordered eating: a defense against psychosis?* Int. J. Eat. Disord. 1998; 24: 329–333.
16. Bogacki P, Rybakowski J. *Okres zwiastunowy pierwszego epizodu schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1998; 32(3): 239–250.
17. Kotlicka-Antczak M. *Psychopatologia*. W: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. red. *Psychiatria*. Warszawa; PZWL; 2011.
18. Ziemiński R, Molas A, Moryłowska-Topolska J, Gajewski J, Flis M, Stelmach E. i wsp. *Od jadłowstrętu psychicznego do schizofrenii – opis przypadku*. Curr. Probl. Psychiatry 2015; 16(4): 195–201.
19. Lai H, Tan S. *When disordered eating and disordered thinking happen together in a young person? A case report*. ASEAN J. Psychiatry 2014; 15(1): 101–105.
20. Lyketsos GC, Paterakis P, Beis A, Lyketsos CG. *Eating disorders in schizophrenia*. Br. J. Psychiatry 1985; 146(3): 255–261.

21. Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto G, Sisti D, Rocchi MB. i wsp. *Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa*. *Psychiatry Res.* 2010; 175(3): 237–243.
22. Daryani NE, TabaVakili S, Abdollahzade S. *An association between anorexia nervosa and schizophrenia: a case report*. *Govaresh* 2011; 16(2): 139–143.
23. Ferguson JM, Damluji NF. *Anorexia nervosa and schizophrenia*. *Int. J. Eat. Disord.* 1988; 7(3): 343–352.
24. Ruzyanei NJ, Salwina WI, Choo SP, Rosdinom R. *Anorexia nervosa features in schizophrenia: a starving mind*. *MJP Online Early* 2011; 20(1).
25. Stein D, Zemishlani C, Shahal B, Barak Y. *Disordered eating in elderly female patients diagnosed with chronic schizophrenia*. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 2005; 42: 191–197.
26. Pytlińska N. *Biologiczne i psychospołeczne czynniki związane z przebiegiem anoreksji u dziewcząt*. Praca doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; 2010.
27. Grant JE, Kim SW, Eckert ED. *Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional quality of body image*. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32(3): 291–300.
28. Hsu LKG, Meltzer ES, Crisp AH. *Schizophrenia and anorexia nervosa*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1981; 169: 273–276.
29. Janas-Kozik M, Gawęda A, Nowak M, Żechowski C, Jakubczyk A, Jelonek I. i wsp. *Różne oblicza anoreksji – model jej leczenia na oddziale klinicznym psychiatrii i psychoterapii wieku rozwojowego*. *Psychoterapia* 2012; 2(161): 65–73.
30. Cassano GB, Minati M, Pini S, Rotondo A, Banti S, Borri C. i wsp. *Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: a preliminary report*. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 33: 172–177.
31. Dunican KC, DelDotto D. *The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa*. *Ann. Pharmacother.* 2007; 41(1): 111–115.
32. Mehler C, Wewetzer H, Schulze U, Warnke A, Theisen F, Dittmann RW. *Olanzapine in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2001; 10: 151–157.
33. Kluge M, Schuld A, Himmerich H, Dalal M, Schacht A, Wehmeier PM. i wsp. *Clozapine and olanzapine are associated with food craving and binge eating: results from a randomized double-blind study*. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2007; 27(6): 662–666.
34. McKnight RF, Park RJ. *A typical antipsychotics and anorexia nervosa: a review*. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2010; 18: 10–21.
35. Kishi T, Kafantaris V, Sunday S, Sheridan EM, Correll CU. *Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis*. *J. Clin. Psychiatry* 2012; 73(6): e757–e766.
36. Kucharska K, Kułakowska D. *Zaburzenia odżywiania*. W: Jarema M. red. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2015. s. 306.

Adres: Justyna Moryłowska-Topolska
Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej
Katedra Psychiatrii UM w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1

Otrzymano: 10.12.2015

Zrecenzowano: 22.05.2016

Otrzymano po poprawie: 31.05.2016

Przyjęto do druku: 3.06.2016