

From anorexia nervosa to schizophrenia – a case report

Od jadłowstrętu psychicznego do schizofrenii - opis przypadku

Rafał Ziemiński¹_{B,E,F}, Agnieszka Molas¹_{B,E,F}, Justyna Moryłowska-Topolska²_{D,E,F},
Jacek Gajewski³_{D,E,F}, Marta Flis³_{D,E,F},
Ewa Stelmach⁴_{D,E,F}, Hanna Karakuła-Juchnowicz^{2,3}_{A,D,E}

¹ Scientific Club at the Department of Clinical Neuropsychiatry, Medical University in Lublin

² Department of Clinical Neuropsychiatry, Medical University in Lublin

³ I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin

⁴ II Department of Psychiatry and Psychiatry Rehabilitation, Medical University in Lublin

Abstract

Anorexia nervosa occurs more often in young women and is often comorbid with other mental disorders, e.g. depression and anxiety disorders. Cases of comorbidity with schizophrenia are relatively rare and have been described in the literature as case reports or case series. This article presents a case study of a patient who showed symptoms of both disorders coexisting in different proportions in the course of her illness. The prodromal period of schizophrenia lasted for 12 months. During the last three months of this period, after intensive dieting, the patient met all the criteria of anorexia nervosa mentioned in ICD-10: BMI = 16, she engaged in behaviors aimed at losing weight (dietary restrictions, food refusal, calorie counting, excessive exercise), she perceived herself as an obese person and suffered from amenorrhoea. After that period, the symptoms of anorexia coexisted with full-blown schizophrenia for another month. At that time, the symptoms of anorexia gradually started to subside, and psychotic symptoms began to resolve after long-term treatment with an antipsychotic (clozapine). When schizophrenia and anorexia coexist, the relationship between these two disorders may change over time, with the disorders coming to the fore at different times. Anorexia is sometimes a symptom of prodromal schizophrenia and may sometimes even prevail in the clinical picture. As our case report shows, coexistence of symptoms of anorexia and schizophrenia is a factor that hinders diagnosis and deteriorates the course of illness.

Keywords: anorexia nervosa, schizophrenia, comorbidity

Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem występującym najczęściej u młodych kobiet, często współwystępując z innymi zaburzeniami psychicznymi, np. depresją i zaburzeniami lękowymi. Przypadki współwystępowania ze schizofrenią są stosunkowo rzadkie, opisywane w literaturze jako opisy przypadków lub opisy serii przypadków. W artykule przedstawiono przypadek pacjentki, u której zaobserwowano współistnienie objawów obu zaburzeń w różnych proporcjach na kolejnych etapach choroby. Okres zwiastunowy schizofrenii trwał u pacjentki 12 miesięcy, a w ostatnim jego kwartale po okresie intensywnego odchudzania spełniła ona wszystkie kryteria ICD-10 niezbędne do postawienia diagnozy anoreksji: BMI=16, podejmowała zachowania mające na celu utratę masy ciała (ograniczenia dietetyczne, odmowa jedzenia, liczenie kalorii, ćwiczenia fizyczne), odczuwała się jako osoba otyła oraz wystąpiło u niej zatrzymanie miesiączki. Następnie objawy anoreksji współistniały już z pełnoobjawową schizofrenią przez kolejny miesiąc. Po tym czasie objawy jadłowstrętu stopniowo zaczęły się wycofywać, zaś objawy psychotyczne zaczęły ustępować dopiero po długotrwałym leczeniu przeciwpsychotycznym, w efekcie końcowym po wprowadzeniu do terapii klozapiny. Przy współwystępowaniu schizofrenii z anoreksją zależność między obiema jednostkami chorobowymi może się zmieniać w czasie, a każda z nich może się w innym momencie wysuwać na pierwszy plan. Anoreksja bywa objawem prodromalnym schizofrenii, niekiedy nawet dominując w obrazie klinicznym. W opisanym przez nas przypadku klinicznym współwystępowanie objawów anoreksji i schizofrenii stanowiło czynnik utrudniający diagnozę i pogarszający przebieg.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, schizofrenia, współwystępowanie

Introduction

Anorexia nervosa (AN) is a disorder that is most prevalent in young women. To be diagnosed with AN, a person needs to meet criteria in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10, which include Body Mass Index (BMI) of 17.5 or less, self-induced weight loss, an unrealistic picture of oneself as

obese, fear of gaining weight, and endocrine disorders [1]. When all the diagnostic criteria are taken into account, the prevalence of AN in the general population is estimated at 0.51% over a lifetime, and more than 3.5% if various borderline conditions are taken into account [2].

AN is often co-morbid with other psychiatric disorders, most commonly depression and anxiety disorders.

Cases of co-morbidity with schizophrenia are relatively rare and have been described in the literature as case reports or case series [3,4].

However, there are far more connections between schizophrenia and anorexia than is commonly believed. These connections can vary substantially and are sometimes difficult to define. Anorexia may precede, coexist with or, less commonly, follow psychosis [5,6]. Alternatively, psychotic symptoms may occur in the course of AN [7].

In this article we present the case of a 16 year old female patient with AN presenting with co-existing symptoms of schizophrenia, in whom the relationship and balance between the two types of symptoms had undergone dynamic changes.

Case report

The patient, aged 16, was an only child and lived with her parents. During in-patient treatment at the 1st Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention of the Medical University in Lublin, she was a high school student.

The girl was born at term (birth weight, 3400g; Apgar score, 10) after a normal pregnancy. Her early childhood development was normal. In childhood, she had an episode of febrile seizure, with a temperature of approx. 40 °C, which ended in hospitalization. According to the parents, the episode had been caused by infection with a swine flu virus. Beside this, the patient had no history of any other serious diseases.

The girl did not show any discipline problems; at pre-school and elementary school, she had easily initiated contact with her peers and performed well in her studies. She had no family history of psychiatric disorders.

Her parents had noticed changes in their daughter's behavior, manifesting as progressing social isolation, when she was fifteen. It was at that time that she suffered a neck injury after falling from a horse. The MRI showed no significant post-traumatic changes. She then weighed 45 kg (BMI 18). After the accident, she wore a neck brace for three months which meant her physical activity was reduced, leading to a weight gain (52.4 kg; BMI 21.2). She had begun to diet because, as she claimed, her girlfriends had commented on her weight. In addition to calorie counting and dietary restrictions, she began to do intensive physical exercises. The parents noticed a significant decrease in their daughter's body weight after another two months (about 10 kg; BMI = 16). At that time, the patient also complained of having obsessive thoughts about slimming down. For the first time, she also began to express delusional ideas, e.g. "I'm not going to use this cream, because I could get poisoned". It was then that she (aged 16) reported for the first time to the Mental Health Clinic.

During that visit, the patient was weepy and visibly anxious; she expressed persecutory delusions (she

claimed she was being watched through cameras and eavesdropped on) and delusions of external control. Already for some time, she had only eaten what her mother prepared for her; she believed that the food cooked by her grandmother was poisoned. She did not sleep at night. The patient received risperidone (2 mg per day) and clorazepate (10 mg per day) and was scheduled for a follow-up visit after a week.

Because at the follow up visit, the patient's mental condition had not improved and the psychotic symptoms, anxiety, refusal to eat and obsessive fear of weight gain persisted, the patient was referred to the Department of Psychiatry.

During two weeks of hospitalization, the patient revealed that she had had episodes of mild psychotic symptoms for about a year then. Three weeks before admission to the Department, she had started to experience very severe, clear psychotic symptoms: delusions of control and poisoning, thought broadcasting, derealization and depersonalization. In addition, the patient had obsessions regarding her not being allowed to eat, formal thought disorder and, periodically, commenting and command (imperative) auditory hallucinations. The patient presented depressed mood, decreased activity and crying; she complained of feeling anxious and having suicidal ideation and tendencies. She only ate food prepared by her mother. Moreover, the patient regularly cut her forearm with a drawing compass to punish herself for having eaten a meal. The patient was treated with olanzapine and risperidone and achieved partial remission. Positive symptoms resolved, but negative symptoms such as blunted (flat) affect, psychomotor retardation, concentration difficulties, poverty of thought and apathy persisted. The patient put on 3 kg during her hospitalization (BMI 17.4). She was discharged with a diagnosis of paranoid schizophrenia.

Although the patient returned to school after discharge from the Department, she only occasionally had contact with her peers. Throughout that time she was treated on an outpatient basis (olanzapine and risperidone) but kept complaining of intrusive thoughts regarding food. She had meals regularly.

After another three months, the patient's mental condition deteriorated; she again experienced auditory hallucinations of a commenting (for example, that she was fat) and imperative (ordering her not eat) nature. To a large extent, her behavior was determined by her persecutory delusions – she looked for cameras allegedly installed in her house and avoided leaving home. In addition, she had a visibly depressed mood and suicidal thoughts. Antipsychotic medications were supplemented with sertraline, which produced a small improvement in the patient's mental condition in terms of mood and resolved suicidal ideation.

Due to persistent psychotic symptoms, the patient was psychiatrically hospitalized again for another three months. After unsuccessful treatment with aripiprazole and perphenazine, the regimen was changed to clozapine. During hospitalization, she was several times on pass from hospital; at home her parents observed a gradual improvement in her mental state. However, during one of the passes, the patient took several bisacodyl tablets. Later, she denied having had suicidal motives for such behavior and claimed to have been directed by imperative hallucinations. Because of this she was placed under observation at the Hospital Emergency Department. Ultimately, no somatic complications were observed. After that event, psychiatric hospitalization and treatment with clozapine were continued. Due to seizure changes in the EEG, lamotrigine was incorporated into the treatment regime. There was a gradual improvement in the patient's mental status: her productive symptoms resolved, her activity improved and her mood was regulated; however, negative symptoms still persisted. The patient gradually became critical of her previous experiences and accepted the need for treatment and follow-up examination. During her stay in hospital, the patient's weight increased to 53.5 kg (BMI 21.7).

Over the next two years of outpatient treatment, she experienced one relapse of psychotic symptoms, which resolved after a month. The patient continued her studies achieving very good results, but still kept isolating herself socially; she had a very small circle of friends. She put on several kilograms. Owing to specialist dietary intervention, after some time she managed to lose a few kilograms. Clozapine regimen was continued, gradually yielding further improvement in the patient's mental status, improving her functioning and reducing negative symptoms.

Results and Discussion

If we adopt the definition of the prodromal (prepsychotic) period of schizophrenia proposed by Rabe-Jabłońska i.e. evident changes in behavior, psychopathological symptoms or syndromes recognized by the patient and/or relatives or caregivers which (...) precede the onset of psychotic symptoms and whose number, severity and configuration allow a physician to diagnose schizophrenia according to ICD-10 or DSM-IV criteria [8], we can conclude that in our patient the prodromal period lasted for about a year. During that period the patient presented with ethereal psychotic symptoms of mild severity which did not interfere with her everyday functioning: ideas of reference, limitation of social contacts and, periodically, bizarre statements and opinions, such as the refusal to use a hand cream because of fear of poisoning. The patient's body mass was then at the lower limit of the reference range (BMI 19.5). During the prodromal period, possibly in conjunction with the traumatic experi-

ence of falling from a horse and a slight increase in body weight (BMI 21.25), the patient developed symptoms of anorexia, which came to the fore and became the major concern for the girl's parents. After a period of intensive dieting, she met all the ICD-10 criteria for anorexia – her BMI was 16 (according to the criteria ≤ 17.5), she engaged in behaviors aimed at losing weight (dietary restrictions, food refusal, calorie counting, exercise), she believed to be obese and had amenorrhoea [1]. This state of affairs lasted for about 3 months and was followed by an explosion of full-blown psychosis. After a month, the patient received an ICD-10 diagnosis of paranoid schizophrenia – in addition to core symptoms (ambivalence, autism, affective flattening) she presented with productive symptoms such as delusions of control, delusions of poisoning and thought broadcasting [1]. Positive symptoms were still mainly related to the problem of not eating, but the patient's body weight began to increase steadily, to reach a BMI of 20 after another three months. Despite regular treatment, after a short improvement, the productive symptoms relapsed: commenting and imperative auditory hallucinations and delusions of broadcasting and control. The patient's body weight normalized and then steadily increased. The psychotic symptoms began to subside only after long-term antipsychotic treatment with clozapine. Currently the girl is in remission of psychotic symptoms and is overweight.

The case reported in this article, induces one to reflect on the symptoms of anorexia which the patient presented both during the prodromal period and during the first month from the onset of the full-blown episode of schizophrenia. Reports published to date show that symptoms may occur at different times and in different sequences [7,9]

Some authors have already made attempts at showing relationships between the symptoms of the two groups of disorders [10,11,12]. Most of these attempts, however, have been descriptions of single cases or case series [3,4].

In our patient, the symptoms of the eating disorder manifested during the prodromal period of schizophrenia. Similar cases have been described in the literature as quite rare [13,14]. The possibility of anorexia developing as a prodrome of impending schizophrenia has also been noted by Powers et al. [11]. Those authors have even compared the clinical picture of AN to the picture of early schizophrenia [11]. Interestingly, it appears that the content of psychotic symptoms in patients with co-morbid schizophrenia and AN is frequently related to the subject of food despite the fact that many productive symptoms are experienced [3,4,7]. This was also observed in our patient.

Seeman, in her article published in 2014 [15], listed as many as seven hypotheses on the mutual relations between schizophrenia and anorexia. According to these

considerations, anorexia and schizophrenia could be two separate disorders, but psychosis could also be the result of starvation caused by anorexia, and, *vice versa*, anorexia could be an effect of psychotic experiences. The prediction here would be that effective treatment of the primary condition would help eliminate both. According to another hypothesis, one disorder could precede the other, and disappear once the primary condition surfaced. If this were so, anorexia could be thought of as a prodrome of schizophrenia. Another possibility that should also be taken into account is that the occurrence of one disorder in the course of the other could be a marker of severity of the primary disorder – if this were the case, patients with psychotic symptoms would be more malnourished (BMI<15), and patients with co-morbid anorexia would manifest more severe psychotic symptoms and poorer response to treatment [15].

Conclusion

The multitude of hypotheses on the relationships between schizophrenia and AN undoubtedly point to the

complexity of the problem. It should be emphasized that the research conducted so far has not explained the nature of the relationship between psychotic disorders and AN, however, certain conclusions can be drawn on the basis of the available literature.

In cases of co-morbidity of schizophrenia and anorexia, the dependence between the two disease entities may change over time, with either of the disorders coming to the fore at different times. Anorexia is sometimes a prodromal symptom of schizophrenia, and may even prevail in the clinical picture. In the clinical case described here, the symptoms of anorexia and schizophrenia affected one another, mutually aggravating the course of the two diseases. On the plus side, in a situation where an eating disorder is connected with the presence of psychotic symptoms, antipsychotics used to treat the psychosis may also help cure the symptoms of anorexia.

Wstęp

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem występującym najczęściej u młodych kobiet, a do postawienia diagnozy wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 konieczne jest spełnienie następujących kryteriów (BMI $\leq 17,5$, zachowania mające na celu zmniejszenie masy ciała, ocenianie siebie jako osoby otyłej, lęk przed przytyciem i zaburzenia endokrynne [1]. Przy zastosowaniu wszystkich kryteriów diagnostycznych rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego w populacji ogólnej szacuje się na 0,51% w ciągu życia i na ponad 3,5% uwzględniając również różne stany z pogranicza [2].

Zaburzenie to często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, najczęściej z depresją i zaburzeniami lękowymi. Przypadki współwystępowania ze schizofrenią są stosunkowo rzadkie, opisywane w literaturze jako opisy przypadków lub opisy serii przypadków [3,4].

Między schizofrenią a anoreksją istnieje o wiele więcej powiązań niż się powszechnie uważa. Powiązania te mogą być bardzo różnorodne i niekiedy trudne do zdefiniowania. Anoreksja może poprzedzać wystąpienie psychozy, pojawiać się w jej przebiegu lub też, rzadziej, po jej ustąpieniu [5,6]. Inną sytuacją kliniczną pozostaje występowanie objawów psychotycznych w przebiegu jadłowstrętu psychicznego [7].

W artykule prezentujemy przypadek 16-letniej pacjentki u której współwystępowały objawy anoreksji i schizofrenii, a zależność i proporcje między nimi ulegały dynamicznym zmianom.

Opis przypadku

Pacjentka lat 16, jedynaczka, mieszka z rodzicami. W trakcie hospitalizacji w I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM w Lublinie była uczennicą liceum ogólnokształcącego.

Dziewczynka urodzona o czasie (m.c. 3400g, 10 punktów w skali Apgar), przebieg ciąży prawidłowy. Rozwój we wczesnym dzieciństwie prawidłowy. W okresie dziecięcym wystąpił epizod drgawek gorączkowych z temperaturą ok. 40°C zakończony hospitalizacją. Według rodziców ich przyczyną była infekcja wirusem świńskiej grypy. Poza tym bez innych poważnych chorób w wywiadzie.

Pacjentka nie sprawiała problemów wychowawczych, w okresie przedszkola i szkoły podstawowej łatwo nawiązywała kontakty z rówieśnikami, osiągała dobre wyniki w nauce. Wywiad rodzinny w kierunku występowania zaburzeń psychicznych –negatywny.

Rodzice zauważyli zmianę zachowania córki w piętnastym roku życia w postaci postępującej izolacji społecznej. Wtedy też doszło u niej do urazu szyi po upadku podczas jazdy konnej. W badaniu MRI nie wykazało istotnych zmian pourazowych. Ważyła wówczas 45kg (BMI 18). Po wypadku przez 3 miesiące pacjentka nosiła kołnierz ortopedyczny i w związku z tym wykazywała ograniczoną aktywność fizyczną. Przytyła wtedy do 52,4kg (BMI 21,2). Zaczęła się odchudzać z powodu, jak twierdziła, komentarzy koleżanek dotyczących jej masy ciała. Oprócz liczenia kalorii i stosowania ograniczeń dietetycznych zaczęła intensywnie ćwiczyć. Rodzice zauważyli znaczny spadek masy ciała u córki po kolejnych dwóch miesiącach (około 10 kg, BMI =16). Pacjentka skarżyła się wtedy również na

występowanie obsesji dotyczących tematyki odchudzania, po raz pierwszy zaczęła również wypowiadać treści o charakterze urojeniowym: np. „nie będę używała kremu, bo się zatruję”. Wtedy też po raz pierwszy w szesnastym roku życia zgłosiła się do Poradni Zdrowia Psychicznego.

Pacjentka w trakcie tej wizyty była płaczliwa, w widocznym lęku, wypowiadała urojenia prześladowcze (twierdziła że jest obserwowana przez kamery, podsłuchiwana) oraz urojenia oddziaływania zewnętrznego. Od jakiego czasu jadła tylko to, co zostało przygotowane przez jej mamę, uważała że jedzenie babci jest zatrute. Nie spała w nocy. Do leczenia włączono risperidon (2mg/d) oraz klorazepat (10mg/d) i zalecono zgłoszenie się do kontroli po tygodniu.

Na wizycie kontrolnej z powodu braku poprawy stanu psychicznego, utrzymywania się objawów psychotycznych, lęku, odmowy jedzenia i obsesyjnego lęku przed wzrostem masy ciała skierowano pacjentkę do Kliniki Psychiatrii.

Podczas dwutygodniowej hospitalizacji pacjentka ujawniła, że objawy psychotyczne o niewielkim nasileniu, występowały epizodycznie już od około roku. Natomiast około 3 tygodnie przed przyjęciem do Kliniki pojawiły się bardzo nasilone, w pełni sklaryfikowane objawy psychotyczne: urojenia wpływu, trucicia, odsłonięcie myśli, derealizacja oraz depersonalizacja. Dodatkowo występowały obsesje dotyczące zakazu jedzenia, formalne zaburzenia myślenia, okresowo omamy słuchowe o treściach komentujących i nakazujących. Obserwowano u pacjentki obniżenie nastroju, spadek aktywności, płaczliwość, skarżyła się na występowanie uczucia lęku oraz myśli i tendencji samobójczych. Przyjmowała pokarmy jedynie przygotowane przez matkę. Pacjentka ponadto nacinała się cyrkiem na przedramieniu karząc się w ten sposób za zjedzony posiłek. Rozpoczęto farmakoterapię przy pomocy olanzapiny oraz risperidonu, uzyskując częściową remisję. Ustąpiły objawy pozytywne, jednak utrzymywały się objawy negatywne: błady afekt, spowolnienie psychoruchowe, duże trudności z koncentracją, pustka myślowa, apatia. Pacjentka przytyła w trakcie hospitalizacji 3kg. (BMI 17.4). Została wypisana z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

Pacjentka wróciła co prawda do szkoły po wypisie z Kliniki, ale utrzymywała jedynie sporadyczny kontakt z rówieśnikami. Cały czas była leczona ambulatoryjnie (olanzapina oraz risperidon) jednak nadal skarżyła się na występowanie myśli natrętnych dotyczących tematyki jedzenia. Posiłki przyjmowała regularnie.

Po kolejnych trzech miesiącach stan psychiczny pacjentki pogorszył się, zaczęła ponownie doświadczać omamów słuchowych: komentujących (na przykład, że jest gruba) oraz imperatywnych (nakazujących jej niejedzenie). W dużej mierze jej zachowanie determinowane

było przeżywanymi urojeniami prześladowczymi – szukała zainstalowanych kamer, unikała wychodzenia z domu. Poza tym obserwowano wyraźnie obniżony nastrój, pojawiły się myśli samobójcze. Do leków antypsychotycznych dołączono sertralinę uzyskując niewielką poprawę stanu psychicznego w zakresie nastroju oraz ustąpienie myśli samobójczych.

Z powodu utrzymywania się objawów psychotycznych pacjentka ponownie była hospitalizowana psychiatrycznie przez kolejne trzy miesiące. Po nieskutecznym leczeniu aripiprazolem i perfenazyną do leczenia włączono klozapinę. Pacjentka kilkakrotnie przebywała na przepustkach w trakcie hospitalizacji, gdzie rodzice obserwowali stopniową poprawę jej stanu psychicznego. Jednak w trakcie jednej z przepustek pacjentka zażyła kilkanaście tabletek bisakodylu. Negowała motywacje samobójcze takiego zachowania, twierdziła że zrobiła to kierowana halucynacjami imperatywnymi. Z tego powodu była obserwowana w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Ostatecznie nie zaobserwowano żadnych powikłań somatycznych. Następnie kontynuowano hospitalizację psychiatryczną i leczenie klozapiną. W związku ze zmianami napadowymi w EEG włączono do leczenia lamotryginę. Obserwowano stopniową poprawę stanu psychicznego: ustąpienie objawów wytwórczych, poprawę aktywności, wyrównanie nastroju, jednak utrzymywały się objawy negatywne. Pacjentka stopniowo uzyskiwała krytycyzm wobec wcześniejszych przeżyć, akceptowała potrzebę leczenia i wykonywania badań kontrolnych. Podczas pobytu waga pacjentki wzrosła do 53,5 kg (BMI 21,7).

W ciągu kolejnych dwóch lat leczenia ambulatoryjnego obserwowano jeden nawrót objawów psychotycznych, które ustąpiły po miesiącu. Pacjentka kontynuowała naukę osiągając bardzo dobre wyniki, nadal jednak izolowała się społecznie, miała niewielki krąg znajomych. Przytyła kilkanaście kilogramów. Dzięki interwencji specjalisty dietetyka udało jej się schudnąć kilka kilogramów. Utrzymano leczenie klozapiną, uzyskując stopniowo dalszą poprawę stanu psychicznego z poprawą funkcjonowania oraz zmniejszeniem nasilenia objawów negatywnych.

Omówienie i dyskusja

Przyjmując za definicję okresu zwiastunowego (prodromalnego, prepsychotycznego) schizofrenii tę proponowaną przez Rabe-Jabłońską tj. zauważalne przez pacjenta i/lub rodzinę, bądź opiekunów zmiany zachowania, objawy lub zespoły psychopatologiczne (...) poprzedzające pojawienie się objawów psychotycznych w takiej liczbie, nasileniu i konfiguracji, że lekarz może rozpoznać schizofrenię zgodnie z kryteriami ICD-10 lub DSM-IV [8], możemy stwierdzić, że u opisanej pacjentki trwał on około roku. Występowały wówczas zwiewne objawy psychotyczne o niewielkim nasileniu i niezakłócające poważnie

codziennego funkcjonowania pacjentki, ksobność, ograniczenie kontaktów społecznych oraz okresowo dziwaczne wypowiedzi i sądy, jak na przykład odmowa stosowania kremu do rąk z powodu obawy przed zatruciem. Masa ciała pacjentki była wtedy w dolnym przedziale normy (BMI 19,5). Podczas trwania okresu zwiastunowego, prawdopodobnie w powiązaniu z traumatycznym przeżyciem (upadek z konia) i niewielkim wzrostem masy ciała (do BMI 21,25) u pacjentki pojawiły się objawy anoreksji, które wysunęły się na pierwszy plan i to one stały się głównym powodem niepokoju rodziców dziewczynki. Po okresie intensywnego odchudzania spełniła wszystkie kryteria ICD-10 niezbędne do postawienia diagnozy anoreksji - BMI wyniosło 16 (wg kryteriów $\leq 17,5$), podejmowała zachowania mające na celu utratę masy ciała (ograniczenia dietetyczne, odmowa jedzenia, liczenie kalorii, ćwiczenia fizyczne), oceniała się jako osobę otyłą oraz wystąpiło u niej zatrzymanie miesiączki [1]. Taki stan rzeczy utrzymywał się przez około 3 miesiące, następnie nastąpił wybuch pełnoobjawowej psychozy. Po miesiącu zgodnie z kryteriami ICD-10 postawiono diagnozę schizofrenii paranoidalnej - poza występowaniem objawów osiowych (ambiwalencja, autyzm, zblednięcie afektywne) wystąpiły objawy wytwórcze w postaci urojeń wpływu, urojeń trucia i odsłonięcia myśli [1]. Objawy pozytywne wciąż dotyczyły głównie problemu niejedzenia, niemniej jednak masa ciała pacjentki zaczęła systematycznie rosnąć, by po trzech kolejnych miesiącach osiągnąć BMI 20. Mimo systematycznego leczenia po krótkotrwałej poprawie nastąpił nawrót objawów wytwórczych: omamów słuchowych komentujących i imperatywnych oraz urojeń odsłonięcia i oddziaływania. Masa ciała uległa normalizacji, a następnie wciąż systematycznie rosła. Objawy psychotyczne zaczęły ustępować dopiero po długotrwałym leczeniu przeciwpsychotycznym z zastosowaniem klozapiny. Obecnie dziewczynka jest w stanie remisji objawów psychotycznych, utrzymuje się u niej nadwaga.

Niniejszy przypadek skłania do zastanowienia się nad występującymi u pacjentki objawami anoreksji zarówno w okresie zwiastunowym, jak i przez pierwszy miesiąc od pojawienia się pełnoobjawowego epizodu schizofrenii. Z opublikowanych do tej pory doniesień wynika, że objawy mogą pojawić się w różnym momencie i różnej sekwencji [7,9]

Podjęmowano już w przeszłości w literaturze przedmiotu próby przedstawienia powiązań między objawami obu grup zaburzeń [10,11,12]. Najczęściej były to jednak opisy pojedynczych lub serii przypadków [3,4].

U opisywanej pacjentki objawy zaburzeń odżywiania pojawiły się w okresie prodromalnym schizofrenii. Podobne przypadki były, komentowane jako zjawisko dosyć rzadkie [13,14]. Możliwość wystąpienia anoreksji jako prodromu zwiastującego późniejszy rozwój schizo-

frenii dostrzegł również Powers i wsp. [11]. Co ciekawe porównywał on nawet obraz kliniczny jadłowstrętu psychicznego do obrazu wczesnej schizofrenii [11]. Wydaje się ponadto, że mimo przeżywania wielu objawów wytwórczych w sytuacji współwystępowania schizofrenii i jadłowstrętu psychicznego najczęściej treść objawów psychotycznych jest związana z tematyką jedzenia [3,4,7]. Tego typu zjawisko obserwowano również u opisywanej pacjentki.

Seeman w artykule opublikowanym w 2014 roku [15] wymieniła aż siedem hipotez dotyczących wzajemnych powiązań schizofrenii i anoreksji. Według tych rozważań anoreksja i schizofrenia mogą stanowić dwa niezależne zaburzenia, ale psychoza może również być wynikiem wyniszczenia organizmu przez jadłowstręt psychiczny i na odwrót anoreksja może stanowić efekt skutek przeżyć psychotycznych. Wtedy należałoby przyjąć, że leczenie zaburzenia, które wystąpiło jako pierwsze pomoże wyeliminować oba. Według innej hipotezy jedno zaburzenie może poprzedzać drugie, a po pojawieniu się drugiego znika. Anoreksja wtedy mogłaby być traktowana jako zaburzenie prodromalne schizofrenii. Należy w tych rozważaniach również uwzględnić to, że wystąpienie jednego zaburzenia w przebiegu drugiego z nich może być wyznacznikiem stopnia ciężkości zaburzeń – wówczas pacjenci z obecnymi objawami psychotycznymi byłiby bardziej wyniszczeni (BMI<15), a pacjenci ze współistniejącą anoreksją przejawialiby cięższe objawy psychotyczne i gorzej odpowiadaliby na leczenie [15].

Podsumowanie

Mnogość hipotez, które mogą być brane pod uwagę w odniesieniu do wzajemnych powiązań schizofrenii i jadłowstrętu psychicznego niewątpliwie wskazują na złożoność omawianego problemu. Należy podkreślić, że dotychczasowe badania nie wyjaśniły natury relacji zaburzeń psychotycznych i jadłowstrętu psychicznego, jednak na podstawie dostępnej literatury można podjąć próbę sformułowania pewnych wniosków dotyczących omawianego zagadnienia.

Przy współwystępowaniu schizofrenii z anoreksją zależność między obiema jednostkami chorobowymi może się zmieniać w czasie, a każde z zaburzeń może się w innym momencie wysuwać na pierwszy plan. Anoreksja bywa objawem prodromalnym schizofrenii, niekiedy nawet dominując w obrazie klinicznym. W opisanym przez nas przypadku klinicznym objawy anoreksji i schizofrenii wpływały na siebie będąc wzajemnie czynnikami pogarszającymi przebieg. Jednocześnie w sytuacji powiązania zaburzeń odżywiania z występowaniem z objawów psychotycznych można liczyć na pewną skuteczność leków antypsychotycznych również w odniesieniu do objawów anoreksji.

References:

1. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. UWM „Vesalius”; Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków–Warszawa: 2000.
2. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia jedzenia (odżywiania się). W: Psychiatria. Jarema M., Rabe-Jabłońska J (red). Warszawa; PZWL: 2011.
3. Cinemre B., Kulaksizolu B. Case report: Comorbid anorexia nervosa and schizophrenia in a male patient. *Turk Psikiyatri Derg*, 2007; 18(1):87-91.
4. Sarró S. Transient psychosis in anorexia nervosa: Review and case report. *Eat WeightDisord*, 2009; 14 (2-3): 139-143.
5. Ferguson J., Damlui N. Anorexia nervosa and schizophrenia. *Int J Eat Disord*, 1988; 7(3): 343-352.
6. Brzozowska A., Wolańczyk T., Komender J. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe u pacjentów z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego – przegląd piśmiennictwa, prezentacja 3 przypadków. *Psychiatr Pol.*, 1998; 32(2): 265-274.
7. A. Brzozowska A., Wolańczyk T., Komender J. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe u pacjentów z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego – przegląd piśmiennictwa, prezentacja 3 przypadków, *Psychiatr Pol.*, 1998; 32(3): 265-274.
8. Rabe-Jabłońska J. Obraz kliniczny i czas trwania objawów zwiastunowych schizofrenii u młodzieży. *Psychiatr Pol* 1999; 33(5):715-725.
9. Hudson J.I., Pope H.G., Jonas J.M.: Psychosis in anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry*, 1984; 145: 420-42.
10. Guelfi J.D. Schizophrenia and eating disorders, *L'encephalem* 2003; 29(5): 463-466..
11. Powers P., Simpson H., McCormick T. Anorexia nervosa and psychosis, *Primary Psychiatry* 2005, 12(4):39-45.
12. Hugo P.J., Lacey J.H. Disorders of eating: a defence against psychosis. *Int. J. Eat. Disord.* 1998; 24: 329-222.
13. Kotlicka-Antczak M. Psychopatologia. W: Psychiatria. Jarema M., Rabe-Jabłońska J (red). Warszawa; PZWL: 2011.
14. B. Bogacki P., Rybakowski J. Okres zwiastunowy pierwszego epizodu schizofrenii, *Psychiatr Pol*, 1998; 32(3):239-250.
15. Seeman VM.: Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses. *World J Psychiatry*, 2014; 4(4): 112-119.

Correspondence address

Justyna Moryłowska-Topolska, PhD, MD
justynamoryłowska@op.pl
I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin