



Komorbiditet poremećaja ishrane i zavisnosti od alkohola

Comorbidity of eating disorder and alcohol dependency

Olivera Vuković*, Dubravka Britvić*, Mirjana Zebić*,
Nada Marić*, Tijana Cvetić*, Lidija Injac†

Klinički centar Srbije, *Institut za psihijatriju, Beograd, Srbija;
Medicinski centar Podgorica, †Klinika za psihijatriju, Podgorica, Crna Gora

Apstrakt

Uvod. Epidemiološke studije ukazuju na visoku prevalenciju zavisnosti od alkohola kod bolesnica sa dijagnozom poremećaja ishrane u odnosu na opštu populaciju. U cilju objašnjenja prirode međudnosa navedenih poremećaja predloženo je više konceptualnih modela. **Prikaz bolesnika.** Prikazali smo bolesnicu kod koje se ispoljavao komorbiditet poremećaja ishrane i zavisnosti od alkohola. Analizirali smo fenomenološke sličnosti navedenih poremećaja, personalne karakteristike i biopsihološku predisponiranost bolesnice. **Zaključak.** Iako se sve češće kao sinonim za poremećaje ishrane koristi fraza „zavisnost od hrane“, nemoguće je svesti tako kompleksnu grupu poremećaja na adiktivni proces. Pre bi se moglo pretpostaviti da postoji zajednička psihobiološka vulnerabilnost koja predisponira razvoj jednog i/ili drugog poremećaja. Dosadašnja saznanja imaju značajne implikacije za unapređenje lečenja ovog komorbiditeta.

Ključne reči:

anorekcija nervoza; apetit, poremećaji; alkoholizam; ličnost, poremećaj.

Abstract

Introduction. Epidemiological studies suggest that a high prevalence of alcohol addiction exists in female patients diagnosed with eating disorder in comparison to general population. For the purpose of explanation of the relationship of these disorders many conceptual models have been proposed. **Case report.** We presented a female patient displaying a comorbidity of eating disorder and alcohol dependency. We analyzed phenomenological similarities, personal characteristics and bio-psychological predisposition in order to ensure better understanding of the nature of the correlation of the two mentioned disorders. **Conclusion.** Even though, these days we find the synonym for eating disorders in the phrase “food addiction”, it is impossible to categorize such a complex group of disorders to an addictive process. Moreover, we could assume that there exists a common psychobiological vulnerability which predisposes the development of one and/or the other disorder. To date knowledge has a significant implication for the development of new strategy in treating this comorbidity.

Key words:

anorexia nervosa; bulimia nervosa; alcoholism; personality disorders.

Uvod

Epidemiološke studije ukazuju na visoku prevalenciju zavisnosti od alkohola kod bolesnica sa dijagnozom poremećaja ishrane, naročito bulimije nervoze (BN), u odnosu na opštu populaciju^{1,2}. U cilju objašnjenja prirode međudnosa navedenih poremećaja predloženo je više konceptualnih modela. Lilenfeld i Kaye³ i Lilenfeld i sar.⁴ predlažu sledeća tumačenja međudnosa: a) ovi poremećaji imaju različite uzroke, ali prisustvo jednog povećava šansu za pojavu drugog; b) postoji nezavisni poremećaj koji leži u osnovi oba poremećaja; c) ova dva poremećaja imaju izvesne zajedničke faktore rizika, dok su preostali faktori rizika specifični za svaki poremećaj ponaosob i d) oba poremećaja imaju fenomenološke sličnosti i u osnovi zajedničku etiologiju.

Pojedini autori, saglasni su da poremećaji ishrane pripadaju spektru adiktivnih oblika ponašanja, dok drugi smatraju da je takav trend svojevrsna generalizacija i selektivna redukcija. Uprkos teorijskim nesuglasticama, praksa često nameće pristup koji upućuje na kontinuitet i bez koga ni razumevanje tegoba bolesnika, a ni lečenje ne bi bili dovoljno efikasni.

Prikaz bolesnika

Bolesnica, stara 22 godine, primljena je na Institut za endokrinologiju zbog preteranog unošenja hrane bogate ugljenim hidratima, naknadnog samoindukovanog povraćanja, uzimanja diuretika i laksativa i izostanka menstrualnog ciklusa. Zbog evidentirane zloupotrebe alkohola prevedena je na Institut za psihijatriju.

Anamnestički je utvrđeno da su promene u ponašanju vezane za ishranu u vidu smanjivanja broja i količine obroka uz intenzivne svakodnevnne fizičke aktivnosti započele u 13. godini života, u vreme ispoljenih sukoba među roditeljima. U tom periodu, bolesnica je bila preokupirana izgledom usled prekomernog straha od gojenja, pri čemu je sebi nametala standarde niske telesne mase. Za godinu dana izgubila je 23 kg (indeks telesna mase – 13,5 kg/m²) i zbog simptoma neuhranjenosti bila je dva puta internistički hospitalizovana (Dg. – smanjena tolerancija na glukozu, idiopatski edemi, amenoreja). Nije prihvatila predloženo psihijatrijsko lečenje, ali je tokom sledeće godine (u 15. godini), spontano korigovala telesnu masu do premorbidne vrednosti. Ovo je samo naizgled imalo karakteristike oporavka, jer vremenom, došlo je do promena u obrascu ishrane po drugom tipu. U 17. godini života, u periodu kulminacije egzistencijalnih problema i konfliktnih porodičnih odnosa, već je imala ustaljen obrazac u vidu napada nesavladive potrebe za unosom velikih količina namirnica bogatih ugljenim hidratima. Osećanje tereta u želucu, izražen strah od debljine i doživljaj da „radi nešto loše“, generisali su permanentnu napetost. Jedino olakšanje postizala je povraćanjem koje je u početku bilo povremeno, a kasnije nakon svakog obroka. Rituale vezane za hranu sprovedila je krišom, a na hranu je trošila enormne svote novca i zaduživala se. Na insistiranje roditelja, u 18. godini započela je psihijatrijsko lečenje. Postavljena je dijagnoza Bulimija nervoza, ali bez postizanja pune i trajne remisije. Godinu dana kasnije, ispoljile su se somatske komplikacije poremećaja kada je i hospitalizovana na Internom odeljenju sa dijagnozom hipoglikemijske kome. U slično stanje došla je i nakon povraćanja i konzumiranja 70% alkohola. Naime, uporedo sa razvojem bulimičnog obrasca ishrane, bolesnica je počela sa zloupotrebom alkohola. U početku, povremeno je konzumirala žestoko piće u društvu, a od 19. godine opijala se 2–3 puta nedeljno. Poslednje dve godine, alkohol je konzumirala svakodnevno, u proseku 7–8 čaša žestokog pića. Navela je da time ubrzava pražnjenje želuca i smanjuje napetost uzrokovanu unošenjem prekomerne količine hrane. Uglavnom pod pritiskom majke, pokušavala je da prestane da pije, ali bezuspešno. Sve češće je izostajala sa posla i zanemarivala obaveze.

Pri prijemu na naše odeljenje, evidentirani su navedeni obrasci konzumiranja alkohola i ishrane po bulimičnom tipu, uz karakterističan aspekt neuhranjenosti (ITM 17,9 kg/m²) i izostanak menstrualnih ciklusa tokom poslednja četiri meseca. Bolesnica je manifestovala izraženu ambivalenciju prema psihijatrijskom lečenju, disimulativan stav (minimiziranje patoloških obrazaca ishrane, negiranje zavisnosti od alkohola), anksioznost umerenog stepena, kao i disforičan osnovni emocionalni ton.

U cilju analize profila ličnosti primenjeni su Trodimenzionalni upitnik ličnosti⁵ i Barattova skala impulsivnosti⁶. Utvrđeno je da su personalnu strukturu bolesnice karakterisali nizak prag tolerancije na frustraciju, visoka impulsivnost, radoznalost i nesistematičnost u okviru dimenzije potraga za novim, kao i protivrečne tendencije u vidu izraženog pesimizma, straha od neizvesnosti i stidljivosti na nivou dimenzije izbegavanja kazne.

Genogramska analiza⁷ porodičnog transgeneracijskog prenosa upućivala je na prisustvo gojaznosti i alkoholizma,

disfunkcionalne bračne odnose i slabu i neadekvatnu afektivnu razmenu. Naime, evidentirano je da otac i stric boluju od alkoholizma, kao i da je majka u mladosti regulisala telesnu masu restriktivnim dijetama i samoindukcijom povraćanja, a aktuelno je gojazna. Dve godine mlađa sestra takođe je regulisala telesnu masu restriktivnim unosom hrane.

Kod bolesnice su postavljene dijagnoze Bulimija nervoza i Sindrom alkoholne zavisnosti prema X reviziji Međunarodne klasifikacije SZO (MKB-10)⁸.

Lečenje je započeto detoksikacijom (zbog abuzusa alkohola neposredno pred prijem). Bolesnica je bila uključena u psihoterapijsku proceduru (racionalno-emocionalni bihevioralni pristup) u cilju uspostavljanja bihevioralne kontrole nad upotrebom hrane i alkohola, kognitivne restrukturacije iracionalnih uverenja, redukcije stresa i modifikacije nekonstruktivnih „koping“ strategija. Istovremeno, dat je antidepresiv iz grupe selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI) (paroksetin, 30 mg/dan) i anksiolitik benzodiazepinskog tipa (klonazepam, 2 mg/dan). Uključen je dijetetičar u cilju regulisanja dnevnog unosa hrane. Bolesnica je otpuštena nakon 8-nedeljnog tretmana sa korigovanim obrascem ishrane, sa vrednositma ITM 18,7 kg/m² i uspostavljenom apstinencijom od alkohola.

Diskusija

Prikazan je slučaj bolesnice kod koje se tok bolesti može okarakterisati kao fazičan: početak je u vidu anoreksije, a nakon toga dolazi do razvoja bulimičnog obrasca ishrane uz istovremeni razvoj zavisnosti od alkohola. Procenjuje se da do 62% bolesnika sa dijagnozom anoreksije vremenom razvije bulimične simptome, pri čemu se taj proces najčešće dešava tokom prvih pet godina od postavljanja dijagnoze⁹. U prediktore navedene evolucije poremećaja spadaju specifične karakteristike ličnosti (npr. izražen neuroticizam) i porodična disfunkcionalnost, što je ilustrovano datim prikazom slučaja.

Istovremeno sa razvojem bulimične fenomenologije bolesnica je počela sa zloupotrebom alkohola koja je vremenom dostigla nivo zavisnosti. Postoje izvesne fenomenološke sličnosti među navedenim poremećajima. Oba poremećaja se najčešće javljaju tokom adolescencije, početnu fazu karakteriše eksperimentisanje sa alkoholom odnosno sa držanjem dijete, u kasnijem toku postoji sklonost ka recidivima, dok je u terminalnoj fazi moguć letalni ishod. U ostale fenomenološke sličnosti spadaju: opsesivne misli u vezi hrane/alkohola i prisila da se uzima veća količina hrane/alkohola nego što je osoba prvobitno imala nameru. Oba poremećaja karakteriše i gubitak kontrole nad ponašanjem, konzumiranje hrane/alkohola krišom i neretko u funkciji samomedikacije, manipulativnost u cilju održavanja specifičnih obrazaca ponašanja, žudnja za hranom/alkoholom i sl.¹⁰

Prema modelu treće varijable⁴, u osnovi navedenih poremećaja leži jedan ili više zajedničkih faktora poput biološke (genetske) vulnerabilnosti i/ili specifičnog personalnog stila.

Istraživanja potvrđuju visoku prevalenciju alkoholne zavisnosti među prvostepenim rođacima bolesnika sa dijagnozom bulimije, kao i da prisustvo tog tipa hereditarne opte-

rećenosti ima negativan uticaj na tok i prognozu BN^{11, 12}. U istoriji toka bolesti naše bolesnice postoje podaci o genetskoj opterećenosti za oba tipa poremećaja. Dok je ispoljavanje simptoma poremećaja ishrane kod majke imalo tranzitorni karakter, kod bolesnice je evoluiralo u kompleksniju psihopatologiju, što se delimično može objasniti agravatnim mehanizmom genetske opterećenosti za zavisnost od alkohola. Twitchell i sar.¹³ našli su da je kod dece alkoholičara sa LL 5-HTTLPR genotipom signifikantno viši nivo bihevioralne dezinhibicije i negativnog afektiviteta u odnosu na decu alkoholičara koji su nosioci SS ili SL genotipa. Stoga se pretpostavlja da navedene dimenzije ličnosti mogu biti pod genetskim uticajem posredstvom regulisanja sinteze 5-HT transportera¹³. Osim toga, utvrđeno je da su impulsivnost¹⁴, negativna emocionalnost i potraga za novim¹⁵ zajednički psihološki faktori koji leže u osnovi alkoholizma i bulimije.

Raspoloživa literatura ukazuje na postojanje tzv. multi-impulsivnog podtipa BN. Ti bolesnici su pod povišenim rizikom od razvoja sindroma alkoholne zavisnosti i imaju lošiju prognozu¹⁶. Bolesnice sa poremećajem ishrane po bulimičnom tipu sa komorbidnom alkoholnom zavisnošću manifestuju i prekomernu reaktivnost na stimulse sredine, sklonost ka labilnom afektu i negativnom bazičnom raspoloženju¹⁷. Ovakvi specifični obrasci ponašanja predstavljaju pokušaj spoljne kontrole raspoloženja za koja ne postoji adekvatna interna modulacija. U tom kontekstu, analiza profila ličnosti bolesnice ukazuje na postojanje psihološke vulnerabilnosti na ispoljavanje oba tipa poremećaja.

Sličnosti među navedenim poremećajima su očigledne i na biološkom nivou. Uher i sar.¹⁸ ukazuju na patološki obrazac aktivacije na nivou medijalnog prefrontalnog korteksa pri izlaganju specifičnim stimulusima kod BN. Ovaj odgovor zajednički je za opsesivno-kompulzivni poremećaj, poremećaje ishrane i adikciju (alkoholnu zavisnost), što autori dovedu u vezu sa kompulzivnim kvalitetom ponašanja zajedničkim za navedene poremećaje.

Pretpostavlja se da BN i zavisnost od alkohola predstavljaju različite manifestacije disfunkcije istih neurotransmiterskih sistema. Naime, oba poremećaja karakteriše disfunkcionalnost na nivou dopaminergičke, serotoninergičke i β -endorfinske neurotransmisije¹⁹⁻²⁴. Postavljena je hipoteza da poremećaj modulacije 5-HT transmisije prethodi početku poremećaja ishrane, a ogleda se u redukciji aktivnosti 5-HT2a

receptora i povišenju 5-HT1a postsinaptičke aktivnosti, na nivou cinguluma i mezijalnih temporalnih regija (amigdala)^{21, 22, 25}. Istovremeno hiposerotonergija karakteriše različite bihevioralne poremećaje čiji je zajednički imenitelj diskontrola impulsa poput alkoholizma i suicidalnosti²².

Bazična neurobiološka istraživanja predstavljaju racionalni okvir farmakoterapije komorbiditeta BN i alkoholne zavisnosti. Potvrđeno je da su antidepresivi tipa SSRI efikasni u lečenju alkoholne zavisnosti i bulimije^{25, 26}. Postoji više hipoteza kojima se tumači njihovo dejstvo – posredstvom antidepresivnog efekta, indirektno povećanjem sekrecije dopamina na nivou *nc. accumbensa*, kompenzacijom serotonin-ske disfunkcije i posredstvom direktne redukcije žudnje za alkoholom/hranom²⁷. Takođe je potvrđeno da je buspiron, parcijalni agonist 5-HT1a receptora, efikasan u tretmanu BN i sindroma alkoholne zavisnosti^{28, 29}. Osim serotoninergičkih agenasa, istraživanja ukazuju na mogućnost primene opioidnih antagonista^{23, 30}. Pretpostavlja se da opioidi stimulišu oslobađanje dopamina, neurotransmitera, u koji je uključen u fenomen potkrepljenja. Stoga, postavljena je hipoteza da lekovi koji blokiraju opioidnu aktivnost istovremeno blokiraju potkrepljujuće efekte alkohola i hrane³¹.

Zaključak

Prikazan je slučaj bolesnice kod koje smo potvrdili prisustvo zajedničkih faktora vulnerabilnosti na bulimiju nervozu i sindrom zavisnosti od alkohola. Prisustvo konflikta na relaciji približavanje-izbegavanje (izraženost dimenzija potraga za novim i izbegavanje kazne) doprinelo je razvoju BN i alkoholne zavisnosti. Ponašanje približavanja manifestovalo se kroz prekomerni unos hrane i alkohola, dok su povraćanje i anksiolitički efekat alkohola imali funkciju izbegavanja. Opisani obrazac ponašanja omogućio je postizanje patološke homeostaze, pri čemu su za tip i način ispoljavanja poremećaja postojali i zajednički biološki faktori rizika. Postoje dokazi da su alteracije na nivou pojedinih sistema neurotransmisije (npr. serotoninina) premorbidna karakteristika bolesnika sa BN i alkoholizmom sa ranim početkom, kojom se tumači i disregulacija ponašanja po impulsivnom tipu. Postojanje disfunkcije na nivou serotonin-skog sistema predstavlja racionalni okvir za primenu SSRI kod bolesnika sa navedenom komorbidnom psihopatologijom.

L I T E R A T U R A

1. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Psychiatric comorbidity including nicotine dependence among individuals with eating disorder criteria in an adult general population sample. *Psychiatry Res* 2006; 141(1): 71–9.
2. Corcos M, Nezelof S, Speranza M, Topa S, Girardon N, Guilbaud O, et al. Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eat Behav* 2001; 2(1): 27–38.
3. Lilienfeld LR, Kaye WH. The link between alcoholism and eating disorders. *Alcohol Health Res World* 1996; 20(2): 94–9.
4. Lilienfeld LR, Wonderlich S, Rizo LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(3): 299–320.
5. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep* 1991; 69(3 Pt 1): 1047–57.
6. Barratt ES. Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In: Spence JT, Izard CE, editors. *Motivation, emotion, and personality*. New York: Elsevier Science; 1985. p. 137–46.
7. Mitić M. Family and changes. *Psihološka istraživanja* 1992; 5: 43–64. (Serbian)
8. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions Guidelines. Geneva. WHO; 1992.

9. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002; 31(2): 191–201.
10. Vuković O, Britvić D, Zebić M. Eating disorders and addictive diseases. *Engrami* 2005; 27(1–2): 39–44. (Serbian)
11. Garcia-Vilches I, Badia-Casanovas A, Fernandez-Aranda F, Jimenez-Murcia S, Turon-Gil V, Vallejo-Ruiloba J, et al. Characteristics of bulimic patients whose parents do or do not abuse alcohol. *Eat Weight Disord* 2002; 7(3): 232–8.
12. Redgrave GW, Coughlin JW, Heinberg LJ, Guarda AS. First-degree relative history of alcoholism in eating disorder inpatients: Relationship to eating and substance use psychopathology. *Eat Behav* 2007; 8(1): 15–22.
13. Twitshell GR, Hanna GL, Cook EH, Stoltenberg SF, Fitzgerald AH, Zucker RA. Serotonin transporter promoter polymorphism genotype is associated with behavioral disinhibition and negative affect in children of alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25(7): 953–9.
14. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7): 1000–6.
15. Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Leombruni P, Boggio S, Rovera GG. Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Int J Eat Disord* 2002; 32(4): 412–25.
16. Wiederman MW, Pryor T. Multi-impulsivity among women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996; 20(4): 359–65.
17. Stewart SH, Brown CG, Devoulyte K, Theakston J, Larsen SE. Why do women with alcohol problems binge eat? Exploring connections between binge eating and heavy drinking in women receiving treatment for alcohol problems. *J Health Psychol* 2006; 11(3): 409–25.
18. Uher R, Murphy T, Brammer MJ, Dalgleish T, Phillips ML, Ng VW, et al. Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161(7): 1238–46.
19. Brambilla F, Bellodi L, Arancio C, Ronchi P, Limonta D. Central dopaminergic function in anorexia and bulimia nervosa: a psychoneuroendocrine approach. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26(4): 393–409.
20. Krahn D, Kurth C, Demitrack M, Drennowski A. The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. *J Subst Abuse* 1992; 4(4): 341–53.
21. Kaye WH, Bailer UF, Frank GK, Wagner A, Henry SE. Brain imaging of serotonin after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav* 2005; 86(1–2): 15–7.
22. Bailer UF, Price JC, Meltzer CC, Mathis CA, Frank GK, Weissfeld L, et al. Altered 5-HT(2A) receptor binding after recovery from bulimia-type anorexia nervosa: relationships to harm avoidance and drive for thinness. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29(6): 1143–55.
23. Chabane N, Leboyer M, Mouren-Simeoni MC. Opiate antagonists in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9 Suppl 1: I44–50.
24. Conason AH, Sher L. Alcohol use in adolescents with eating disorders. *Int J Adolesc Med Health* 2006; 18(1): 31–6.
25. Rossinofosse C, Wauthy J, Bertrand J. SSRI antidepressants and alcoholism. *Rev Med Liege* 2000; 55(11): 1003–10. (French)
26. Milano W, Siano C, Putrella C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with fluvoxamine: a randomized controlled trial. *Adv Ther* 2005; 22(3): 278–83.
27. Verbeul R, van den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol* 1999; 34(2): 197–222.
28. Rajewski A, Rybakowski F. Efficacy of buspirone and fluoxetine in short-term treatment of bulimia nervosa. *Psychiatr Pol* 2006; 40(1): 75–82. (Polish)
29. Malec TS, Malec EA, Dongier M. Efficacy of buspirone in alcohol dependence: a review. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20(5): 853–8.
30. Coven MS, Lawrence AJ. Alcoholism and neuropeptides: an update. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2006; 5(2): 233–9.
31. Rosenthal RN. Current and future drug therapies for alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26 Suppl 1: S20–9.

Rad je primljen 14. IX 2006.