



Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się

Psychopathological symptoms associated with eating disorders

CEZARY ŻECHOWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Głównym celem tego badania była ocena objawów psychopatologicznych u dorastających dziewcząt z zaburzeniami odżywiania (typu ograniczającego i bulimicznego) oraz porównanie obu tych grup z grupą kontrolną zdrowych dziewcząt.

Metoda. Za pomocą skal EDI, Hamiltona, YBOCS i STAI zbadano 40 hospitalizowanych dziewcząt z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej oraz 46 dziewcząt zdrowych. Dokonano porównań międzygrupowych pomiędzy osobami ograniczającymi (postać ograniczająca jadłowstrętu psychicznego), osobami z bulimią (postać bulimiczna jadłowstrętu psychicznego oraz żarłoczność psychiczna) a osobami zdrowymi stanowiącymi grupę kontrolną.

Wyniki. W porównaniu z grupą kontrolną zdrowych, obie grupy z zaburzeniami odżywiania wykazywały statystycznie istotnie wyższy poziom objawów psychopatologicznych (depresyjnych, lękowych i obsesyjno-kompulsyjnych). Grupa ograniczająca miała wyższy poziom depresji a niższy poziom leku niż bulimiczna, podczas gdy ciężkość objawów obsesyjno-kompulsyjnych była podobna w obu grupach. Stwierdzono korelację między niektórymi cechami osobowości (EDI) oraz oboma miarami lęku, jako stanu i cechy (STAI) – u osób z zaburzeniami ograniczającymi. Natomiast w grupie bulimicznej, we wzajemne korelacje wchodziły cechy osobowości (EDI), cecha i stan lęku (STAI) oraz objawy depresyjne.

Wnioski. Obie grupy pacjentek cechował wyższy poziom objawów psychopatologicznych niż grupę kontrolną zdrowych dziewcząt. Stwierdzono różnice między osobami ograniczającymi a bulimicznymi w zakresie cech osobowości i objawów psychopatologicznych. Staranne badanie może poprawić nasze rozumienie i leczenie takich grup pacjentek.

SUMMARY

Objectives. The main aims of the study were to assess psychopathological symptoms in adolescent patients with eating disorders (restrictors and bulimics) and compare the two groups with healthy controls.

Method. 40 hospitalized female adolescents diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa and 46 healthy adolescent girls were examined using the EDI, Hamilton Scale, YBOCS, and STAI. Intergroup comparisons were made between restrictors (the restrictive subtype of anorexia nervosa), bulimics (the bulimic subtype of anorexia nervosa and bulimia nervosa) and healthy controls.

Results. As compared to healthy controls, both groups with eating disorders exhibited statistically significantly higher levels of psychopathology (depression, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms). The restrictive group had a higher level of depression, and a lower level of anxiety than had bulimics, while the severity of obsessive-compulsive symptoms was similar in the two groups. Correlations were found between some personality traits (EDI) and both state and trait anxiety symptoms (STAI) in restrictive patients. Moreover, personality traits (EDI), state and trait anxiety (STAI) and depressive symptoms were intercorrelated in the bulimic group.

Conclusion. Both groups of patients with eating disorders had higher levels of psychopathological symptoms as compared to healthy controls. Differences were found between bulimic and restrictive patients in personality traits and psychopathological symptoms. Careful examination may improve our understanding and treatment of these patient groups.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny / żarłoczność psychiczna / zaburzenia towarzyszące / depresja / lęk / natręctwa
Key words: anorexia nervosa / bulimia nervosa / co-morbidity / depression / anxiety / obsessive-compulsive symptoms

Wprowadzenie systemów klasyfikacji oraz kryteriów diagnostycznych rozpoznawania zaburzeń psychicznych (DSM, ICD) przyczyniło się do częstszego rozpoznawania współwystępowania (współchorobowości) kilku zaburzeń psychicznych u tej samej osoby. Od początku lat dziewięćdziesiątych zaczęto zwracać uwagę na fakt częstego współwystępowania zaburzeń psychicznych z zaburzeniami odżywiania się [1, 2, 3, 4].

Udokumentowano wpływ zaburzeń współwystępujących na obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się [5, 6, 7], ich przebieg i rokowanie [7, 8, 9, 10, 11, 12]. Poszukiwano adekwatnych metod leczenia anoreksji, bulimii wraz zabu-

rzeniami współwystępującymi [3, 13, 14, 15], tworząc czasami, jak w przypadku anoreksji i depresji, specjalne algorytmy postępowania [16].

Wiele prac poszukuje wspólnego etiologicznego tła, w tym także na podstawie badań biochemicznych, genetycznych i epidemiologicznych [17, 18, 19, 20, 21, 22]. W ten sposób powstają modele teoretyczne opisujące zależności etiologiczne pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a zaburzeniami współwystępującymi – tzw. modele współwystępowania [23].

Większość prac badających współchorobowość w zaburzeniach odżywiania dotyczy zaburzeń depresyjnych,

lękowych, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz zaburzeń osobowości.

Cooper [24] w artykule podsumowującym badania nad zaburzeniami nastroju w anoreksji i bulimii, opisuje sześć cech depresji typowej dla tych zaburzeń:

1. Depresja rzadko poprzedza pojawienie się zaburzeń odżywiania.
2. Depresja występuje z różnym nasileniem w różnych typach zaburzeń odżywiania się. Częściej występuje w bulimii i bulimicznej postaci anoreksji, jest efektem wtórnym wobec poczucia utraty kontroli, bezradności pacjenta.
3. Depresja występuje znacznie częściej w ostrej fazie choroby niż w remisji.
4. Wzór depresji w zaburzeniach odżywiania się jest odmienny od wzoru spotykanego w tzw. „dużej” depresji.
5. Mimo, iż wśród członków rodzin osób z zaburzeniami odżywiania częściej spotyka się depresję niż u osób zdrowych, to jednak nie występuje tu odwrotna zależność (częstsze występowanie zaburzeń odżywiania się w rodzinach osób z depresją), co poddaje w wątpliwość wspólną patogenezę obu zaburzeń.

Ten sam autor [24] formułuje wnioski dotyczące współwystępowania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego z zaburzeniami odżywiania się. Wg Coopera [24] współwystępowanie obu zaburzeń jest częste (ok. 16%), podobne we wszystkich typach zaburzeń odżywiania się. Nie jest jasne etiologiczne podłoże zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w zaburzeniach odżywiania się. Możliwe tezy to:

- symptomy obsesyjno-kompulsyjne są wtórne wobec depresji,
- symptomy obsesyjno-kompulsyjne są wtórne wobec głodzenia się i wyniszczenia,
- zaburzenia odżywiania się są postacią zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Współwystępowanie zaburzeń lękowych z zaburzeniami odżywiania się określane jest jako bardzo częste [25]. W wielośrodkowym badaniu Kaye'a [25] 23 pacjentów z zaburzeniami odżywiania się miało objawy jednego lub więcej zaburzeń lękowych w trakcie swojego życia. Zaburzenia te poprzedzały zazwyczaj pojawienie się objawów zaburzeń odżywiania i utrzymywały się zwykle po ich ustąpieniu. Niektórzy autorzy podkreślają możliwość występowania wspólnego etiologicznego tła obu typów zaburzeń. Część autorów zwraca jednak uwagę na fakt, iż obserwowano istotną ogólną poprawę w przypadku leczenia silnych zaburzeń lękowych współistniejących z zaburzeniami odżywiania się.

CEL

Celem badania było:

1. ustalenie stopnia nasilenia objawów depresji, lęku i natręctw u hospitalizowanych pacjentek z zaburzeniami odżywiania się,
2. porównanie stopnia nasilenia wymienionych objawów w grupach pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (AN-r) oraz bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego i bulimią (ABN),
3. porównanie cech osobowości, postaw wobec odżywiania się i postawa wobec własnego ciała w obu grupach pacjentek badanych kwestionariuszem EDI i w grupie kontrolnej zdrowych uczennic.

BADANE OSOBY

Badaniami objęto grupę 40 hospitalizowanych pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna) oraz grupę 46 uczennic szkół średnich. Diagnoza opierała się na kryteriach DSM-IV [26].

Wiek badanych pacjentek wahał się od 14 do 22 roku życia (średnia = 17,6, odchylenie stand. = 1,77). Dla celów badawczych zdecydowano się podzielić grupy pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (ED), na dwie podgrupy: podgrupę pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (20 osób), oraz podgrupę pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego (3 osoby) lub żarłocznością psychiczną (17 osób). Podział taki opiera się na wydzieleniu w grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania się grupy pacjentek z zachowaniami restrykcyjnymi i grupy pacjentek z zachowaniami bulimicznymi. Podział taki bywa stosowany w badaniach nad zaburzeniami odżywiania się. Uzasadnienie takiego doboru grup jest następujące. (1) Odmienna psychopatologia obu postaci jadłowstrętu psychicznego. (2) Podobieństwo w zakresie objawów psychopatologicznych grupy pacjentów z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego do pacjentek z żarłocznością psychiczną. Często współwystępowanie obu zaburzeń (bulimicznej postaci jadłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej) – tzw. bulimareksja. (3) Często obserwowane przechodzenie pacjentek z fazy bulimicznej jadłowstrętu psychicznego do fazy pełnoobjawowej bulimii (także w trakcie tej samej hospitalizacji). Dwie z trzech pacjentek z diagnozą bulimicznej postaci jadłowstrętu psychicznego dość szybko uzyskały przyrost masy ciała w trakcie terapii, przy znacznej oporności na leczenie objawów bulimicznych. (4) Wielkość badanej grupy (40 pacjentek) wydawać się może niewielka. Jednak w praktyce zebranie dużej grupy pacjentek z zaburzeniami odżywiania się jest dość trudne ze względu na rozpowszechnienie choroby oraz niechęć pacjentek do podejmowania leczenia. Z tego względu w większości publikowanych badań grupy pacjentów składają się z kilkudziesięciu osób, podobnie jak w tej pracy.

Grupę kontrolną stanowiło 46 uczennic warszawskich szkół średnich w wieku od 14 do 20 roku życia (średnia = 17,98, odchylenie stand = 1,15).

METODA

W badaniach użyte zostały następujące kwestionariusze.

Inwentarz zaburzeń odżywiania się (EDI, Eating Disorder Inventory) – jedno z najczęściej stosowanych narzędzi oceny zaburzeń odżywiania się, składa się z 8 podskal opisujących charakterystyczne cechy osobowości osób z zaburzeniami odżywiania się, objawy, postawy wobec własnego ciała i wobec jedzenia, używane zarówno w badaniach klinicznych, epidemiologicznych jak i ocenie stanu pacjenta.

Skala Depresji Hamiltona – powszechnie stosowana skala oceny depresji, przydatna w klinicznej ocenie pacjenta, używana zwłaszcza w badaniach endogennych zespołów depresyjnych, czasem stosowana jako skala diagnostyczna. Używano 21-punktowej wersji skali.

Inwentarza stanu i cech lęku (STAI, State-Trait Anxiety Inventory) – kwestionariusz oparty na rozróżnieniu pomię-

dzy lękiem jako stanem (przejściowym i uwarunkowanym sytuacyjnie) a cechą (względnie stałą cechą osobowości), obejmuje 40 itemów w dwóch podskalach: stanu i cechy.

Skala YBOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) – jedna z najczęściej stosowanych skal klinicznych do badania natręctw, składa się z dwóch podskali (obsesji i kompulsji) ocenianych łącznie (razem 10 itemów). W przeprowadzonym badaniu, zgodnie z założeniami autorów, oceniano tylko obsesje i kompulsje nie związane z zaburzeniami odżywiania się.

WYNIKI

W badanych grupach dokonano oceny średnich i w skalach EDI, STAI, Skala Depresji Hamiltona, YBOCS. Zbadano też istotność różnic między średnimi oraz korelacje pomiędzy diagnozą a wynikami w skalach: STAI, Skala Depresji Hamiltona oraz YBOCS. Rezultaty badań przedstawiono w tabl. 1, 2 i 3.

Otrzymane wyniki wskazują na większe nasilenie depresji oraz natręctw ($p < 0,05$) zarówno w grupie pacjentów z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (AN-r), jak i w grupie pacjentów z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub bulimią (ABN) w porównaniu z grupą kontrolną (KTRL). Średnie i odchylenia standardowe (sd) dla objawów depresji w Skali Hamiltona wynosiły odpowiednio; AN-r = 25,9 (sd ± 9,46), ABN = 19,7 (sd ± 5,78), KTRL = 4,46 (sd ± 4,61). Średnie dla obsesji i kompulsji w skali YBOCS wynosiły odpowiednio; AN-r = 10,53 (sd ± 8,82), ABN = 10,60 (sd ± 12,21), KTRL = 4,30 (sd ± 5,33).

Podobne, choć już nie tak znaczące różnice obserwowano w odniesieniu do lęku jako cechy i stanu (skala STAI). Średnie dla lęku jako cechy wynosiły odpowiednio: AN-r = 50,84 (sd ± 10,20), ABN = 52,33 (sd ± 10,21), KTRL = 44,50 (sd ± 9,37), zaś średnie dla lęku jako stanu: AN-r = 48,54 (sd ± 11,48), ABN = 46,53 (sd ± 12,19), KTRL = 42,05 (sd ± 10,03).

W omawianych wynikach zwraca uwagę znacząco wyższe nasilenie objawów depresji, lęku i natręctw w obu

Tablica 1. Średnie wyniki i odchylenia standardowe w skalach YBOCS, Skali Hamiltona, STAI oraz w poszczególnych podskalach EDI – w grupie pacjentów z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego, w grupie pacjentów z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub żarłocznością psychiczną oraz w grupie kontrolnej.

Wykorzystana skala	Jadłowstręt, postać restrykcyjna (n = 20)	Postać bulimiczna jadłowstrętu lub bulimia (n = 20)	Grupa kontrolna (n = 46)
	średnia (sd)	średnia (sd)	średnia (sd)
YBOCS	10,35 (8,82)	10,60 (12,21)	4,30 (5,33)
Skala Hamiltona	25,9** (9,46)	19,70** (5,78)	4,46 (4,61)
STAI – cecha	50,84 (10,20)	52,33 (10,21)	44,50 (9,37)
STAI – stan	48,54 (11,48)	46,53 (12,19)	42,05 (10,03)
EDI – Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki	5,10** (6,07)	13,05** (5,38)	3,59 (4,62)
Bulimia	0,80** (1,51)	6,80** (5,43)	1,37 (2,47)
Niezadowolenie z własnego ciała	12,85 (7,06)	16,00 (8,87)	11,93 (8,37)
Nieefektywność	6,60 (6,00)	10,15 (7,44)	5,02 (4,80)
Perfekcjonizm	3,60 (4,64)	7,70 (3,88)	3,15 (3,39)
Nieufność w relacjach międzyludzkich	7,30** (4,47)	4,63** (3,70)	4,70 (3,51)
Świadomość interoceptywna	6,05** (5,67)	9,85** (6,07)	5,04 (4,74)
Lęki przed dojrzałością	5,55 (3,52)	8,00 (5,81)	4,98 (4,62)

sd – odchylenie standardowe

tlustym drukiem oznaczono różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) między grupami pacjentek a grupą kontrolną

** Różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) między grupami pacjentek

Tablica 2. Współczynniki korelacji pomiędzy objawami zaburzeń odżywiania się (mierzonymi skalą EDI) a obsesjami i kompulsjami (YBOCS), lękiem (STAI) i depresją (Skala Hamiltona) w grupie 20 pacjentek hospitalizowanych z rozpoznaniem restrykcyjnej postaci jadłowstrętu psychicznego

Podskale EDI	Współczynniki korelacji			
	YBOCS	Skala Hamiltona	STAI – cecha	STAI – stan
Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki	0,2348	-0,1121	0,5408**	0,3899
Bulimia	0,2273	-0,4249*	0,1118	0,1638
Niezadowolenie z własnego ciała	-0,0284	0,2584	0,6188**	0,2928
Nieefektywność	0,1194	0,3929*	0,8619**	0,6688**
Perfekcjonizm	0,4412*	0,1184	0,1050	0,1364
Nieufność w relacjach międzyludzkich	0,2310	0,3371	0,7054**	0,5601**
Świadomość interoceptywna	0,1034	0,0679	0,7672**	0,5680**
Lęki przed dojrzałością	0,0544	0,4054*	0,2799	0,2433

* $p < 0,1$; ** $p < 0,05$

Tablica 3. Współczynniki korelacji pomiędzy objawami zaburzeń odżywiania się (mierzonymi skalą EDI) a obsesjami i kompulsjami (YBOCS), lękiem (STAI) i depresją (Skala Hamiltona) w grupie 20 pacjentek hospitalizowanych z rozpoznaniem bulimicznej postaci jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej

Podskale EDI	Współczynniki korelacji			
	YBOCS	Skala Hamiltona	STAI – cecha	STAI – stan
Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki	-0,4255*	0,1965	0,3610	0,3314
Bulimia	-0,1856	0,5533**	0,4036*	0,2046
Niezadowolenie z własnego ciała	-0,2968	0,2052	0,2883	0,2884
Niefektywność	-0,2296	0,5804**	0,7259**	0,7313**
Perfekcjonizm	-0,1125	-0,1648	0,2326	0,1689
Nieufność w relacjach międzyludzkich	0,3334	-0,0248	0,6506**	0,5142**
Świadomość interoceptywna	-0,1351	0,3656	0,6074**	0,5378**
Lęki przed dojrzałością	-0,1118	0,1899	0,5981**	0,4738*

* $p < 0,1$; ** $p < 0,05$

grupach pacjentek z zaburzeniami odżywiania się w stosunku do uczennic z grupy kontrolnej. Pacjentki z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego, różniły się znacząco wyższym poziomem depresji od pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu lub z bulimią. Objawy obsesyjne i kompulsyjne w obu grupach były zbliżone. Natomiast objawy lęku jako cechy były wyższe w grupie pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu lub bulimią, niż w grupie z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego.

W tabl. 2 przedstawiono współczynniki korelacji pomiędzy wynikami w poszczególnych podskalach EDI oraz wynikami w skalach YBOCS, Skali Depresji Hamiltona i STAI w grupie pacjentów z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego. Istotne statystycznie okazały się współczynniki korelacji EDI ze skalą STAI. Z lękiem jako stanem korelowały podskale: „Niefektywność”, „Nieufność w relacjach międzyludzkich”, „Świadomość interoceptywna”. Te same skale oraz „Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki” i „Niezadowolenie z własnego ciała” korelowały z lękiem jako cechą.

W grupie pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub z bulimią (tabl. 3) obserwowano istotne statystycznie korelacje pomiędzy podskalami EDI a depresją (mierzoną Skalą Hamiltona); podskale – „Bulimia” i „Niefektywność”. Podobnie jak w grupie AN-r istotne statystycznie okazały się też korelacje niektórych podskal EDI ze skalą STAI; dla lęku jako stanu podskale – „Niefektywność”, „Nieufność w relacjach międzyludzkich” oraz „Świadomość interoceptywna”, natomiast z lękiem jako cechą korelowała dodatkowo podskala „Lęki przed dojrzałością”.

OMÓWIENIE

Opisane wyżej badania dotyczyły oceny nasilenia natręctw, lęku i depresji w grupach pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (grupa z objawami restrykcyjnymi i grupa z objawami bulimicznymi). Porównano nasilenie wymienionych objawów w obu grupach badanych i w grupie kontrolnej osób zdrowych, poszukiwano też zależności pomiędzy wymiarami badanymi przez EDI a objawami psychopatologicznymi. W przeprowadzonych badaniach skoncentrowano się na ustaleniu stopnia nasilenia objawów psychopatolo-

gicznych w zaburzeniach odżywiania się (*cooccurrence*), w odróżnieniu do badania częstości współwystępowania innych zaburzeń psychicznych (*comorbidity*).

Uzyskane wyniki wskazują, iż nasilenie natręctw mierzonych skalą YBOCS jest podobne w obu badanych grupach (pacjentki z anoreksją restrykcyjną: średnia = 10,35, $sd \pm 8,82$; pacjentki z bulimią: średnia = 10,60, $sd \pm 12,21$). W obu przypadkach pod uwagę brane były tylko te natręctwa, które nie zawierały treści związanych z obrazem ciała i odżywianiem się. Nie znaleziono istotnych statystycznie różnic między obu grupami pacjentek. Natomiast obie grupy pacjentek różniły się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej (średnia = 4,30, $sd \pm 5,33$).

Wyniki potwierdzają dane z badań [27], gdzie używając innych testów (HSCL-58) stwierdzano podobne tendencje – istotną statystycznie różnicę w obu grupach pacjentek (anoreksja restrykcyjna, bulimia) w stosunku do grupy kontrolnej i brak istotnych statystycznie różnic w grupie między obu grupami klinicznymi. Podobne dane zamieszczają Thiel i wsp. [28], którzy przebadali kwestionariuszem YBOCS grupę 93 pacjentek. Wydaje się, że również nasilenie objawów natręctw w obu badanych grupach nie różniło się istotnie od danych znanych z literatury [29].

W kontekście tym szczególnie interesujące wydają się wyniki badań von Janson i wsp. [29], którzy stwierdzili, że natręctwa mają charakter trwałe i względnie stabilne w bulimii, oraz że utrzymują się na podobnym poziomie u pacjentek chorujących, jak i tych, które z żarłoczności psychicznej wyzdrowiały. Podobne wyniki badań przedstawił Thiel i wsp. [28] zarówno dla pacjentek z anoreksją jak i bulimią oraz Srinivasagam i wsp. [30] dla pacjentek, które wyzdrowiały z jadłowstrętu psychicznego. Wg Ranson [29], ta względna trwałość i stabilność natręctw, określana jako łagodna lub średnia, odróżnia je od objawów depresyjnych i lękowych, ponieważ zarówno poziom lęku, jak i depresji istotnie obniża się po wyzdrowieniu z zaburzeń odżywiania się. Jedynie natręctwa choć słabną, to nadal pozostają statystycznie istotnie bardziej nasilone niż w grupie kontrolnej. Wielu badaczy uważa zatem, że natręctwa są odzwierciedleniem zaburzeń w układzie serotoninerгіcznym, które to wykazują podobną stabilność u osób, które wyzdrowiały z anoreksji bądź bulimii [22, 31]. Dysfunkcja układu serotoninerгіcznego może zatem określać

obserwowaną relację pomiędzy obsesyjnością a zaburzeniami odżywiania się [29].

W przeprowadzonym badaniu nie wykazano korelacji pomiędzy nasileniem natręctw a jakąkolwiek skalą EDI, choć pewną tendencję statystyczną w tym kierunku znaleziono pomiędzy wynikami YBOCS a podskala „Perfekcjonizm” w grupie pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego ($p < 0,1$). Podskala „Perfekcjonizm” kwestionariusza EDI jest jedną z podskal najczęściej wyodrębnianych z całości kwestionariusza i używanych oddzielnie. Zwykle używa się ją w ocenie cech osobowości obsesyjno-kompulsyjnej (OCPD) w zaburzeniach odżywiania się [30, 32, 33]. Silną korelację pomiędzy podskala „Perfekcjonizm” EDI a wynikami w skali YBOCS u pacjentek z restrykcyjnym typem jadłowstrętu psychicznego wykazała Halmi i wsp. [33]. Autorka ta nie znalazła korelacji tego typu u pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego. W swoim międzynarodowym i wielośrodkowym badaniu, obejmującym największą jak dotąd grupę pacjentek z anoreksją przebadaną pod kątem perfekcjonizmu ($n = 322$), Halmi [33] wykazała, że perfekcjonizm jest cechą charakterystyczną dla *anorexia nervosa*, różniącą podgrupy pacjentek z tym zaburzeniem i wysunęła tezę, że jest on manifestacją specyficznego, genetycznego podłoża w jadłowstręcie psychicznym.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż objawy depresyjne mierzone 21-punktową Skalą Hamiltona były bardziej nasilone w obu grupach pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, niż w grupie kontrolnej (pacjentki z restrykcyjną postacią anoreksji: średnia = 25,9, $sd \pm 9,64$; pacjentki z bulimią: średnia = 19,7, $sd \pm 5,78$; grupa kontrolna: średnia = 4,46, $sd \pm 4,61$). Istotnie statystycznie były też różnice pomiędzy obiema grupami pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, przy czym wyższe wyniki w Skali Hamiltona osiągnęły pacjentki z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego.

Z badań dotyczących współwystępowania zaburzeń depresyjnych z zaburzeniami odżywiania się wynika, iż oba typy zaburzeń współwystępują ze sobą bardzo często [34, 35]. Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych z jadłowstrętem psychicznym (w trakcie całego życia pacjentów, tzw. *life-time comorbidity*) wynosi wg różnych autorów od 46% do 74% [35], a z bulimią od 11% do ok. 100% [35]. Większość autorów potwierdza tezę, że zaburzenia depresyjne częściej współwystępują z bulimią i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego, niż z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego [34, 36]. Na ogół zaburzenia depresyjne występują jako wtórne wobec zaburzeń odżywiania się [34] i pojawiają się także w okresach remisji. Jednakże istnieje niewielka grupa pacjentów, gdzie zaburzenia depresyjne mają charakter pierwotny [34, 35, 37].

Cytowane powyżej badania dotyczą aspektu współwystępowania zaburzeń psychicznych „comorbidity”. Nieco inaczej przedstawia się diagnoza w aspekcie „cooccurrence” – a więc współwystępowania ze sobą nie odrębnych jednostek klasyfikacyjnych, ale poszczególnych objawów. Uzyskane w naszych badaniach wyniki wskazują na istotnie statystycznie wyższy poziom objawów depresyjnych w grupie pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego. Wynik ten nie zaprzecza częstszemu współwystępowaniu zaburzeń depresyjnych z bulimią, pokazuje jednak, że objawy depresyjne były bardziej nasilone w grupie

pacjentek z restrykcyjną postacią anoreksji niż z bulimią i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego w pierwszym okresie hospitalizacji (3 tydzień).

Casper [35] analizuje ten aspekt prac dotyczących występowania objawów depresyjnych w zaburzeniach odżywiania się. Autorka ta zauważa, że zaburzenia odżywiania się stwarzają swoisty problem w ocenie depresji, ponieważ towarzyszą im zmiany somatyczne, które mogą zakłócać prawidłową ocenę. Autorka zauważa, że zarówno wyniszczenie, jak i (w mniejszym stopniu) hiperfagia, wywołują somatyczne i psychologiczne problemy podobne do depresji, ale nie będące wyrazem zaburzeń depresyjnych. Dotyczy to przede wszystkim osób z niedowagą, brakiem równowagi metabolicznej, a więc przede wszystkim pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Z kolei, zarówno wyniszczenie jak i brak równowagi metabolicznej mogą wpływać na zmiany hormonalne w osi podwzgórze – przysadka mózgowa – kora nadnerczy, czego wynikiem są wtórne objawy depresyjne. Zapewne objawy związane z wyniszczeniem organizmu, opór dotyczący leczenia, jak i wtórne objawy depresyjne złożyły się na tak wysoki wynik w Skali Hamiltona, jaki otrzymaliśmy w naszych badaniach. Jest to ograniczenie wszystkich badań tego typu prowadzonych u wyniszczonych pacjentów z zaburzeniami odżywiania się.

Wydaje się, że diagnoza depresji współwystępującej z zaburzeniami odżywiania się może mieć istotne znaczenie dla podjęcia właściwego leczenia [16, 34, 35]. O ile w bulimii leczenie lekami przeciwdepresyjnymi (głównie z grupy SSRI) jest często podejmowane i efektywne zarówno wobec objawów depresyjnych jak i bulimicznych [37], o tyle w jadłowstręcie psychicznym w fazie wyniszczenia bądź wychudzenia organizmu leczenie farmakologiczne jest mało skuteczne w odniesieniu do obu zaburzeń [34, 35]. Poprawa następuje tu samoistnie dopiero po wzroście masy ciała. Mimo tych danych, uważa się, że istnieje niewielka grupa pacjentów, gdzie depresja ma charakter pierwotny wobec jadłowstrętu psychicznego lub też nie ustępuje po wzroście masy ciała – u tych pacjentów należy rozważać leczenie przeciwdepresyjne [16].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż poziom lęku jako cechy (STAI) był istotnie statystycznie wyższy w grupie pacjentów z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (średnia = 50,84, $sd \pm 10,20$) oraz w grupie z bulimią i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego (średnia = 52,33, $sd \pm 10,21$), niż w grupie kontrolnej (średnia = 44,50, $sd \pm 9,37$). Badania dotyczące lęku jako stanu wykazały, iż istotna statystycznie różnica istniała pomiędzy grupą pacjentów z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (średnia = 48,54, $sd \pm 11,48$) a grupą kontrolną (średnia = 42,05, $sd \pm 10,03$). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą pacjentek z bulimią lub bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego (średnia = 46,53, $sd \pm 12,19$) a grupą kontrolną. Istotnych statystycznie różnic nie stwierdzono również pomiędzy grupą pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego a grupą pacjentek z bulimią lub bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego, zarówno w odniesieniu do lęku jako stanu, jak i lęku jako cechy.

Badanie te wskazują na istotnie wyższy poziom lęku jako cechy u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, niż w grupie kontrolnej oraz istotnie wyższy poziom lęku jako stanu u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, niż w grupie kontrolnej.

Większość badaczy uznaje zgodnie, iż zaburzenia lękowe często współwystępują z zaburzeniami odżywiania się [4, 34, 38, 39, 40]. Pomijając zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, z zaburzeniami odżywiania się współwystępuje najczęściej fobia społeczna [34] i fobia prosta [34]. Współwystępowanie zaburzeń lękowych u osób z zaburzeniami odżywiania się jest wysokie i sięga od 20% do 65% dla AN, oraz od 13% do 70% dla BN [23].

Badania dotyczące lęku jako symptomu towarzyszącego zaburzeniom odżywiania się wykazują jego szerokie rozpowszechnienie [24]. Niektórzy autorzy zauważają, że pewne postaci lęków trudno jest wyodrębnić w oddzielne jednostki klasyfikacyjne [24]. Typowymi lękami są: lęk przed jedzeniem określonych rodzajów pokarmów, lęk przed spożywaniem posiłków w obecności innych osób, lęk przed sytuacjami społecznymi, w których ciało pacjentki podlega ocenie [34].

Istnieje niewielka ilość badań dotycząca tych specyficznych objawów lękowych w zaburzeniach odżywiania się. Diehl i wsp. [41] badali lęki społeczne dotyczące wyglądu (SPA – *social physique anxiety*) wykazując silny ich związek z bulimią i odchudzaniem się. Autorzy ci uważają, że nasilone SPA są predyktorem zaburzeń odżywiania się. Bulik i wsp. [40] uważają, że zaburzenia lękowe poprzedzają często zaburzenia odżywiania się i są istotnymi, niespecyficznymi czynnikami ryzyka. Natomiast Kendler i wsp. [42] w badaniach nad czynnikami środowiskowymi i genetycznymi w wybranych zaburzeniach psychicznych zauważył związek między dużą depresją i uogólnionym zaburzeniem lękowym (GAD) a bulimią.

Wysoki poziom lęku jako cechy (STAI) w bulimii stwierdził Zborowski [43]. Podobne dane zamieszcza Casper i wsp. [26] (HSCL-58), wykazując wyższy poziom objawów lękowych w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i w grupie z bulimią, niż w grupie kontrolnej. W badaniach tych nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między poziomem lęku w grupie z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego a poziomem lęku w grupie z bulimią.

Wyniki badań Casper i wsp., choć uzyskane przy użyciu innych narzędzi badawczych (HSCL-58) niż w niniejszej pracy (STAI), sugerują podobne nasilenie objawów w obu grupach diagnostycznych (restrykcyjna postać anoreksji – bulimia) i istotną statystycznie różnicę wobec grupy kontrolnej.

W uzyskanych wynikach zwraca uwagę fakt, że obie podskale STAI silnie korelują z niektórymi podskalami EDI w obu grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. Trzy podskale „Nieufność w relacjach międzyludzkich”, „Świadomość interoceptywna” oraz „Nieefektywność” silnie korelują z wynikami w obu podskalach STAI w obu grupach pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. Wielu badaczy [44, 45, 46] zwraca uwagę na specyfikę tych podskal EDI, określając je wspólnie jako skale deficytów ego. Początkowo uważano, że podwyższone wyniki w tych trzech podskalach charakterystyczne są dla grupy pacjentek z jadłowstrętem psychicznym [44]. Kolejne badania dowiodły jednak, iż podobnie wyższe wyniki występują także u pacjentów z zaburzeniami lękowymi [46] i depresją [44]. Stwierdzono również, że wyższe wyniki w omawianych skalach korelowały z cięższą postacią zaburzeń psychicznych występujących w badanych grupach pacjentów [44, 46].

Z badań naszych wynika, iż objawy lękowe silniej korelują ze skalami deficytów ego („Nieufność w relacjach

międzyludzkich”, „Świadomość interoceptywna”, „Nieefektywność”) niż objawy depresyjne. W przypadku lęku silną korelację obserwowaliśmy w obu grupach diagnostycznych dla wszystkich trzech podskal. W przypadku depresji tylko dla podskali „Nieefektywność” w grupie pacjentek z bulimią. Wnioski kliniczne z ww. badań dotyczyłyby hipotezy, że w grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania się objawy lękowe silniej korelują z zaburzeniami ego, niż objawy depresyjne. Wyniki te wydają się potwierdzać tezę Smith i Steinera [46], że mimo iż podskale deficytów ego nie są specyficzne dla zaburzeń odżywiania się, mogą okazać się przydatne w monitorowaniu indywidualnego postępu w leczeniu pacjenta. Oczywiście potwierdzenie, bądź odrzucenie tej tezy wymagałoby dalszych badań klinicznych.

WNIOSKI

Ostatecznie, w przeprowadzonych badaniach stwierdzono:

1. istotnie wyższe nasilenie objawów depresji, lęku jako cechy i jako stanu oraz natręctw w obu grupach pacjentek z zaburzeniami odżywiania się w stosunku do uczennic z grupy kontrolnej,
2. wyższy poziom depresji u pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego, niż w grupie pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub z bulimią,
3. zbliżony poziom objawów obsesyjno-kompulsyjnych w obu grupach pacjentek z zaburzeniami odżywiania się,
4. wyższy poziom objawów lęku jako cechy w grupie pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu lub bulimią, niż w grupie z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego,
5. obecność statystycznie istotnych korelacji pomiędzy cechami osobowości (podskale EDI) pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego a lękiem jako stanem i cechą,
6. obecność statystycznie istotnych korelacji pomiędzy cechami osobowości (podskale EDI) pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub z bulimią a depresją oraz lękiem jako stanem i cechą.

PIŚMIENNICTWO

1. Strober M, Katz J. Depression in eating disorders: A review an analysis of descriptive, family and biological findings. W: Garner DMM, Garfinkel PE, red. *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York: Brunner/Mazel; 1988: 80–111.
2. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48 (8): 712–8.
3. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31 (5): 810–8.
4. Braun DL, Sunday R, Halmi K. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24 (4): 859–67.
5. Cooper PJ, Fairburn CG. The depressive symptoms of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 268–74.
6. Fichter MM, Quadflieg N, Rief W. Longer term course (6 year) of bulimia nervosa. *Neuropsychopharmacology* 1994; 10: 772.
7. Steiger H, Stotland S, Houle L. Prognostic implications of stable versus transient “borderline features” in bulimic patients. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (5): 206–14.

8. Strasser TJ, Pike KM, Walsh BT. The impact of prior substance abuse on treatment outcome for bulimia nervosa. *Addict Behav* 1992; 17 (4): 387–95.
9. Collings S, King M. Ten year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1994; 164 (1): 80–7.
10. Ames-Frankel J, Devlin MJ, Walsh BT, Strasser TJ, Sadik IC, Oldham JM, Roose SP. Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (3): 90–6.
11. Zinarini MC, Frankenburg FR, Pope HG, Hudson JI, Yergeln-Todd D, Cicchetti CJ. Axis II comorbidity of normal weight bulimia. *Compr Psychiatry* 1990; 31 (1): 20–4.
12. Wonderlich SA, Fullerton D, Swift W, Klein MH. Five year outcome from eating disorders: Relevance of personality disorders. *Int J Eat Disord* 1994; 15 (3): 233–43.
13. Brewerton TD, Lydiard RB, Ballenger JC, Herzog DB. Eating disorders and social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 (1): 70.
14. Rossiter EM, Agras WS, Telch CF, Schneider JA. Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1993; 13 (4): 349–57.
15. Cooper PJ, Steere J. A comparison of two psychological treatment for bulimia nervosa: Implications for models of maintenance. *Behav Res Ther* 1995; 33 (8): 875–86.
16. Andersen A, Bowers W, Evans K. Inpatient treatment of anorexia nervosa. W: Garner DM, Garfinkel PE, red. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York, London: Guilford Press; 1997: 327–53.
17. Wolfe BE, Metzger ED, Jimerson DC. Research update on serotonin function in bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33 (3): 345–54.
18. Halmi KA. Eating disorders and their comorbidities: Biological basis and therapeutic activities. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 147S–8S.
19. Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, Brewerton TD. Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 (2): 132–8.
20. Jimerson DC, Wolfe BE, Metzger ED, Finkelstein DM, Cooper TB, Levine JM. Decreased serotonin function in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (6): 529–34.
21. Kaye WH, Gwirtsman HE, George DT, Ebert MH. Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration: Does elevated CSF 5-HIAA correlate with rigid obsessive behavior? *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48 (6): 556–62.
22. Kaye WH, Gendall K, Kye C. The role of central nervous system in the psychoneuroendocrine disturbances of anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21 (2): 381–95.
23. Wonderlich SA, James EM. Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual and clinical implications. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33 (3): 381–90.
24. Cooper PJ. Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. W: Brownell BD, Fairburn CG, red. *Eating Disorders and Obesity*. London, New York: Guilford Press; 1995: 159–64.
25. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Price Foundation Collaborative Group Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (12): 2215–21.
26. Walsh B, Garner DM. Diagnostic issues. W: Garner DM, Garfinkel PE, red. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York, London: Guilford Press; 1997: 25–33.
27. Casper R, Hedeker D, McCough J. Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31 (5): 830–40.
28. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, Jacoby GE, Schussler G. Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (1): 72–5.
29. von Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE, Rao R, Matsunaga H. Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (11): 1703–8.
30. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R. Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (11): 1630–4.
31. Solanto MV, Urrutia V, Morales A. Serotonin deregulation and psychopathology in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Eat Disord J Treat Prevent* 1995; 3: 56–73.
32. Davis C, Kaptein S, Kaplan AS, Olmsted MP, Woodside DB. Obsessionality in anorexia nervosa: the moderating influence of exercise. *Psychosom Med* 1998; 60 (2): 192–7.
33. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (11): 1799–805.
34. Cooper Z, Fairburn CG. The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Dis* 1987; 6 (1): 1–8.
35. Casper RC. Recognizing eating disorders in women. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34 (3): 267–9.
36. Laessle RG, Kittl S, Fichter MM, Wittchen HU, Pirke KM. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia: A descriptive study. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 785–9.
37. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157 (1 suppl): 1–39.
38. Halmi K. Eating disorders in females: genetics, pathophysiology, and treatment. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2002; 15 (supl 5): 1379–86.
39. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19 (4): 843–59.
40. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Joyce PR. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96 (2): 101–7.
41. Diehl NS, Johnson CE, Rogers RL, Petrie TA. Social physique anxiety and disordered eating: What's the connection? *Addict Behav* 1998; 23 (1): 1–6.
42. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (5): 374–83.
43. Zborowski MJ. A comprehensive investigation of putative correlates of bulimia among collage-age women: object relations, dependency, ego defenses, trait anxiety and depression. *Addict Behav* 1998; 23 (1): 47–55.
44. Smith Ch, Steiner H. Psychopathology in anorexia nervosa and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31 (5): 841–3.
45. Waller G, Matoba M. Emotional eating and eating psychopathology in nonclinical groups: A cross-cultural comparison of women in Japan and the United Kingdom. *Int J Eat Disord* 1999; 26 (3): 333–40.
46. Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. The specificity of the Eating Disorder Inventory. *Br J Clin Psychol* 1985; 24 (2): 129–30.