

Grzegorz Iniewicz

DEPRESJA U DZIEWCZĄT CHORUJĄCYCH NA ANOREKSJĘ PSYCHICZNĄ

DEPRESSION IN FEMALE ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

Instytut Psychologii UJ
Dyrektor: dr hab. Władysław Łosiak
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

**anorexia nervosa
depression**

Autor przedstawia wyniki własnych badań skoncentrowanych na określeniu poziomu depresji u dziewcząt w wieku 16-19 lat, chorujących na anoreksję psychiczną, w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami. W badaniach stosowano Kwestionariusz Becka oraz Kwestionariusz EDI (The Eating Disorder Inventory).

Summary: The article presents data concerning the level of depression in female adolescents with anorexia nervosa. The mutual relation between depression and anorexia nervosa is not clear in spite of a lot of research. 30 adolescent girls suffering from anorexia nervosa according to DSM-IV and 30 adolescent girls without eating problems were examined. They completed the following standardized questionnaires: Eating Disorder Inventory and the Beck Depression Inventory. Significant differences between groups in depression levels were observed. Also, the correlation coefficients revealed some interesting relationships. They are presented and discussed.

Wstęp

Związek zaburzeń jedzenia z depresją jest dość często podejmowanym tematem w literaturze przedmiotu. Autorzy badań, z jednej strony koncentrują się na współwystępowalności omawianych zaburzeń, a z drugiej — na ich wzajemnych relacjach. Co do pierwszego problemu większość badań potwierdza występowanie depresji u osób z zaburzeniami jedzenia oraz występowanie zaburzeń jedzenia u osób z depresją, co do drugiego — to wciąż nie została udzielona odpowiedź na pytanie, czy zaburzenia jedzenia można traktować jako rodzaj choroby afektywnej, czy też depresja rozwija się wtórnie do zaburzeń jedzenia.

Omawiany problem komplikuje dodatkowo kontrowersja dotycząca tego, czy można mówić o depresji w przypadku dzieci i młodzieży [1, 2]. Autorzy krytykujący stawianie takiej diagnozy w tej grupie wiekowej argumentują to brakiem intrapsychicznych, poznawczych czy emocjonalnych mechanizmów przyczyniających się do powstania klinicznej depresji. Inny rodzaj argumentacji ma swoje korzenie w obserwacjach dojrzewającej

młodzieży, wśród której depresję można rozpoznać u znacznej liczby jednostek. Tak więc, zgodnie z tymi poglądami, powinno się albo zaniechać stawiania diagnozy depresji przed osiągnięciem dojrzałości, albo uznać ją za reakcję rozwojową.

Z kolei badacze, którzy uznają występowanie depresji u dzieci i młodzieży, rozumieją ją jako zbiór symptomów tworzący kliniczny syndrom. Podkreśla się tutaj, iż ekspresja depresji jest inna w przypadku dzieci i młodzieży, w porównaniu z osobami dorosłymi, i może się uzewnętrznić pod różnymi postaciami — od smutku czy przygnębienia, przez nastrój dysforyczny, aż po wiele zachowań, jak na przykład hiperaktywność maskująca prawdziwy stan emocjonalny. Pataki i Carison [3] stwierdzają, iż na typowy obraz kliniczny depresji u młodzieży składają się: wahania nastroju, trudności w koncentracji, urojenia, anhedonia, poczucie beznadziejności, spowolnienie psychoruchowe, bezsenność, nadużywanie alkoholu lub narkotyków, myśli i tendencje samobójcze.

Przyjmując założenie o występowaniu depresji u dzieci i młodzieży, po prezentacji poglądów innych badaczy, przedstawię własne badania dotyczące depresji u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną.

Anoreksja psychiczna a depresja

Według Becka [4] utrata apetytu w wielu przypadkach jest pierwszą oznaką zarówno rozpoczynającej się depresji, jak i procesu zdrowienia. Utratę apetytu stwierdził on u 70 proc. pacjentów z głęboką depresją. Podczas epizodu depresji można zaobserwować również objadanie się [5]. Knibbs [6] przytacza badania, według których 56 proc. dzieci z anoreksją miało kliniczną depresję. Patton i wsp. [7] swoimi badaniami objęli grupę 2525 osób w wieku dojrzewania. U 38 proc. dziewcząt i 12 proc. chłopców stwierdzili stosowanie średnio nasilonej diety (intermediate dieters), a u 7 proc. dziewcząt i 1 proc. chłopców duże ograniczenia spożywanych pokarmów (extreme dieters). Ponadto okazało się, iż u 62 proc. młodzieży, która w najwyższym stopniu ograniczała spożywane posiłki, występuje znacznie podwyższony poziom depresji i lęku. Autorzy badań wysuwają przypuszczenie, iż przestrzeganie diety przez osoby w okresie dojrzewania może odbywać się w kontekście różnych nieprawidłowości w psychologicznym funkcjonowaniu, w tym i w przypadku zaburzeń jedzenia.

Herpertz-Dahlmann i Remschmidt [8] przeprowadzili badania, w których porównywali współwystępowanie objawów zaburzeń jedzenia i depresji tuż przed wypisaniem ze szpitala i trzy lata później. Wyniki potwierdziły przypuszczenia dotyczące wzajemnej relacji zaburzeń jedzenia i depresji. U pacjentów depresyjnych znacznie częściej występowała jedna z form zaburzeń jedzenia: anoreksja lub bulimia psychiczna.

Leassle i wsp. [9] zwracają uwagę, iż jednym z ważniejszych aspektów psychopatologii anoreksji i bulimii psychicznej są specyficzne zaburzenia procesów poznawczych i nieracjonalne przekonania. Chodzi im przede wszystkim o fakt, iż dla osób cierpiących na zaburzenia jedzenia kształt i waga ciała są głównym czy jedynym wyznacznikiem ich samooceny. W prowadzonych przez nich badaniach, w których badanymi były osoby z rozpoznaniem zarówno anoreksji, jak i bulimii psychicznej, stwierdzono dodatnie korelacje pomiędzy nasileniem depresji i funkcjonowaniem poznawczym — im wyższy poziom zaburzeń związanych z jedzeniem, tym wyższe wyniki w skali depresji. Ponadto, analiza regresji ujawniła, iż niezadowolony z własnego ciała jest najsilniejszym, pojedynczym

predyktorem depresji. Dążenie do utrzymania szczupłej sylwetki korelowało z depresją zarówno w całej grupie, jak i w grupie kobiet z anoreksją. Perfekcjonizm korelował dodatnio z depresją, ale tylko w przypadku kobiet z bulimią. Podsumowując wyniki badań, autorzy stwierdzają, iż wskazują one na wpływ zaburzeń poznawczych, charakterystycznych dla zaburzeń jedzenia, na rozwój i utrzymywanie się zaburzeń depresyjnych.

Według Bomby i wsp. [10], podobieństwo pomiędzy chorującymi na anoreksję psychiczną i chorującymi na depresję można dostrzec m.in. w tendencji do wyniszczenia własnego zdrowia, z kolei różnica dotyczyłaby myślenia o swojej przyszłości: w przeciwieństwie do chorych na depresję, szkolne ambicje dziewcząt cierpiących z powodu anoreksji wskazują, że planują one swoją przyszłość, chociaż widzą siebie w niej nadal jako osoby chore: „Zawsze będę anorektyczką, nic mi nie pomoże” [11, s. 180]. Warto też wspomnieć, iż depresja występująca w przypadku zaburzeń jedzenia traktowana jest jako niekorzystny czynnik prognostyczny [12], chociaż są i tacy, którzy to stanowisko krytykują [13].

Celem przeprowadzonych badań było porównanie poziomu depresji w grupie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną i w grupie zdrowych rówieśniczek. Przez wielu autorów depresja w okresie dojrzewania traktowana jest jako swoista reakcja rozwojowa [1, 14]. Potwierdzać to mogą badania, według których u 31,65 proc. nie leczonej młodzieży (42,41 proc. dziewcząt i 22,0 proc. chłopców) występowały poważne rysy depresyjne [15, 16]. Powstaje w związku z tym pytanie, czy depresję u dojrzewających dziewcząt z anoreksją należy traktować jako fragment ich choroby, czy też jest ona raczej związana ze specyfiką tego okresu rozwojowego i wieloma przemianami wtedy zachodzącymi. Badania te nie mają oczywiście na celu rozstrzygnięcia tej kwestii, lecz są raczej próbą bliższego przyjrzenia się jej.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 30 dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną, zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV [17]. Grupa kontrolna składała się z 30 zdrowych dziewcząt, dobranych do grupy badanej parami, z uwzględnieniem podstawowych danych demograficznych i rodzinnych: wieku, klasy szkolnej, pozycji wśród rodzeństwa, miejsca zamieszkania, wykształcenia i zawodu rodziców. Badane dziewczęta miały od 16 do 19 lat. W obu grupach średnia wieku wynosiła 17,07 roku ($SD=1,14$). Prawie połowa dziewcząt w każdej grupie (43 proc.) miała 16 lat. Większość z nich mieszkała w miastach (43 proc.), a wśród rodzeństwa zajmowała pozycje najmłodszych (60 proc.).

Metody

W badaniach zastosowano Kwestionariusz Becka [4] oraz Kwestionariusz EDI (The Eating Disorder Inventory) [18]. Kwestionariusz Becka jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do badania głębokości depresji i odnosi się do następujących czynników depresyjnych: obniżenie nastroju, obniżenie aktywności złożonej, lęk, somatyzacja i zaburzenie rytmów biologicznych. Opiera się na behawioralnych przejawach depresji, nie odwołując się do żadnej etiologicznej koncepcji jej powstawania. Z kolei Kwestionariusz EDI stosowany jest do pomiaru poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń jedzenia.

Składa się z 8 skal: dążenie do utrzymania szczupłej sylwetki, bulimia, niezadowolenie z własnego ciała, nieskuteczność, perfekcjonizm, dystans społeczny, świadomość bodźców płynących z ciała i dojrzałość.

Wyniki badań

Wyniki Kwestionariusza Becka wskazują, iż u dziewcząt z anoreksją poziom depresji jest wyższy niż w grupie zdrowych rówieśniczek (tabela 1). Różnica w średnich wynikach obu grup była istotna statystycznie. Odchylenia standardowe wskazują na większą zmienność wyników w grupie dziewcząt z anoreksją, co oznacza, że w badanej grupie są dziewczęta ujawniające zarówno wysoki, jak i niski poziom depresji.

Poziom depresji w obu grupach był zróżnicowany (tabela 2 i wykres 1). W grupie

Tabela 1

Średnie, odchylenia standardowe i istotność różnic w Kwestionariuszu Becka u dziewcząt z grupy badanej i kontrolnej

SKALA	GRUPA BADANA M(SD)	GRUPA KONTROLNA M(SD)	t	p
Depresja	16,80 (10,53)	8,00 (6,45)	3,90	p < 0,01

badanej prawie 1/4 dziewcząt ujawniła głęboki poziom depresji, u 1/3 nie stwierdzono zaburzeń depresyjnych, pozostałe dziewczęta uzyskały wyniki wskazujące na lekki i średni poziom depresji. W grupie kontrolnej około 2/3 dziewcząt nie wykazywało objawów depresyjnych, a u pozostałej 1/3 można stwierdzić lekki i średni jej poziom, przy czym głębokiej depresji w tej grupie nie stwierdzono u nikogo.

W Kwestionariuszu EDI (tabela 3) różnice istotne statystycznie wystąpiły pomiędzy

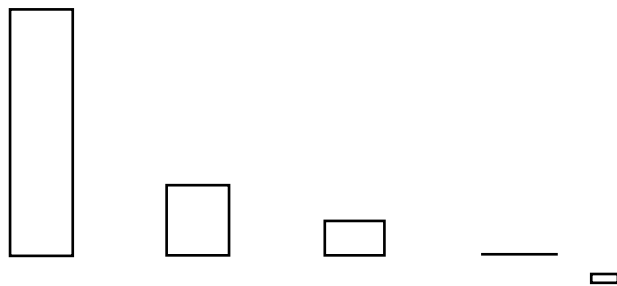
Tabela 2

Poziom depresji u dziewcząt z grupy badanej i kontrolnej mierzony za pomocą Kwestionariusza Becka

SKALE	GRUPA BADANA N(%)	GRUPA KONTROLNA N(%)
Bez depresji	10 (33,3)	21 (70)
Depresja lekka	10 (33,3)	6 (20)
Depresja średnia	3 (10)	3 (10)
Depresja głęboka	7 (23,3)	0 (0)

wszystkimi skalami oprócz skali niezadowolenie z własnego ciała. Można to tłumaczyć występującym również u zdrowych dziewcząt niezadowoleniem z własnego wyglądu. Mogą się na to składać, z jednej strony, charakterystyczne dla tego wieku przemiany odnoszące się do własnej cielesności i związane z tym nieprzyjemne odczucia niepewności czy lęku, a z drugiej — porównania z lansowanym modelem idealnej sylwetki ciała.

Zwracają też uwagę wysokie wartości odchylenia standardowego w grupie kontrolnej,



Wykres 1. Liczba badanych w zależności od poziomu depresji

występujące we wszystkich skalach. Sugeruje to dużą niejednorodność zachowań związanych z jedzeniem w grupie zdrowych dziewcząt. Część z nich może charakteryzować się silną koncentracją na zachowaniach związanych z jedzeniem, utrzymaniem szczupłej sylwetki ciała bądź też przejawiać duże niezadowolenie z własnego wyglądu, podczas gdy dla innych nie musi to być obszar większego zainteresowania. Inną przyczyną wysokich wartości odchyłeń standardowych może być podanie w instrukcji, przed wypełnieniem kwestionariuszy, informacji o tym, że badania te związane są z zaburzeniami jedzenia, co mogło wpłynąć u części zdrowych dziewcząt na większą koncentrację na własnych zachowaniach związanych z tym obszarem. Za przypuszczeniem, iż ta różnorodność wyników została spowodowana jakimś wspólnym czynnikiem, bądź czynnikami, przemawia fakt, iż dotyczy ona wszystkich skal kwestionariusza.

Współczynniki korelacji pomiędzy skalą Kwestionariusza Becka a skalami Kwe-

Tabela 3

Średnie, odchylenia standardowe i istotność różnic w Kwestionariuszu EDI u dziewcząt z grupy badanej i kontrolnej

SKALE	GRUPA BADANA M(SD)	GRUPA KONTROLNA M(SD)	t	p
Szacunek białego	3,47 (6,62)	3,13 (4,61)	3,62	p < 0,01
Bulimia	2,70 (2,47)	0,33 (0,96)	4,90	p < 0,01
Niezadowolenie z własnego ciała	11,70 (7,26)	9,53 (7,73)	1,12	n.s.
Nieskuteczność	7,67 (5,27)	2,13 (3,13)	4,93	p < 0,01
Perfekcjonizm	6,60 (3,84)	2,43 (3,24)	4,54	p < 0,01
Dysfonia społeczna	6,63 (4,23)	1,47 (1,70)	6,21	p < 0,01
Chudość własnego ciała	7,10 (5,06)	2,17 (3,43)	4,42	p < 0,01
Dojrzałość	3,90 (4,74)	2,63 (3,32)	5,94	p < 0,01
Całkowite	59,77 (26,68)	23,83 (19,38)	5,97	p < 0,01

stionariusza EDI sugerują stosunkowo istotne związki poziomu depresji i tych aspektów funkcjonowania badanych, które związane są z zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń jedzenia (tabela 4 i 5).

Dyskusja

Tabela 4

Korelacje pomiędzy skalą Kwestionariusza Becka a skalami Kwestionariusza EDI w grupie dziewcząt z anoreksją (r Pearsona; $p < 0,05$)

SKALA	Szczupłość	Niezadowolenie z własnego ciała	Nieskuteczność	Obludomocność	Całość
Depresja	0,51	0,68	0,48	0,57	0,50

Tabela 5

Korelacje pomiędzy skalą Kwestionariusza Becka a skalami Kwestionariusza EDI w grupie zdrowych dziewcząt (r Pearsona; $p < 0,05$)

SKALE	Szczupłość	Niezadowolenie z własnego ciała	Nieskuteczność	Perfekcjonizm	Dystans społeczny	Obludomocność własnego ciała	Całość
Depresja	0,53	0,36	0,57	0,34	0,45	0,51	0,62

Uzyskane w Kwestionariuszu Becka wyniki potwierdziły przypuszczenia o wyższym poziomie depresji u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Wśród chorujących na anoreksję przynajmniej lekki poziom depresji wystąpił u 67 proc. badanych. Podobny wskaźnik uzyskał w swoich badaniach Knibbs [6]. Stwierdził on depresję u 56 proc. dzieci z anoreksją. W grupie zdrowych rówieśniczek przynajmniej lekki poziom depresji wystąpił u 30 proc. Wynik ten podobny jest do uzyskanego przez Bombę [15], który poważne rysy depresyjne stwierdził u 1/3 nieleczzonej populacji młodzieży.

Jeśli chodzi o związki depresji z poznawczo-behawioralnymi aspektami zaburzeń jedzenia to zdecydowanie najsilniejszy związek występuje pomiędzy poziomem depresji a niezadowoleniem z własnego ciała, co potwierdza cytowane wcześniej badania Leassle'a [9]. U dziewcząt zdrowych związek ten wydaje się słabszy. Można przypuszczać, iż satysfakcja z własnego ciała u dziewcząt z anoreksją jest silniej powiązana z przeżywanymi przez nie negatywnymi emocjami niż u zdrowych rówieśniczek. Nastrój emocjonalny chorych dziewcząt byłby w większym stopniu uzależniony od zadowolenia z własnego ciała.

W obydwu grupach występuje ponadto związek poziomu depresji z dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki, poczuciem kontroli własnego życia i świadomością własnego ciała. Można przypuszczać, iż przeżywanie nieprzyjemnych odczuć przyczynia się do podejmowania wielu działań mających na celu poprawę własnego wyglądu, a tym samym — poprawy ogólnego nastroju. Działania te mogą też same w sobie polepszać nastrój, stając się absorbentem nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Nastrój depresyjny może też być obniżany przez zachowania potwierdzające posiadanie kontroli nad swoim życiem. Brak świadomości bodźców wpływających z ciała może przyczyniać się do większej

niepewności związanej z tym, co dzieje się z organizmem, co również może przyczyniać się do pojawiania się nieprzyjemnych emocji, takich jak lęk czy poczucie braku kontroli własnego organizmu.

U zdrowych dziewcząt można dodatkowo zauważyć związek poziomu depresji z dystansem społecznym. Mogłoby to potwierdzać, jak istotne są dla nich bliskie relacje z innymi ludźmi. Związek ten u dziewcząt z anoreksją nie jest tak silny (współczynnik korelacji 0,29), co może wskazywać, iż pozostawanie w bliskich relacjach z innymi ludźmi nie jest aż tak istotne dla ich emocjonalnego nastroju.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania potwierdziły istotnie wyższy poziom depresji u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną w porównaniu z grupą zdrowych rówieśniczek, u których jednak również zaobserwowano poważne rysy depresyjne. W zachowaniach charakterystycznych dla osób z zaburzeniami jedzenia zauważono silny związek depresji z niezadowoleniem z własnego ciała oraz świadomością bodźców płynących z ciała — wymiar odnoszący się do zaburzeń w percepcji bodźców dopływających z ciała. Potwierdzałyby to wpływ na stan emocjonalny badanych aspektu „Ja” opisywanego przez różnych autorów jako „Ja fizyczne” [19, 20, 21].

Można przypuszczać, iż zaburzenia obrazu własnego ciała są przyczyną niezadowolenia ze swego wyglądu, gdyż przy nadmiernym wychudzeniu osoby te wciąż przeżywają siebie jako otyłe, co sprawia, że powiększa się różnica pomiędzy tym, jakie są, a jakie chciałyby być, czyli różnica pomiędzy „Ja realnym” a „Ja idealnym”. Może to skłaniać do wniosku o istotności „Ja fizycznego” dla stanu emocjonalnego. W takim przypadku, używając wprowadzonego przez Łukaszewskiego [22] pojęcia, możemy stwierdzić, iż „Ja fizyczne” nabiera szczególnej „mocy regulacyjnej” u osób chorujących na anoreksję psychiczną.

Piśmiennictwo

1. Finch AJ, Saylor CF. An overview of children depression. W: Burns WJ, Lavinge JV, red. Progress in pediatric psychology. Orlando, San Diego, San Francisco, New York, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, , São Paulo: Grunc & Stratton, Inc.; 1984.
2. Iniewicz G. The specific features of adolescent depression – from developmental reaction to clinical syndrome. Polish Psychological Bulletin, 2004, w druku.
3. Pataki CS, Carison GA. Childhood and adolescent depression: a review. Harv. Rev. Psychiatry 1995; 3, 140-151.
4. Beck AT. Depression causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1991.
5. Beck AT, Rush AJ., Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979.
6. Knibbs J. Bhaviour therapy. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. Hove (UK), Hillsdale (USA): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1993.
7. Patton GC, Carlin JB, Shao Q, Hibbert ME, Rosier M, Selzer R, Bowes G.: Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? J. Child Psychol. Psychiatry, 1977; 3: 299-306.
8. Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H. Depression in anorexia nervosa at follow-up. Int. J. Eat. Dis. 1993; 2: 163-169.
9. Leassle RG, Fichter MM, Pirke KM. Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. Int. J. Eating Dis. 1988; 7: 681-686.
10. Bomba J, Mamrot E, Orwid M. Anorexia nervosa. W: Orwid M, red. Zaburzenia psychiczne u młodzieży. Warszawa: PZWL; 1981.

11. Turk J. Cognitive approaches. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. Hove (UK), Hillsdale (USA): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1993.
12. Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Lask B. Long-term follow-up of patients with early-onset anorexia nervosa. *Arch. Dis. Childhood* 1988; 63: 5-9.
13. Herpertz-Dahlmann BM, Wewetzer C, Remschmidt H. The predictive value of depression in anorexia nervosa. Results of a seven-year follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 91: 114-119.
14. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1974.
15. Bomba J. Rozpowszechnienie i obraz depresji u młodzieży we wczesnej fazie adolescencji. *Psychoter.* 1988; 1: 37-44.
16. Bomba J, Kurzydło B. Przebieg rozwoju biologicznego, psychicznego i społecznego a występowanie zaburzeń psychicznych o obrazie depresyjnym u dzieci i młodzieży. *Psychiatr. Pol.* 1990; 4: 7-14.
17. *Diagnostic and statistical manual*. Fourth edition, Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
18. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. The eating disorder inventory: A measure of cognitive-behavioural dimensions of anorexia nervosa and bulimia. W: Liss AR, red. *Anorexia nervosa: recent developments in research*. New York: Liss Inc.; 1993.
19. Reykowski J. Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwart. Pedagog.* 1970, 3, 45-58.
20. Rogers C. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. W: Koch S, red. *Psychology: A study of a science*. Vol. 3. New York: McGraw-Hill, 1959.
21. Wołak K. Problematyka badań nad tożsamością własnej cielesności. *Przegl. Psychol.* 1989; 4: 937-957.
22. Łukaszewski W. Struktura „ja” a działanie w sytuacjach zadaniowych. *Empiryczne studium nad funkcjami osobowości*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1978.

Adres: Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
al. Mickiewicza 3
31-120 Kraków