

OBJAWY DEPRESJI I LĘKU U PACJENEK Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA SIĘ

DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS

Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Kierownik: prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek

depression syndroms
eating disorders
anxiety
anorexia nervosa
bulimia nervosa
EDI

Autorka przedstawia wyniki własnej pracy badawczej, której celem było odkrycie zależności pomiędzy objawami depresji i lęku a występowaniem jadłowstrętu i bulimii psychicznej oraz poznawczo-behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania się. Badaniami objęto 60 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się. W badaniach wykorzystano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) opracowaną przez Zigmunda i Snaitha oraz Inwentarz Zaburzeń Odżywiania się (Eating Disorder Inventory, EDI) Garnera, Olmsteda i Polivy.

Summary

Aim. The study is aimed at an attempt to evaluate the intensity of depression and anxiety symptoms and psychological and behavioural traits common in anorexia and bulimia nervosa. The second aim of this study was to evaluate the relationship between depression and anxiety symptoms and disordered eating behaviours.

Method. The study involved 60 patients with eating disorders according to ICD-10 criteria and DSM IV, and a control group consisting of 60 students. The study methods included the Hospital Anxiety and Depression Scale by Zigmund and Snaith (1983) and the Eating Disorder Inventory by Garner, Olmsted and Polivy (1983).

Results. The patients with bulimia nervosa reported significantly more symptoms of depression and anxiety than the control group and patients with anorexia nervosa. In the clinical sample of adolescents with eating disorders the depression symptoms were increased with drive for thinness, bulimia, ineffectiveness, interoceptive awareness and maturity fears. The anxiety symptoms in patients with eating disorders were dependent on the drive for thinness, bulimia, interpersonal distrust and interoceptive awareness.

Conclusion. Depression and anxiety disorders should be regarded as essential clinical appearances and taken into account in psychotherapeutic and pharmacological treatment of eating disorders.

Wstęp

W literaturze przedmiotu zaburzenia emocjonalne (depresyjne i lękowe) są często podejmowanym tematem, gdyż figurują one jako jedne z najczęściej występujących objawów klinicznych u osób z zaburzeniami odżywiania się [1–3]. Następstwo występowania omawianych zaburzeń w odniesieniu do jadłowstrętu psychicznego i bulimii pozostaje dyskusyjne: zaburzenia depresyjne i lękowe poprzedzają jadłowstręt psychiczny i bulimie czy są do nich wtórne? Kwestia jest sporna. Według wyników badań przeprowadzonych

przez Bulika i wsp. [4] zaburzenia lękowe poprzedzają początek zarówno anoreksji, jak i bulimii. Wyniki badań Godarta i wsp. [2] także potwierdzają dominancę zaburzeń lękowych przed pojawieniem się jadłowstrętu psychicznego w mniej więcej dwóch trzecich przypadkach (75%) badanych dziewcząt ($n = 29$). Autorzy ci wysunęli hipotezę, w myśl której zadaniem zaburzeń odżywiania się jest obniżenie zaburzeń lękowych. Inni badacze uważają, że zaburzenia depresyjne i lękowe rozwijają się wtórnie do zaburzeń odżywiania się. Według Diehla i wsp. [1] jadłowstręt psychiczny jest następstwem depresji, lęku dotyczącego własnego wyglądu/fizyczności (social physique anxiety) i nadmiernych ćwiczeń fizycznych. Również Braun i wsp. [5] twierdzą, że anoreksja i bulimia pojawiają się przed zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi.

Zaburzenia odżywiania się mogą także współwystępować z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi (liczni autorzy [6–8] wskazują na występowanie wysokiej współzachorowalności (co-morbidity) na zaburzenia odżywiania się i zaburzenia emocjonalne), przy czym mechanizm etiopatogenetyczny w obu przypadkach może być różnorodny: biologiczny (np. depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, nawracająca depresja), psychologiczny (depresja wynikająca z wyniszczenia) lub wieloczynnikowy. Nadmierna koncentracja osób z zaburzeniami odżywiania się na własnym wyglądzie (często niezadowolone z własnej sylwetki), dążenie do bycia szczupłą czy ograniczanie posiłków prowadzą często do objawów obsesyjno-kompulsywnych oraz zaburzeń afektywnych w postaci depresji i stanów dysforii. Zaburzenia depresyjne i lękowe współlistnieją (pod różną postacią) z jadłowstrętem psychicznym w 50%–75% [9]. Zaburzenia depresyjne charakteryzują się pogarszaniem nastroju (przygnębieniem), utratą zainteresowań i radości życia oraz zmniejszaniem się energii życiowej [10]. Niskie poczucie własnej wartości, osobowość obsesyjna, niekorzystne przeżycia w dzieciństwie oraz utrudniające adaptację negatywne schematy myślenia o sobie i innych stanowią mogą psychologiczne czynniki ryzyka depresji [11].

Jeżeli chodzi o wyjaśnienie źródła zaburzeń depresyjnych istnieją trzy główne teorie (modele: biologiczny, psychodynamiczny oraz poznawczy) i chociaż uzupełniają się one wzajemnie, każda z nich skupia się na innym aspekcie choroby. Model biologiczny zakłada, że depresja jest zaburzeniem funkcjonowania ciała. Jej przyczynę stanowi niedobór amin biogenicznych, wspomagających przekazywanie impulsów nerwowych w synapsach, pomiędzy neuronami [12]. Według modelu psychodynamicznego źródła zaburzeń depresyjnych tkwią w interioryzacji złości, nadmiernej zależności od wewnętrznych źródeł samooceny oraz bezzadności w osiąganiu celów [12]. Natomiast poznawczy model depresji, który najbliższy jest autorce, przyjmuje, że zasadniczą przyczyną objawów depresyjnych jest tzw. triada poznawcza: negatywne myśli o sobie, o otaczającej rzeczywistości (przeszłych i obecnych doświadczeniach) oraz o przyszłości [13].

Depresja rozumiana jest jako zaburzenie psychiczne charakteryzujące się nasilonymi objawami emocjonalnymi (smutek, uczucie lęku, utrata radości życia, utrata zainteresowań, dystans do ludzi, poczucie alienacji), poznawczymi (niska samoocena, negatywny obraz własnej osoby, poczucie niekompetencji, samokrytyka), motywacyjnymi (brak inicjatywy, trudność w podejmowaniu decyzji) oraz somatycznymi (spadek lub przyrost wagi ciała, zaburzenia snu, zmęczenie, złe samopoczucie).

Według definicji Kaplana i wsp. [14, s. 102] „lęk jest stanem psychopatologicznym charakteryzującym się uczuciem zagrożenia, któremu towarzyszą oznaki wzmożonej aktywności autonomicznego układu nerwowego”. To negatywny stan emocjonalny (proces wewnętrzny) związany z antycypacją niebezpieczeństwa pochodzącego z zewnątrz lub z wewnątrz organizmu przejawiający się uczuciem niepokoju, napięcia, zagrożenia.

Pomimo że zaburzenia depresyjne i lękowe, według kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV oraz ICD-10, uznawane są za odrębne grupy zaburzeń psychicznych, obecnie owo rozgraniczenie klasyfikacyjne nie jest już tak oczywiste, jeśli weźmie się pod uwagę praktykę zarówno kliniczną, jak i wyniki badań epidemiologicznych [15]. Oba te zaburzenia wzajemnie się przenikają (wykazując duży stopień współwystępowania), choć w określonych sytuacjach mogą być wyraźnie zróżnicowanymi kategoriami diagnostycznymi („czyste” stany lękowe bez depresji).

Cel badań

Celem pracy była próba oceny nasilenia objawów depresji i lęku oraz poznawczo-behavioralnych aspektów zaburzeń odżywiania się u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym i bulimią, a także sprawdzenie związku objawów depresyjnych i lękowych z zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania się (mierzonymi za pomocą Kwestionariusza EDI).

Grupa badana

Badaniami objęto grupę 60 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, według kryteriów ICD-10 [10] oraz DSM-IV [16]. Dziewczęta leczone były w Instytucie Ericksonowskim w Katowicach, na Oddziale Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu oraz w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach. Z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego było 30 osób. Grupa z rozpoznaniem żarłoczności psychicznej liczyła 30 dziewcząt. Grupa kontrolna składała się z 60 studentek Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup

	Jp (n = 30)		B (n = 30)		Jp + B (n = 60)		Gk (n = 60)		Jp v Gk	B v Gk	Jp + B v Gk	Jp v B
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	p	p	p	p
Wiek w latach	20,17	1,44	21,23	2,30	20,70	1,97	20,57	1,81	NS	NS	NS	NS
BMI	16,52	0,81	21,07	1,25	18,80	2,52	20,65	2,48	0,001	NS	0,001	0,001
Czas trwania choroby w miesiącach	32,69	11,06	31,20	14,30	31,93	12,72	–	–	NS	NS	NS	NS

Legenda: Jp — jadłowstręt psychiczny, B — bulimia, Jp + B — jadłowstręt psychiczny i bulimia, Gk — grupa kontrolna, Jp v Gk — jadłowstręt psychiczny versus grupa kontrolna, B v Gk — bulimia versus grupa kontrolna, Jp + B v Gk — jadłowstręt psychiczny i bulimia versus grupa kontrolna, Jp v B — jadłowstręt psychiczny versus bulimia.

Metoda badań

Do oceny nasilenia objawów lęku i depresji zastosowano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) opracowaną przez Zigmonda i Snaitha [17], zawierającą odrębną punktację dla lęku (HADS – A) i depresji (HADS – D).

W badaniu wykorzystano również Inwentarz Zaburzeń Odżywiania się (Eating Disorder Inventory, EDI) Garnera, Olmsted i Polivy [18], który dotyczy postaw i zachowań związanych z jedzeniem, i pozwala na charakterystykę poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania się. Kwestionariusz EDI składa się z 64 itemów rozdzielonych na 8 podskal: (1) dążenie do utrzymania szczupłej sylwetki (drive for thinness), (2) bulimia (bulimia), (3) niezadowolenie z własnego ciała (body dissatisfaction), (4) nieskuteczność (ineffectiveness); (5) perfekcjonizm (perfectionism), (6) nieufność w relacjach interpersonalnych — dystans społeczny (interpersonal distrust), (7) świadomość bodźców płynących z ciała (interoceptive awareness) oraz (8) lęk przed dojrzałością (maturity fear).

Analiza statystyczna

Uzyskane w badaniach dane zostały opracowane za pomocą metod statystycznych zawartych w programie SPSS wersja 12.0 (2004). Do zbadania istotności różnic między badanymi grupami posłużono się analizą wariancji ANOVA. W kolejnym etapie pracy obliczono współczynniki korelacji *r* Pearsona między objawami depresji i lęku a poznawczo-behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania się. Przyjęty poziom istotności „*p*” wynosił 0,05 (przedział dwustronny).

Wyniki

Analiza wyników składała się z dwóch etapów. W pierwszym porównano średnie wyniki w skali HADS oraz kwestionariuszu EDI dla grup eksperymentalnych i grupy kontrolnej. W drugim etapie zbadano związki między objawami depresji i lęku a zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania się.

W porównaniu średnich wyników objawów depresyjnych i lękowych stwierdzono istotne różnice pomiędzy badanymi pacjentkami z zaburzeniami odżywiania się a zdrową populacją (tabela 2).

Tabela 2. Średnie wyniki w skali HADS dla badanych grup

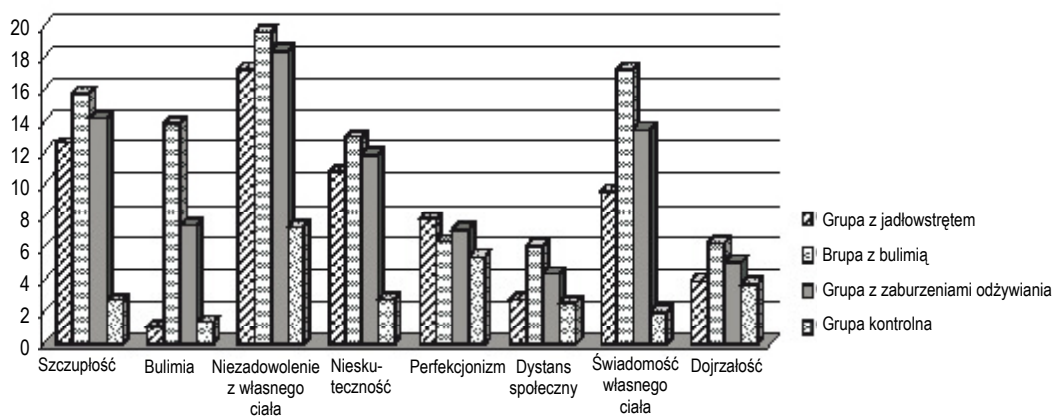
Szpitalna Skala Depresji i Lęku	Jp (n = 30)		B (n = 30)		Jp + B (n = 60)		Gk (n = 60)		Jp v Gk	B v Gk	Jp + B v Gk	Jp v B
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	p	p	p	p
(HADS)												
Depresja	3,40	1,54	6,26	2,98	4,83	2,76	4,01	3,27	NS	0,05	NS	0,001
Lęk	8,20	1,80	12,30	3,71	10,25	3,55	9,63	4,11	NS	0,01	NS	0,001

U osób z bulimią poziom depresji oraz lęku jest istotnie wyższy w porównaniu ze zdrowymi studentkami oraz pacjentkami z jadłowstrętem psychicznym.

Analiza wariancji ANOVA ujawniła statystycznie istotne różnice między poznawczo-behavioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania się w badanych grupach. Średnie wyniki poszczególnych grup prezentuje tabela 3 i wykres 1.

Tabela 3. Średnie wyniki w kwestionariuszu EDI dla badanych grup

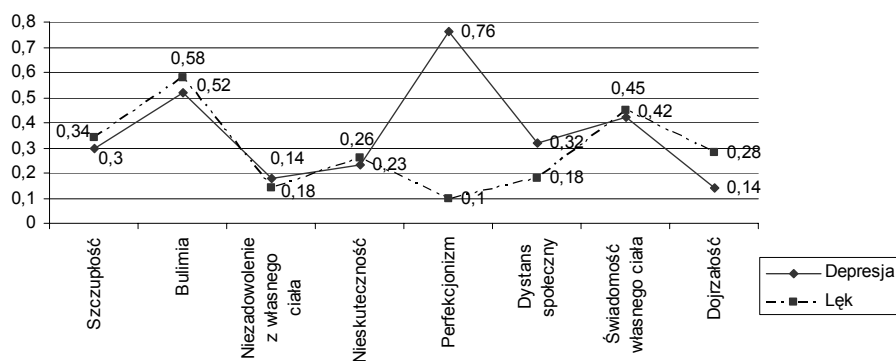
Skale Inwentarza Zaburzeń Odżywiania się	Jp (n = 30)		B (n = 30)		Jp + B (n = 60)		Gk (n = 60)		Jp v Gk	B v Gk	Jp + B V Gk	Jp v B
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	p	p	P	p
Szczupłość	12,63	4,03	15,76	2,31	14,20	3,62	2,75	3,81	0,001	0,001	0,001	0,001
Bulimia	1,10	1,37	13,83	4,06	7,46	7,09	1,40	2,18	NS	0,001	0,001	0,001
Niezadowolenie z własnego ciała	17,26	7,05	19,63	3,29	18,45	5,58	7,35	6,67	0,001	0,001	0,001	NS
Nieskuteczność	10,83	5,40	13,06	5,45	11,95	5,49	2,78	3,58	0,001	0,001	0,001	0,05
Perfekcjonizm	7,90	4,30	6,43	3,10	7,16	3,79	5,46	4,30	0,01	NS	0,05	NS
Dystans społeczny	2,76	3,97	6,16	5,21	4,46	4,91	2,61	3,38	NS	0,001	0,01	0,01
Świadomość własnego ciała	9,66	6,40	17,33	4,07	13,50	6,58	2,10	2,94	0,001	0,001	0,001	0,001
Dojrzałość	3,96	3,67	6,36	3,04	5,16	3,55	3,73	2,33	NS	0,001	0,01	0,01



Wykres 1. Porównanie średnich wyników w skali EDI dla poszczególnych grup

Drugi etap analizy dostarczył informacji o związkach między objawami depresji i lęku a zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania się. Objawy lękowe u dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym istotnie korelowały z obawą przed dojrzałością ($r = 0,40$; $p \leq 0,05$), natomiast u pacjentek z bulimią były istotnie związane z dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki ($r = 0,45$; $p \leq 0,05$).

Na wykresie 2 przedstawione zostały wyniki analizy korelacyjnej między poszczególnymi skalami Kwestionariusza EDI a objawami depresyjnymi i lękowymi w grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania się.



Wykres 2. Korelacje pomiędzy skalą HADS a skalami kwestionariusza EDI w grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania się

Współczynniki korelacji między objawami depresji a poznawczo-behavioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania się zawierają się w przedziale od $r = 0,30$ do $r = 0,76$. Objawy depresyjne miały istotne, pozytywne znaczenie dla szczupłości ($p \leq 0,05$), bulimii ($p \leq 0,01$), dystansu społecznego ($p \leq 0,05$) i świadomości własnego ciała ($p \leq 0,05$). Do najwyższej korelujących z objawami depresyjnymi należały zachowania bulimiczne i świadomość własnego ciała.

Z kolei objawy lęku były istotnie związane z dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki ($p \leq 0,05$), bulimią ($p \leq 0,01$), nieskutecznością ($p \leq 0,05$), świadomością własnego ciała ($p \leq 0,01$), lękiem przed dojrzałością ($p \leq 0,05$) (korelacje w przedziale $r = 0,28$ do $r = 0,58$). Najwyższe współczynniki korelacji wskazywały na bulimię i świadomość własnego ciała.

W grupie kontrolnej objawy depresyjne miały istotne, pozytywne znaczenie dla nieskuteczności ($r = 0,25$; $p \leq 0,05$) i dystansu społecznego ($r = 0,40$; $p \leq 0,01$). Natomiast, objawy lękowe były istotnie związane z nieumiejętnością kontrolowania własnego życia ($r = 0,29$; $p \leq 0,05$), nieufnością w relacjach interpersonalnych ($r = 0,38$; $p \leq 0,05$) i świadomością własnego ciała ($r = 0,37$; $p \leq 0,05$).

Omówienie wyników

Rezultaty zaprezentowanych w niniejszym artykule badań ukazują, że dziewczęta chore na bulimię charakteryzują się istotnie wyższym poziomem depresji i lęku w porównaniu z grupą kontrolną i grupą pacjentek z anoreksją. Większe nasilenie zaburzeń emocjonalnych u osób z zaburzeniami odżywiania się w porównaniu ze zdrową populacją zostało potwierdzone również przez innych autorów [19, 20]. W badaniach przeprowadzonych przez Dagleisha i wsp. [21] pacjentki z bulimią ($n = 15$) miały istotnie wyższy poziom depresji i lęku niż grupa kontrolna ($n = 22$) (takie same wyniki uzyskano w prezentowanych badaniach), w porównaniu zaś z chorymi na jadłowstręt ($n = 18$) poziom ten był istotnie

niższy (odwrotne wyniki uzyskała autorka niniejszego artykułu). Piran i wsp. [22] zauważyli, że u pacjentów z bulimią częstość kompulsywnych zachowań bulimicznych (binges) i przeczyszczania się koreluje z głębokim poziomem lęku. Wyniki badań Victora Fornari i wsp. [23] dowiodły, że występowanie zaburzeń lękowych jest przeważnie dwa bądź trzy razy poważniejsze u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się niż wśród zdrowej populacji. Wyniki uzyskane przez Herzoga [24] wskazują, że u 23,6% badanych kobiet z bulimią (łącznie w badaniach brały udział 82 osoby z zaburzeniami odżywiania się) występuje wysoki poziom depresji.

W prezentowanych badaniach grupa chorych na jadłowstręt psychiczny, w porównaniu z pacjentkami z bulimią, charakteryzowała się istotnie mniejszym dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki, rzadszymi zachowaniami bulimicznymi, większą nieumiejętnością kontrolowania własnego życia, mniejszą nieufnością w relacjach interpersonalnych, mniejszą świadomością własnego ciała i mniejszą obawą przed dojrzałością.

Podobne wyniki otrzymali Bloks i wsp. [25]. Różnica w średnich wynikach obu badanych przez nich grup (68 pacjentek z jadłowstrętem i 42 pacjentki z bulimią) była istotna statystycznie. Dziewczęta z jadłowstrętem, w porównaniu z osobami z bulimią, osiągnęły niższe wyniki w skalach: szczupłość, bulimia, nieskuteczność oraz świadomość bodźców płynących z ciała. Odwrotnie niż w otrzymanych przez autorkę przedstawionych badań wynikach, grupa dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym badana przez Bloksa i wsp. [25] charakteryzowała się większym dystansem społecznym oraz większą obawą przed dojrzałością niż pacjentki z bulimią. Dodatkowo, różnice istotne statystycznie w badanych grupach wystąpiły w skali niezadowolenia z własnego ciała i perfekcjonizmu. U dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym niezadowolenie z własnego ciała było mniejsze niż u pacjentek z żarłocznością psychiczną. Również w skali dotyczącej perfekcjonizmu chore na anoreksję uzyskały słabszy- wynik niż osoby z bulimią. W prezentowanych przez autorkę badaniach różnice istotnie statystyczne wystąpiły pomiędzy wszystkimi skalami kwestionariusza EDI (grupa z zaburzeniami odżywiania się versus grupa kontrolna). Podobne wyniki uzyskali Espelage i wsp. [26]. Grupa pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (n = 44) osiągnęła istotnie wyższe wyniki we wszystkich skalach, poza obawą przed dojrzałością (brak istotnych statystycznie różnic), niż grupa kontrolna (n = 44).

W badanej grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się stwierdzono pogłębianie się objawów lęku wraz z dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki, zachowaniami bulimicznymi, nieumiejętnością kontrolowania własnego życia, świadomością własnego ciała oraz lękiem przed dojrzałością. Objawy depresji natomiast pozostały zależne od dążenia do utrzymania szczupłej sylwetki, bulimii, nieufności w relacjach interpersonalnych i świadomości własnego ciała.

U osób z zaburzeniami odżywiania się dążenie do szczupłej sylwetki może mieć na celu niwelowanie nieprzyjemnych uczuć i emocji i tym samym poprawę ogólnego nastroju. Przekonanie chorych, że bycie szczupłą i (przesadna) dbałość o własny wygląd są tożsame z byciem szczęśliwą i osiąganiem życiowych sukcesów, wzmacnia chęć ograniczania ilości spożywanego pokarmu i tym samym poprawia nastrój dziewcząt. Nadmierne zaabsorbowanie kształtem i wagą własnego ciała prowadzi do tego, że głównym wyznacznikiem poczucia własnej wartości jest szczupła sylwetka. Dążeniu do bycia szczupłą towarzyszy stale utrzymujący się lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością oraz rozwijające się

silne subiektywne wrażenie zaburzenia obrazu estetyki własnego ciała (dysmorfofobia; body dysmorphic disorder), a tym samym własnego „ja”. Wilson i wsp. [27] postulują, że definicja jadłowstrętu psychicznego powinna zostać zastąpiona nowym pojęciem: fat phobia (fobia tłuszczu), phobic fear of being fat (foniczny lęk przed byciem otyłym). Autorzy twierdzą, że winna być ona traktowana jako jeden z czynników predysponujących do psychopatologii zaburzeń odżywiania się. Można pokusić się o stwierdzenie, że u pacjentek z jadłowstrętem lęk przed byciem otyłą osiąga poziom fobii i doprowadza do wyniszczenia, zarówno biologicznego, jak i psychicznego, natomiast w przypadku kobiet z żarłocznością psychiczną objawia się on zachowaniami kompensacyjnymi (z powodu nieumiejętności kontrolowania ilości spożywanego pokarmu, osoby poddają się impulsowi objadania się, by zaś utrzymać wagę ciała — przeczyszczają się).

Związek zachowań bulimicznych z objawami depresji i lęku jest często podejmowanym tematem badań. Wyniki badań przeprowadzonych przez Katzmana i Wolchika [28] dowodzą, że depresja pozytywnie koreluje z zachowaniami bulimicznymi oraz dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki. Są również prace, które z lęku czynią element osiowy zaburzeń odżywiania się. W takim podejściu, pacjentki z bulimią nie wymiotują po to, by zrekompensować skutki objadania się, ale objadają się po to, by potem wywoływać redukujące lęk wymioty [29].

Nieufność w relacjach interpersonalnych (postawa obronna wobec innych ludzi) również znacząco wpływa na doświadczanie nieprzyjemnych emocji. W związku z tym, iż osoby z zaburzeniami odżywiania się charakteryzuje duża zależność społeczna (potrzeba aprobaty społecznej, zwracanie uwagi otoczenia), pozostawanie w bliskich relacjach z innymi ludźmi wydaje się istotne dla emocjonalnego nastroju. Ponieważ u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym występuje duża wrażliwość na krytykę społeczną, wszelka dezaprobatą, negatywny osąd czy niekorzystna opinia innych powodują reakcje lękowe lub depresyjne [30], z drugiej zaś strony — dystansowanie się w relacjach społecznych może wynikać z postrzegania otoczenia jako wrogiego, agresywnego czy egocentrycznego. Negatywny obraz innych ludzi może być efektem posługiwania się destruktywnymi, obronnymi mechanizmami projekcji przez osoby z negatywnym obrazem siebie [31]. Zniekształcając rzeczywistość społeczną, mechanizmy te potęgują konflikty interpersonalne i tym samym izolację emocjonalną oraz społeczną.

Nieumiejętność kontrolowania własnego życia, jak również brak świadomości bodźców płynących z własnego ciała, mogą wpływać na utrzymujący się nastrój depresyjny i lękowy. U pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i bulimią w dużej mierze zaburzone są procesy poznawcze. Jak podkreślają Laessle i wsp. [32], wpływają one na rozwój i utrzymywanie się zaburzeń depresyjnych. Bruch [33] uważa, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania się mają nierealistyczny obraz swojego ciała, nie są w stanie odpowiednio rozpoznać doznań fizycznych (związanych szczególnie z uczuciem głodu i sytości), jak również mają poczucie braku efektywności własnego działania. Lask i Bryant-Waugh [34] postulują, że chore na jadłowstręt psychiczny postrzegają swoje działania jedynie jako wtórne do żądań innych osób bądź też czują się podporządkowane wymogom sytuacji, czego następstwem jest utrata świadomości własnych potrzeb, myśli, uczuć oraz niezdolność rozpoznawania sygnałów wysyłanych przez własne ciało.

U pacjentek z anoreksją objawy lęku miały związek z lękiem przed dojrzałością. W wyjaśnianiu patogenezy jadłowstrętu psychicznego autorzy często podkreślają nieświadomą odmowę bycia dorosłą oraz posiadania kobiecego ciała. Zwolennicy psychoanalizy objawom anoreksji przypisują znaczenie symboliczne, wskazujące na wewnętrzne, głęboko ukryte, konflikty. Dziewczeta zaprzeczają własnej seksualności i w konsekwencji dążą do pozbycia się, przez skrajne głodzenie się, pojawiających się w okresie dojrzewania zewnętrznych, płciowych cech kobiecych. Daje to podstawy do przypuszczenia, że u podłoża zaburzenia leży lęk lub niechęć przed stawianiem się dorosłą kobietą, lub co najmniej niepewność, dotycząca własnych możliwości bycia kobietą oraz sprostania seksualnym i prokreacyjnym konsekwencjom tej roli [35]. Osoby z zaburzeniami odżywiania się cechuje negatywny stosunek do sfery seksualnej, a co za tym idzie — problemy z odbiorem własnej seksualności (zaniechanie zachowań seksualnych w jadłowstręcie psychicznym, liczne doświadczenia seksualne w bulimii).

Jedzenie traktować można jako „źródło miłości względnie stałe i dostępne” (*une source d’amour relativement constante et disponible*) [w: 36, s. 38]. Zatem odmawianie sobie tej przyjemności tożsame jest z brakiem uczucia miłości — świadczy o tym, że osoba, która decyduje się na drakońską dietę (świadoma odmowa jedzenia) lub nadmiernie objada się i przeczyszcza, nie czuje się kochana. Przypuszczać można, że przez swoje zachowania stara udowodnić sobie, że stać ją na niezależność i samodzielność. Ta błędna interpretacja wynika z braku umiejętności rozpoznawania własnych problemów.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, że poziom depresji i lęku u pacjentek z bulimią jest istotnie wyższy w porównaniu z grupą kontrolną i grupą chorych na jadłowstręt psychiczny. Występowanie objawów depresyjnych i lękowych sugeruje zatem konieczność przeprowadzenia kompleksowego leczenia medyczno-psychologicznego z uwzględnieniem tych obszarów, które ukierunkowane są zarówno na psyche, jak i somę.

W zachowaniach charakterystycznych dla badanych dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się stwierdzono pogłębianie się objawów lęku wraz z dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki, zachowaniami bulimicznymi, nieumiejętnością kontrolowania własnego życia, zaburzeniem w percepcji bodźców płynących z własnego ciała oraz obawą przed dojrzałością. Objawy depresji natomiast pozostały zależne od dążenia do utrzymania szczupłej sylwetki, bulimii, nieufności w relacjach interpersonalnych i świadomości własnego ciała.

Piśmiennictwo

1. Diehl SN, Jonhson CE, Rogers RL, Petrie TA. Social physique anxiety and disordered eating: what’s the connection? *Addict. Behav.* 1998; 23 (1): 1–6.
2. Godart NT, Perdereau P, Jeammet P, Flament MF. Comorbidité et chronologie d’apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. *Ann. Med. Psychol.* 2003; 161: 498–503.
3. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1991; 48: 712–718.

4. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 96: 101–107.
5. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.* 1994; 24: 859–867.
6. Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M, Skolnick N, Katz J. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 1992; 12 (1), 21–29.
7. Laessle RG, Wittchen HU, Fichter MM, Pirke KM. The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: lifetime frequency of psychiatric disorders. *Int. J. Eat. Disorder* 1989; 8: 476–482.
8. Mitchell JE, Speckert SM, DeZwaan M. Comorbidity and medical complication of bulimia nervosa. *J. Clin. Psychiatry* 1991; 52: 13–20 .
9. Halmi KA. Eating disorder. W: Sadock BJ, Sadock VA, red. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 7th edition, vol. 2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000, s. 1663–1677.
10. The ICD–10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnosis guidelines. Geneva: WHO; 1992.
11. Baldwin DS, Hirschfeld RMA. *Depresja*. Gdańsk: Via Medica; 2001.
12. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1994.
13. Beck AT. *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. *Psychiatria kliniczna*. Wydanie I. Wrocław: Urban & Partner; 1998.
15. Araszkiwicz A. Zaburzenia depresyjne i lękowe w podstawowej opiece zdrowotnej – rozpoznawanie i diagnostyka. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2001; 1: 1–10.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
17. Zigmond A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 6: 361–370.
18. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. The Eating Disorder Inventory: a measure of cognitive–behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. W: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV, red. *Anorexia nervosa: recent developments in research*. New York: Alan R. Liss; 1983, s. 173–184
19. Grubb HJ, Sellers MI, Waligroski K. Factors related to depression and eating disorders: self-esteem, body image, and attractiveness. *Psychol. Rep.* 1993; 72 (31): 1003–1010.
20. Poikolainen K, Kanerna R, Marttunen M, Lönnqvist J. Defence styles and other risk factors for eating disorders among female adolescents: a case-control study. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2001; 9: 325–334.
21. Dalgleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, de Silva P, Treasure J. Perceived control of events in the world in eating disorders: A preliminary study. *Pers. Individ. Differ.* 2001; 31: 453–460.
22. Piran N, Kennedy S, Garfinkel PE, Owens M. Affective disturbance in eating disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1985; 173: 395–400.
23. Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M, Skolnick N, Katz J. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disorder* 1992; 12: 21–29.
24. Herzog DB. Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am. J. Psychiatry* 1984; 141(12): 1594–1597.

25. Bloks H, Spinhoven P, Callewaert I, Willemse-Koning C, Turksma A. Changes in coping styles and recovery after inpatient treatment for severe eating disorders. *Eur. Eat. Dis. Rev.* 2001; 9: 397–415.
26. Espelage DE, Quittner AL, Sherman R, Thompson R. Assessment of problematic situations and coping strategies in women with eating disorders: initial validation of a situation — specific problem inventory. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 2000; 22 (3): 271–297.
27. Wilson CP, Hogan CC, Mintz IL, red. *Fear of being fat: the treatment of anorexia nervosa and bulimia.* New York: Jason Aronson; 1985.
28. Katzman M.S, Wolchik S.A. Bulimia and binge eating in college women: a comparison of personality and behavioral characteristics. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1984; 52: 423–428.
29. Pilecki M. Podstawy terapii poznawczo-behavioralnej zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* Kraków: Collegium Medicum UJ; 1999, s. 83–87.
30. Mikołajczyk E, Samochowiec J, Śmiarowska M, Syrek Sz. Analiza wymiarów temperamentu i charakteru u dorosłych kobiet z zaburzeniami odżywiania się. *Psychiatr. Pol.* 2004; 6: 1043–1054.
31. Pawłowska B, Chuchra M, Masiak M. Obraz siebie a obraz innych ludzi w percepcji pacjentek chorych na jadłowstręt psychiczny. *Psychiatr. Pol.* 2004; 6: 1019–1030.
32. Laessle RG, Kittl, S, Fichter MM, Pirke KM. Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. *Int. J. Eat. Disorder* 1988; 7: 863–869.
33. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* 1962; 24: 187–194.
34. Lask B, Bryant-Waugh R. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 1992; 33(1): 281–300.
35. Popielarska A, Muffczyńska-Kotowska M. Jadłowstręt psychiczny – anorexia nervosa. W: Popielarska A, Popielarska M, red. *Psychiatria wieku rozwojowego.* Warszawa: PZWL; 2000, s. 105–112.
36. Hornbacher M. Piégée. *Mémoires d'une anorexique.* Paris: Bayard; 1999.

Adres: Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach,
Zakład Psychologii Ogólnej
ul. Grażyńskiego 53
40-126 Katowice