

Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}, Ewa Stachowiak²

OBJAWY OBSESYJNO-KOMPULSYJNE, DEPRESYJNOŚĆ I LĘK W PRZEBIEGU JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO. PROPOZYCJA ICH ROZUMIENIA W PERSPEKTYWIE ADOLESCENCJI

OBSESSIVE-COMPULSIVE, DEPRESSIVE AND ANXIETY SYMPTOMS IN PATIENTS WITH
ANOREXIA NERVOSA. A PROPOSED UNDERSTANDING IN THE ADOLESCENT PERSPECTIVE

¹Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

²Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii w Sosnowcu
Kierownik: dr n. med. Andrzej Siwiec

adolescence
depression
depressiveness
anxiety
anorexia nervosa

W artykule przedstawione są wyniki pracy badawczej, której celem było zbadanie związków pomiędzy występowaniem i nasileniem objawów obsesyjno-kompulsyjnych, depresyjności i lęku a jadłowstrętem psychicznym. Grupa badawcza — dziewczęta chorujące na jadłowstręt psychiczny — była badana czterokrotnie: przy przyjęciu do oddziału, po dwóch, trzech i sześciu miesiącach leczenia. W badaniu użyte zostały metody kwestionariuszowe: Skala Dziecięca Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown (CY-BOCS), Skala Depresji Hamiltona oraz Kwestionariusz STAI C.D. Spielbergera.

Summary

Aims and the studied group. The aim of the presented paper is to assess the correlations between the studied group of anorexia nervosa (AN) patients and the control group as far as the presence and intensification of obsessive-compulsive symptoms, depressive symptoms and anxiety during a 6-month observation. 50 AN patients aged 12.5–24 and 20 healthy control group girls aged 18–19 participated in the study. The AN diagnosis was based on ICD-10 and DSM-IV criteria.

Results. The assessment of intensification of obsessive-compulsive symptoms did not reveal a statistically significant difference between both studied groups. There was a statistically significant correlation of depressive symptoms in AN patients upon admission to the Ward as well as after 6 months of treatment. There was also a statistically significant intensification of anxiety as a state in AN patients upon admission to the Ward and after 2 months of treatment. And there was also a statistically significant intensification in anxiety as a trait in AN patients but only upon admission to the Ward.

Conclusions. 1. Extra caution is recommended when making a double diagnosis, i.e. AN and obsessive-compulsive disorder, AN and depression or AN and anxiety disorder, keeping in mind the diagnostic criteria. 2. Depressive, anxiety and obsessive-compulsive symptoms are not specific for all diagnosed AN patients. The fact that similar depressive, obsessive-compulsive and anxiety symptoms were present in both AN patients and in the control group, may suggest the presence of adolescence-specific psychic manifestations, rather than AN-specific co-occurring symptoms.

Wstęp

1. 1. Adolescencja w ujęciu psychodynamicznym i w perspektywie systemowej

Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa, AN) najczęściej ujawnia się w okresie dorastania (adolescencji). Dorastanie należy rozpatrywać w kontekście czynników indywidualnych (osobowościowych), środowiskowych (społeczno-ekonomicznych) i rodzinnych [1]. W perspektywie strukturalnej terapii rodzin, rodziny chorych na AN wykazują następujące charakterystyczne cechy: uwikłanie, nadopiekuńczość, małą tolerancję konfliktu, sztywność i włączenie dziecka w konflikt rodzicielski [1]. Cechy te utrudniają podejmowanie zadań, jakie stoją przed adolescentem określonych wg Havighursta [za: 2], są to: osiągnięcie niezależności osobistej, rozwijanie postaw wobec grup społecznych i instytucji, tworzenie nowych, bardziej dojrzałych więzi między rówieśnikami obojga płci, ukształtowanie roli męskiej bądź kobiecej, osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób dorosłych, przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie, zrobienia kariery zawodowej i zdobycie finansowej, rozwijanie własnego systemu wartości i dążenie do odpowiedzialności społecznej.

Postawa rodziców powinna ułatwiać realizację tych zadań w taki sposób, aby rozpoczęty w okresie dziecięcym proces separacji-indywiduacji został zakończony bez poczucia winy obu stron. Do postaw rodzicielskich utrudniających proces adolescencji zalicza się: nadmierną uległość wobec dziecka i przyjmowanie jego krytycznych uwag lub zbyt dużą protekcyjność i chęć sztucznego utrzymywania dawnych norm i zasad. Z drugiej strony szczególnie modyfikacja idealnego obrazu rodziców na obraz bardziej realistyczny „rodziców dość dobrych”, utworzenie bardziej realistycznego i dojrzałego „obrazu ja”, znalezienie kompromisu pomiędzy ciałem realnym a idealnym oraz wzięcie odpowiedzialności za własne pragnienia seksualne wraz z dokonaniem dojrzałego wyboru obiektu seksualnego — wydają się jednymi z najważniejszych w procesie dorastania.

Adolescencja jest procesem zmiany na wielu poziomach (biologiczno-psychicznych), a poprzez to okresem trudnym dla młodej osoby i jej rodziny, zagrażającym wieloma kryzysami. To czas, który wymaga stworzenia nowych struktur adaptacyjnych i mechanizmów obronnych adekwatnych do zachodzących zmian, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Wobec tych trudnych zadań uruchamiają się mechanizmy obronne, uznane wg psychoanalityków za charakterystyczne postawy dla wcześniejszych okresów rozwoju.

Do zewnętrznych manifestacji adolescencji, spowodowanych wewnętrznymi konfliktami i zmianami w obrębie struktury psychicznej u dorastającego, należą: maniakalny, wielkościowy nastrój jako zaprzeczenie własnym lękom wynikającym z braku kompetencji, bezradności i „utruty” opiekuńczych rodziców, zmiana idealizacyjnego stosunku do rodziców na pogardę i krytyczną postawę wobec nich i innych dorosłych, podejmowanie działań podkreślających własną niezależność i testowanie swoich możliwości, podawanie w wątpliwość spostrzeżeń i przekonań, jak również poglądów przekazanych przez rodziców i innych dorosłych, w celu kształtowania osobistego sumienia i systemu wartości.

Zajmującym się adolescencją znany jest fakt, iż akceptacja przekonań rodziców musi przynajmniej częściowo zostać wewnętrznie zniszczona po to, aby adolescent mógł wypracować własne wartości. Dlatego też bunt młodego człowieka przeciw wartościom

proponowanym przez „ważnych dorosłych” okazuje się niezbędny do tworzenia zrębów własnej tożsamości.

Kolejne zewnętrzne manifestacje, spowodowane wewnętrznymi konfliktami i zmianami w obrębie struktury psychicznej adolescenta, to: depresyjna reparacyjna troska o rodziców jako próba poradzenia sobie z wyrzutami sumienia za destrukcyjne ataki (w rzeczywistości lub fantazji) na nich, co w rzeczywistości psychicznej odzwierciedla się w postaci depresyjności, skłonności do melancholii czy też odczuwania niepokoju lub lęku. Powszechnie jest w tym wieku znajdowanie substytutów modeli do naśladowania i podziwiania w ramach poszukiwania zastępczych obiektów idealizacji i identyfikacji poza rodziną, konieczne jako sposób na uzyskanie całościowego zwyczajnego obrazu rodzica, co jest warunkiem bezpiecznej separacji.

Zmiany w obrębie własnej fizyczności, psychiki oraz mieszanka różnorodnych emocji związanych z nimi prowokują młodego człowieka do skupiania się na sobie samym. Choć młoda osoba tkwi w otchłani niepewności co do własnej wartości, wyglądu, miejsca na ziemi itp., to przejściowe poczucie bezpieczeństwa osiągnięte jest poprzez nadawanie wyobrażeniu self wielkiej wagi. Określane jest to często narcyzmem młodzieńczym [3]. Skoncentrowaniu na self, samym siebie, własnym ciele towarzyszy jednoczesna rezygnacja, aczkolwiek przejściowa, z miłości do zewnętrznych obiektów i ludzi. W rzeczywistości obserwujemy u młodego człowieka okresowe wycofanie się z interakcji społecznych i zainteresowanie własną osobą — wycofuje się, by odzyskać poczucie siebie jako kogoś wyjątkowego, i otwiera się z powrotem, by znaleźć nowe, przyjemne możliwości nawiązywania relacji z przyjaciółmi, ze światem. Patologizację tych naprzemiennych procesów wycofywania się i wchodzenia w relacje możemy obserwować u pacjentek z AN, u których mamy do czynienia z narcystyczną kateksją w obrębie własnego ciała.

Równocześnie obserwuje się silną ambiwalencję w zakresie afektu, impulsów i zachowania. Stąd częste zmiany w wymiarach: miłość – nienawiść, aktywność – pasywność, męskość – kobiecość, fascynacja – obojętność i zależność – niezależność, oraz zregresowanie się do prymitywnych, skrajnych stanów emocjonalnych: wszystko – nic, dobre – złe (splitting). Ma miejsce również przechodzenie od aroganckiej złości i poczucia wielkości do poczucia bezradności i pragnienia zależności oraz przeżywanie intensywnego smutku związanego z definitywną i ostateczną rezygnacją z wszelkiej zależności od rodziców.

1. 2. Depresja a depresyjność

Obecnie w literaturze przedmiotu przeważa pogląd, oparty na założeniach teoretycznych, o jedności wszystkich zaburzeń afektywnych, przy czym należy odróżnić je od smutku i rozpacz dziecka lub adolescenta jako odpowiedzi na doświadczenia, zarówno stresujące, jak i traumatyczne [4]. Zaburzenia o obrazie depresyjnym pojawiające się w adolescencji są zaliczane w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV bądź do kategorii zaburzeń afektywnych, zaburzeń zachowania i emocji, zaburzeń somatogennych bądź do posttraumatycznych, zależnie od kontekstu [za: 5]. Jednocześnie występują takie sytuacje, gdy symptomy depresyjne nie składają się na obraz zespołu depresyjnego, ale pozostają na poziomie pojedynczych objawów, nierzadko towarzysząc innemu, podstawowemu zaburzeniu natury psychicznej. Należy pamiętać, że aby rozpoznać depresję o nasileniu

od łagodnej do ciężkiej muszą być spełnione określone kryteria diagnostyczne zawarte zarówno w klasyfikacji ICD-10, jak i DSM-IV [6, 7].

W ujęciu Kępińskiego depresja młodzieńcza to odrębny zespół, na który składają się zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia w zachowaniu, znaczne nasilenie autodestrukcji. Objawy te mogą występować w różnych konfiguracjach jako postać apatyczno-abuliczna, buntownicza, rezygnacyjna czy labilna. Objawy kliniczne depresji młodzieńczej to: zaburzenia nastroju pod postacią jego obniżenia lub dysforii, podwyższony poziom lęku, lęk przed przyszłością. Zaburzenia w sferze poznawczej głównie dotyczą trudności funkcjonowania w roli ucznia połączonych z niepowodzeniami szkolnymi, poczucia małej wartości, przekonania o nieuchronności niepowodzenia. Rozumiane są one jako błędne stereotypy poznawcze (niekoniecznie utrwalone), a obniżony poziom aktywności może być maskowany dysforią i zaburzeniami zachowania. Najczęściej rzucającymi się w oczy objawami depresji młodzieńczej są zaburzenia w zachowaniu i autodestrukcyjne zaburzenia zachowania [8].

Depresyjność jest doświadczana okresowo przez większość dorastających i jest konsekwencją intensyfikacji życia emocjonalnego w okresie adolescencji. Przy dużym nasileniu objawów oraz zaburzeń funkcjonowania może osiągnąć poziom kliniczny wymagający leczenia. W omawianym badaniu wskaźnikiem depresyjności było poczucie badanych o obecności objawów zaliczanych do symptomów depresyjnych. Można przyjąć, iż przy silnym nasileniu depresyjności można w badaniu klinicznym stwierdzić u nich depresję.

Z punktu widzenia analitycznego depresja jest ekspresją mechanizmów funkcjonowania osobowości, przejawiającą się depresyjnością, która jest widoczna zarówno w stylu, jak i w sposobie życia. Depresyjnemu stylowi życia, depresyjnym wyborom, które wiążą się z określonymi mechanizmami, nie muszą towarzyszyć uchwytny objawy depresji. Tam, gdzie dominują mechanizmy depresyjne w stylu psychicznego funkcjonowania, występują pewne określone cechy, czyli niezależnie od bodźca, który jest czynnikiem spustowym, mechanizmy obronne są zawsze takie same. W przypadku depresji utrata dotyczy aspektu emocjonalnego obiektu, a więc naszego wewnętrznego obiektu, a w mniejszym stopniu realności. Następstwem odejścia realnego obiektu jest żal i smutek, a obiektu wewnętrznego, „prywatnego”, subiektywnego — reakcja depresyjna. Z obrazem depresyjnym łączy się utrata własnej wartości i szacunku do siebie oraz głębokie poczucie winy — temu ostatniemu towarzyszy autodeprecjacja. Są one konsekwencją agresji skierowanej na obiekt wewnętrzny, czyli na siebie. Najcięższą jej formą jest samobójstwo traktowane jako forma zabójstwa obiektu wewnętrznego.

Z poczuciem winy łączy się uczucie lęku. Lęk jest traktowany jako czynnik stanowiący element instynktu samozachowawczego, a więc niezbędnego do życia. Pacjenci depresyjni (w rozumieniu — chorzy na depresję) to tacy, którzy nigdy nie opuścili pozycji depresyjnej, czyli cały czas żyją depresyjnie. Oznacza to, że pomimo dorastania i rozwoju funkcji poznawczych ich mechanizmy obronne są cały czas takie same. Pacjenci ci mają tendencję do zaburzonej równowagi pomiędzy dobrymi i złymi obiektami. Ta zaburzona równowaga jest konsekwencją przetrwałych, niezmiennych rozwojowo pierwotnych, destrukcyjnych tendencji, które wywodzą się z instynktu śmierci — są to pierwotne: chciwość, zawiść i wrogość [9, 10].

1. 3. Lęk jako stan i cecha

Lęk jest wyrażeniem wieloznacznym i wielu autorów zajmujących się tą problematyką próbuje w różny sposób go określać i wymieniać specyficzne właściwości reakcji lękowych. Większość autorów jest zgodna co do tego, że lęk jest grupą reakcji emocjonalnych wyzwalanych przez bodźce z zewnątrz bądź z wewnątrz organizmu. Charakterystyczne dla tych reakcji jest to, że:

- przybierają specyficzne, przykre formy, które prawie każdy zna z własnego doświadczenia,
- jednostka doświadcza ich jako coś nieprzyjemnego i uporczywego, czego nie można się pozbyć,
- większość ludzi czuje się wobec nich bezradna i ma poczucie ich irracjonalności,
- są związane z reakcjami fizjologicznymi organizmu jednostki lub wyzwalane przez nie [11].

Lęk jest emocją, która w zależności od natężenia może być patologiczna, może tworzyć struktury patologiczne lub nie, może być uczuciem, które, obok tworzenia symptomatologii lękowej, może być również naturalnym regulatorem funkcjonowania człowieka w jego własnym środowisku. W przedstawianej pracy odnosimy się do koncepcji lęku jako stanu i jako cechy, której autorem jest amerykański psycholog Charles D. Spilberger. Opierając się na przyjętym modelu teoretycznym Spilberger wraz ze współpracownikami zbudował kwestionariusz do pomiaru lęku: State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [12]. Lęk jest objawem towarzyszącym wielu zaburzeniom psychicznym, dlatego ważna jest ocena jego natężenia i próba oddzielenia lęku ściśle związanego z obrazem psychopatologicznym zaburzenia od trwałej predyspozycji osobowości. W przedstawianym badaniu sprawdzaliśmy występowanie lęku jako stanu i cechy wg koncepcji Spilberga. Lęk jako stan definiowany jest jako subiektywne, świadomie postrzegane uczucie obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego. Natomiast lęk jako cecha jest definiowany jako motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa [13].

1. 4. Zespół obsesyjno-kompulsyjny, objawy obsesyjno-kompulsyjne a osobowość z cechami obsesyjno-kompulsyjnymi

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (ZOK – F42) zgodnie z klasyfikacją ICD-10 rozpoznaje się wówczas, gdy zostaną spełnione kryteria diagnostyczne charakterystyczne dla zespołu obsesyjno-kompulsyjnego [7]. Należy pamiętać, iż symptomy powinny występować co najmniej 1 godz. dziennie i zdecydowanie zaburzać szeroko rozumianą aktywność. Patrząc na problem obrony w perspektywie objawów obsesyjno-kompulsyjnych u niektórych pacjentek z AN, mechanizmy obronne mają bardziej dojrzały, typowy dla neurotycznej struktury osobowości charakter. Należą do nich: wyparcie, stłumienie, idealizacja, projekcja i kompensacja. Zatem u tych chorych występują kliniczne cechy osobowości bądź historycznej, bądź obsesyjno-kompulsyjnej. Pacjentki te cechuje obniżona

samoocena, perfekcjonizm i lęk. Aby poprawić swoją samoocenę, zmniejszyć poczucie mniejszej wartości i zredukować lęk, dążą do uzyskania idealnej, a więc bardzo szczupłej sylwetki. Lubią przygotowywać posiłki dla całej rodziny, kontrolują, czy wszyscy zjedli. Społecznie funkcjonują lepiej niż pacjentki prezentujące typ „bordeline” lub „psycho-tyczny” jadłowstrętu psychicznego. Objawy związane z klinicznym obrazem jadłowstrętu psychicznego dają im wtórne korzyści, charakterystyczne dla nerwic. Częściej jednak niż w dwóch pozostałych postaciach jadłowstrętu dochodzi u nich do bardzo dużego spadku masy ciała i przymusowej hospitalizacji. Biorąc pod uwagę zarówno całokształt obrazu klinicznego, jak i uruchomienie mechanizmów obronnych, rokowanie w tej grupie chorych wydaje się najlepsze [14].

2. Cel pracy

Celem pracy było zbadanie zależności między rówieśniczkami w wieku dorastania — grupą dziewcząt chorych na AN a grupą kontrolną dziewcząt zdrowych — w zakresie występowania i nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, depresyjności i lęku.

3. Grupa badana i procedura badawcza

Badanie trwało 6 miesięcy. Przez dwa miesiące badaniem objętych było 57 pacjentek z AN w wieku od 12,5 roku do 24 lat (od wczesnej adolescencji do wczesnej dorosłości). Po dwóch miesiącach leczenia 7 pacjentek wypadło z badania (nie zgłosiły się na badania kontrolne), dlatego w obserwacji 6-miesięcznej pozostało 50 chorych, które miały komplet danych i wyników ze wszystkich etapów badania, tj. przeprowadzonego przy przyjęciu na oddział, po dwóch, trzech i sześciu miesiącach leczenia. Diagnoza jadłowstrętu psychicznego została postawiona na podstawie klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV [6, 7]. Dane dotyczące choroby i jej przebiegu uzyskano na podstawie wywiadu zebranego od pacjentki, jej rodziców bądź opiekunów prawnych, jak również — badania psychiatrycznego, neurologicznego i fizykalnego każdej chorej. Wszystkie pacjentki pozostawały w leczeniu szpitalnym na Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych (Oddział PiPWR) w Centrum Pediatrii w Sosnowcu od 2 do 3 miesięcy, a następnie leczenie kontynuowały ambulatoryjnie. Podczas pobytu na oddziale miały dietę o wartości 2500 kcal/d, która składała się z 5 posiłków o stałych godzinach. Po opuszczeniu oddziału chore objęte badaniem zostały poinformowane o konieczności przestrzegania stosowanej diety, zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym, oraz godzin posiłków.

U każdej pacjentki obliczono BMI, badano objawy obsesyjno-kompulsyjne za pomocą Skali Dziecięcej Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown (CY-BOCS), oceniano nasilenie depresyjności za pomocą Skali Depresji Hamiltona oraz nasilenie lęku jako stanu i cechy za pomocą Kwestionariusza STAI C.D. Spielberga. Badanie to powtórzono w ciągu 6 miesięcy cztery razy w następujących odstępach czasowych: I badanie — przy przyjęciu, II badanie — po 2 miesiącach, III badanie — po 3 miesiącach, IV badanie — po 6 miesiącach.

Chore, które zgłaszały próby samobójcze, zostały wykluczone z badania. Równocześnie analizowano objawy i problemy zgłaszane przez pacjentkę, zaobserwowane przez personel medyczny podczas pobytu na oddziale, jak również podawane przez rodziców bądź opieku-

nów. Leczenie uwzględniało psychoterapię stosowaną wobec pacjentek i ich rodzin. Każda chora była objęta psychoterapią pod postacią terapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej w paradygmatach: behawioralno-poznawczym, psychodynamicznym i systemowym, oraz psychoedukacją, była członkiem społeczności terapeutycznej, z kręgu arteterapii korzystała z psychorysunku i muzykoterapii z elementami choreoterapii.

Nie stosowano leczenia farmakologicznego, poza doraźnym, incydentalnym podaniem leku o działaniu uspokajającym. W leczeniu ambulatoryjnym, pomimo zaleceń lekarzy i terapeutów, nie wszystkie chore były objęte kompleksowo różnymi formami terapii. Część z nich uczestniczyła tylko w terapii indywidualnej lub grupowej, a sesje rodzinne odbywały się nieregularnie lub w ogóle rodzina nie kontynuowała terapii. Po opuszczeniu oddziału pacjentki zgłaszały się na wizyty kontrolne do Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Centrum Pediatrii w Sosnowcu oraz na badania w wyznaczonych terminach na Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, na którym wcześniej były leczone.

Grupę kontrolną (K) stanowiło 20 zdrowych — tzn. niechorujących obecnie i w przeszłości na zaburzenia odżywiania się, regularnie miesięczkujących, niezajmujących żadnych leków — dziewcząt w wieku 18–19 lat na normokalorycznej diecie. W grupie kontrolnej obliczono BMI, przeprowadzono jednorazowo badanie za pomocą Dziecięcej Skali Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown, aby ocenić objawy obsesyjno-kompulsyjne; za pomocą Skali Depresji Hamiltona — w celu oceny depresyjności, oraz nasilenia lęku jako stanu i cechy — za pomocą Kwestionariusza STAI C.D. Spielberga.

Na przeprowadzenie badania została wyrażona zgoda Komisji Bioetycznej przy Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach. Zgodę na badanie wyraziły zarówno pacjentki i/lub ich rodzice bądź prawni opiekunowie, jak i dziewczęta z grupy kontrolnej w formie pisemnej.

3. 1. Skale służące do badania objawów obsesyjno-kompulsyjnych, depresyjności i lęku jako stanu i cechy u chorych na AN i w grupie kontrolnej (K)

3. 1. 1. *Dziecięca Skala Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown (CY-BOCS)*

Skala natręctw (obsesji i kompulsji) Yale-Brown (Y-BOCS – Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) przeznaczona jest do identyfikacji oraz oceny stopnia nasilenia natręctw. Stosowana jest w badaniach klinicznych oraz ocenie działania leków psychotropowych. Składa się z listy obsesji i kompulsji oraz właściwej skali [15].

W obrazie jadłowstrętu psychicznego w jego przebiegu klinicznym występują zarówno obsesje dotyczące wyglądu zewnętrznego, sylwetki, proporcji ciała, jak i diety — w tym kaloryczności posiłków i ich liczby. Podobnie mają miejsce kompulsje dotyczące potrzeby przygotowywaniu posiłków, wręcz rytuał spożywania jedzenia, przymus oglądania i mierzenia obwodów talii, bioder, ud itp. Obsesje i/lub kompulsje związane z sylwetką czy dietą nie stanowią o rozpoznaniu zespołu obsesyjno-kompulsyjnego, gdyż uznane są za towarzyszące jadłowstrętowi psychicznemu. Tych objawów, zgłaszanych lub prezentowanych przez chore, nie brano pod uwagę w ocenie nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Stosując Dziecięcą Skalę Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown (CY-BOCS)

oceniano jedynie objawy obsesyjne i kompulsyjne zgłaszane przez chore obecnie, nie analizowano objawów, podawanych przez pacjentki, występujących w przeszłości. Badanie przeprowadzono czterokrotnie u każdej chorej — przy przyjęciu, po dwóch, trzech i sześciu miesiącach leczenia i porównywano z grupą kontrolną.

3. 1. 2. Skala Depresji M. Hamiltona

Skala Depresji Hamiltona jest szeroko rozpowszechnionym narzędziem badawczym do oceny klinicznej leków przeciwdepresyjnych (standard międzynarodowy) i diagnostyki nasilenia depresji, zwłaszcza typu endogennego. Obejmuje wszystkie podstawowe cechy endogennego zespołu depresyjnego i wybrane cechy depresji psychogennych. Skala oceny jest 3- lub 5-stopniowa, kryteria oceny są dokładnie sprecyzowane. Ocena dotyczy aktualnego stanu klinicznego. W badaniu stosowano wersję skali oceniającą 21 cech. Należy pamiętać, iż w przypadku AN oceniamy jedynie depresyjność towarzyszącą chorobie. Wymaga podkreślenia duża trudność w stosowaniu sztywnych kryteriów diagnostycznych, czyli rozumienia w paradygmacie nozologiczno-nozograficznym, i konieczność odniesienia ich do rozumienia psychodynamiczno-systemowego. Ewidentna trudność dotyczy oceny objawów depresyjnych, a raczej stopnia depresyjności u dorastających. Skala Depresji Hamiltona — narzędzie, aczkolwiek pomocnicze, powszechnie uznane w ocenie stopnia nasilenia już rozpoznanej depresji — może budzić wątpliwości w zastosowaniu jej w diagnozowaniu depresyjności. Badając za pomocą Skali Depresji Hamiltona pacjentki z AN należy zwrócić uwagę, iż niektóre jej punkty nie powinny być brane pod uwagę, albo z bardzo dużą ostrożnością i rozumieniem przy stawianiu rozpoznania zespołu depresyjnego. Należą do nich: punkt 12 — dotyczący przewodu pokarmowego, braku apetytu, zapaść, punkt 14 — związany z utratą libido, popędu seksualnego i zaburzeniami miesiączkowania, punkt 16 — mówiący o ubytku masy ciała, i punkt 17 — oceniający krytycyzm (wgląd). W rozumieniu auterek te dwa aspekty: nozologiczno-nozograficzny i psychodynamiczno-systemowy wydają się konieczne do pogodzenia w przypadku adolescenta po to, aby nie stygmatyzować młodego człowieka i w rozumieniu jego objawów dać mu szansę i czas na indywidualny rozwój. Każdy, kto pracuje z adolescentem, boryka się z tymi trudnościami i tylko elastyczne podejście, uwzględniające paradygmat nozologiczno-nozograficzny, ale odnoszące go odpowiednio do kategorii wiekowej, stwarza szansę na niestygmatyzujące adolescenta myślenie diagnozujące.

3. 1. 3. Skala C.D. Spielberga — „Kwestionariusz Samooceny” przeznaczony do badania lęku jako stanu i cechy

Lęk jest objawem towarzyszącym wielu zaburzeniom psychicznym, dlatego ważna jest ocena natężenia i próba oddzielenia lęku ściśle związanego z obrazem psychopatologicznym zaburzenia od trwałej predyspozycji osobowości [13]. Stosując test STAI otrzymuje się dwa oddzielne wyniki: jeden dla skali X-1, drugi dla skali X-2. STAI jest metodą pozwalającą na dokonanie pomiaru w sposób szybki i łatwy.

Lęk jako stan definiowany jest jako subiektywne, świadomie postrzegane uczucie obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego [13]. W części kwestionariusza dotyczącej lęku jako stanu (STAI,

arkusz X-1) za pomocą wielu stwierdzeń pacjenci opisują samych siebie i wskazują, jak czują się właśnie teraz, tj. w tym momencie (wypełniania kwestionariusza). Badany ma za zadanie wybrać te odpowiedzi, które opisują, co czuje w tej chwili.

Lęk jako cecha jest definiowany jako motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających, i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. Skala C.D. Spielberga oceniająca lęk jako cechę (STAI, arkusz X-2) jest również subiektywnym narzędziem oceny siebie dokonywanej przez pacjenta. W tej części za pomocą wielu stwierdzeń pacjenci opisują i wskazują, jak czują się na ogół [13].

4. Analiza statystyczna

Wyniki opracowano posługując się licencjonowaną wersją programu Statistica 6. 1 PL. Bazę danych materiału klinicznego uzyskano po analizie wywiadu zebranego od chorej i jej rodziców bądź opiekunów, badania psychiatrycznego, fizykalnego i neurologicznego każdej chorej, badania występowania objawów obsesyjno-kompulsyjnych — z zastosowaniem Skali Dziecięcej Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown (CY-BOCS), Skali Depresji Hamiltona i Skali STAI C.D. Spielberga, oceniającej lęk jako stan i cechę, obliczono także BMI. Taka sama procedura dotyczyła dziewcząt z grupy kontrolnej (K). Bazę danych utworzono w arkuszu kalkulacyjnym Excel 2000. W badaniach statystycznych przyjęto poziom istotności p (alpha) $<0,05$. W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności χ^2 , test Levene'a, test NIR post-hoc i test t-Studenta.[16, 17].

5. Wyniki

5. 1. BMI

Rozkład wskaźnika masy ciała (BMI) w grupie dziewcząt z AN nie odbiega od normalnego. Analizując wartość BMI poddano ocenie ten parametr u 57 chorych przy przyjęciu na oddział i po dwóch miesiącach leczenia i u 50 po trzech i sześciu miesiącach leczenia. Analizując BMI w grupie z AN stwierdzono, iż średnia jego wartość przy przyjęciu dla 57 chorych wynosiła $15,14 \text{ kg/m}^2$ (SEM = 0,188), po dwóch miesiącach leczenia dla tej samej liczby pacjentek BMI = $15,82 \text{ kg/m}^2$ (SEM = 0,173), po trzech miesiącach leczenia dla 50 chorych – $17,30 \text{ kg/m}^2$ (SEM = 0,194), i po sześciu miesiącach, również dla 50 pacjentek — $18,03 \text{ kg/m}^2$ (SEM = 0,240).

W świetle wyników jednoczynnikowej analizy wariancji poprzedzonej testem Levene'a, sprawdzającym jednorodność wariancji, stwierdzono statystycznie istotny wzrost BMI w przyjętych czasach badania ($p < 0,001$).

Stosując test NIR post-hoc wykazano bardzo istotny wzrost BMI w kolejnych czasach badania: po dwóch miesiącach leczenia $p = 0,0131$, pomiędzy trzecim a szóstym miesiącem leczenia $p = 0,0133$, natomiast w pozostałych przedziałach czasu $p < 0,001$.

Średnia wartość BMI w grupie kontrolnej (K) wynosiła $21,41 \text{ kg/m}^2$ (SEM = 0,460). Grupy: z AN i kontrolna są niejednorodne pod względem BMI w każdym czasie badania (tj. przy przyjęciu, po dwóch, trzech i sześciu miesiącach leczenia), gdyż w każdym z nich

BMI w grupie z AN jest statystycznie istotnie niższy niż w grupie kontrolnej – $p < 0,001$ (test t-Studenta).

5. 2. Objawy obsesyjno-kompulsyjne

Rozkład nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, z uwzględnieniem liczby i odsetka osób prezentujących ww. objawy w grupie z AN i grupie kontrolnej, zestawiono w tabeli 1 (patrz: aneks).

Ocenę tę przeprowadzono za pomocą Dziecięcej Skali Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown (CY-BOCS). Na podstawie testu niezależności χ^2 stwierdzono statystycznie istotną zmianę nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych u chorych na AN w ciągu 6-miesięcznej obserwacji ($p = 0,017$). Oceniając stopień nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, za pomocą Dziecięcej Skali Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale-Brown (CY-BOCS), w grupie z AN i grupie kontrolnej, w ciągu 6 miesięcy, nie wykazano statystycznie istotnej różnicy w stopniu nasilenia ww. objawów pomiędzy grupami w przyjętych okresach badania: przy przyjęciu na oddział $p = 0,0656$, test χ^2 , po dwóch miesiącach leczenia $p = 0,6506$, test χ^2 ; po trzech $p = 0,8812$, test χ^2 ; po sześciu $p = 0,6663$, test χ^2 . Ocenę stopnia nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych w przyjętych okresach badania w grupie z AN i grupie kontrolnej przedstawia rys. 1 (patrz: aneks).

5. 3. Depresyjność

Rozkład nasilenia objawów depresyjnych z uwzględnieniem liczby i odsetka osób je prezentujących, w grupie z AN i grupie kontrolnej, zestawiono w tabeli 2. Ocenę tę przeprowadzono za pomocą Skali Depresji Hamiltona (patrz: aneks).

Na podstawie testu niezależności χ^2 stwierdzono statystycznie istotną zmianę stopnia nasilenia objawów depresyjnych u chorych na AN w trakcie 6-miesięcznej obserwacji ($p < 0,001$). Analizując stopień nasilenia depresyjności w grupie z AN i grupie kontrolnej w ciągu 6 miesięcy, w przyjętych okresach badania, wykazano statystycznie istotną różnicę nasilenia depresyjności pomiędzy ww. grupami, zarówno przy przyjęciu na oddział, jak i po 6 miesiącach leczenia — depresyjność miała większe nasilenie w grupie z AN niż w grupie kontrolnej, odpowiednio: $p < 0,001$ i $p = 0,0342$ (test χ^2).

Ocenę stopnia depresyjności w przyjętych okresach badania w grupie z AN i grupie kontrolnej przedstawia rys. 2 (patrz: aneks).

5. 4. Lęk jako stan i cecha

Rozkład nasilenia lęku jako stanu z uwzględnieniem liczby i odsetka osób go prezentujących w grupie z AN i grupie kontrolnej zestawiono w tabeli 3. Ocenę tę przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Samooceny Spielberga STAI, Arkusz X-1.

Na podstawie wyniku testu niezależności χ^2 stwierdzono statystycznie istotną zmianę stopnia nasilenia lęku jako stanu w grupie z AN podczas 6-miesięcznej obserwacji ($p < 0,001$). Analizując stopień nasilenia lęku jako stanu w grupie z AN i grupie kontrolnej w trakcie 6-miesięcznej obserwacji, w przyjętych okresach badania, wykazano statystycznie istotną różnicę nasilenia lęku jako stanu pomiędzy ww. grupami przy przyjęciu na oddział

i po dwóch miesiącach leczenia. Zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku większe nasilenie lęku jako stanu obserwowano w grupie z AN: przy przyjęciu na oddział $p < 0,001$, natomiast po drugim miesiącu leczenia $p = 0,0032$ (test χ^2). Ocenę stopnia nasilenia lęku jako stanu w przyjętych okresach badania w grupie z AN i grupie kontrolnej przedstawia rys. 3 (patrz: aneks).

Rozkład nasilenia lęku jako cechy z uwzględnieniem liczby i odsetka osób go prezentujących w grupach badanej i odniesienia zestawiono w tabeli 4. Ocenę tę przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Samooceny Spielbergera STAI, Arkusz X-2 (patrz: aneks).

Na podstawie wyników testu niezależności χ^2 nie stwierdzono statystycznie istotnej zmiany stopnia nasilenia lęku jako cechy w badanej grupie na AN podczas 6-miesięcznej obserwacji ($p = 0,368$). Analizując stopień nasilenia lęku jako cechy w grupie z AN i grupie kontrolnej w trakcie 6-miesięcznej obserwacji, w przyjętych okresach badania, wykazano statystycznie istotną różnicę nasilenia lęku jako cechy pomiędzy ww. grupami jedynie przy przyjęciu na oddział. Nasilenie lęku jako cechy było większe w grupie badanej ($p = 0,0261$ – test χ^2). Ocenę stopnia nasilenia lęku jako cechy w przyjętych okresach badania w grupie z AN i grupie kontrolnej przedstawia rys. 4 (patrz: aneks).

6. Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu wykazano statystycznie istotny wzrost BMI w grupie chorych na AN, w kolejnych czasach badania, w porównaniu z grupą kontrolną. Pomimo wzrostu BMI w grupie chorych, wartość BMI była przez cały okres badania statystycznie istotnie niższa w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$ test t-Studenta, tab.1). Podobne zjawisko zaobserwowali również Otto i wsp. [18].

Badania nad rozpowszechnieniem zaburzeń odżywiania się wśród osób z diagnozą zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (ZOK) wykazały, że ok. 6–12% tych osób ma równocześnie objawy pozwalające na rozpoznanie AN lub bulimii (BN). Inne badania ustalające rozpowszechnienie ZOK wśród osób z zaburzeniami odżywiania się przyniosły niejednoznaczne wyniki: 15–30%, 7–10%, 37,7%, brak istnienia istotnej statystycznie różnicy między rozpowszechnieniem ZOK u osób z AN, BN a grupą osób bez zaburzeń odżywiania się. U 33,3% badanych z zaburzeniami odżywiania się (AN — postać bulimiczno-wydalająca) stwierdzono objawy ZOK. U 6,6% były one nie związane z jedzeniem, u 93,3% były to obsesje i kompulsje związane z jedzeniem, ale nie można było postawić rozpoznania ZOK, gdyż nie wpływały one na zakłócenie funkcjonowania badanych. Wśród osób zdrowych 6,6% miało pojedyncze natrętne myśli związane z jedzeniem, a 16,6% pojedyncze natrętne myśli nie związane z jedzeniem [za: 19]. Wg Łuckiej [20] zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne występowało u 13,3% dzieci z postacią restrykcyjną AN ($p < 0,045$); objawy były nie związane z jedzeniem.

W trakcie 6-miesięcznej obserwacji u chorych na AN obserwowano statystycznie istotną zmianę w natężeniu objawów obsesyjno-kompulsyjnych ($p = 0,017$) — doszło do zwiększenia się tych o nasileniu subklinicznym, a ustąpienia klinicznych, zmniejszenia się objawów o nasileniu umiarkowanym i ustąpienia ciężkich. W przebiegu AN we wszystkich czasach badania najczęściej stwierdzano objawy obsesyjno-kompulsyjne w subklinicznym stopniu nasilenia, czyli klinicznie nieistotne. Przy przyjęciu na oddział 56,14% chorych,

a po sześciu miesiącach leczenia aż 74% nie wykazywało istotnych klinicznie objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Można zatem stwierdzić, że aż 74% pacjentek nie prezentowało objawów obsesyjno-kompulsyjnych po 6-miesięcznym okresie leczenia. Objawy obsesyjno-kompulsyjne o łagodnym stopniu nasilenia również występowały we wszystkich czasach badania, a odsetek osób je prezentujących zwiększył się po dwóch i trzech miesiącach leczenia, aby po sześciu miesiącach zmniejszył się z 26% do 20%. Podobnie, we wszystkich czasach badania, tj. przy przyjęciu, po dwóch, trzech i sześciu miesiącach leczenia obserwowano również objawy obsesyjno-kompulsyjne o nasileniu umiarkowanym z wyraźną tendencją do zmniejszania się odsetka osób je prezentujących (z 29,83% przy przyjęciu do 6% chorych po 6 miesiącach). Ciężki stopień nasilenia powyższych objawów występował jedynie u jednej osoby, co stanowiło znikomy odsetek — 1,75%. W grupie kontrolnej obserwowano w 65% przypadków występowanie objawów obsesyjno-kompulsyjnych o nasileniu subklinicznym, a w 30% — łagodnym (tab. 1). Nie stwierdzono istotnej zależności w wynikach w tym obszarze między grupą kontrolną a pacjentkami z AN. Stwierdzono natomiast występowanie w obu grupach objawów o różnym stopniu nasilenia. Wynik ten wskazuje na występowanie zachowań o charakterze kompulsyjnym, myśli obsesyjnych u nastolatków bez diagnozy psychiatrycznej, co pokazywałoby raczej specyfikę „radzenia sobie” w okresie dorastania poprzez tego rodzaju symptomy, stanowiące obrony przed trudnościami doświadczanymi przez młodego człowieka.

Zaburzenia o charakterze myśli i/lub czynności natrętnych, niespełniające kryteriów diagnostycznych zespołu obsesyjno-kompulsyjnego (ZOK), zalicza się do spektrum zespołu natrętw. Ze względu na charakter objawów i rodzaj dysfunkcji OUN spektrum to można podzielić na trzy grupy [21, 22]. Do jednej z tych grup zaburzeń, w których obsesyjne myśli lub/i czynności kompulsyjne dotyczą szczególnego problemu, zalicza się jadłowstręt psychiczny. Obserwacje poczynione na podstawie niniejszego badania potwierdziły, że AN należy do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, natomiast nie wykazały, aby z jadłowstrętem psychicznym statystycznie istotnie częściej występował zespół obsesyjno-kompulsyjny. Pollice i wsp. [23] wykazali, że zaburzenia odżywiania się nasilają objawy obsesyjno-kompulsyjne u chorych, a zwiększająca się masa ciała nie powoduje całkowitego ustąpienia tych zaburzeń, lecz jedynie zmniejsza ich nasilenie (i to również nie u wszystkich pacjentów). Potwierdza to, że utrata masy ciała nie może być rozpatrywana jako czynnik indukujący lub utrwalający ww. objawy, a co najwyżej jako współistniejący obok innych — natury psychologicznej czy osobowościowej.

Występowanie objawów obsesyjno-kompulsyjnych, w przebiegu AN, o tematyce dotyczącej diety czy postrzegania własnego ciała należy do obrazu tej choroby i ujęte jest w kryteriach diagnostycznych. Rozumiejąc te objawy w kontekście psychoanalitycznym można uznać anoreksję za regresję do wcześniejszych faz rozwojowych. Regresja do fazy latencji objawia się identyfikacją z własną matką poprzez bierność i podporządkowanie się. Anorektyczka nie buntuje się, jak przystało na adolescenta, jedynie może rozszepić ego na nielubiane ciało i wyidealizowane ego podporządkowane matce. Konsekwencją tego jest deseksualizacja, ale również odnalezienie obszaru własnej kontroli i niezależności (niestety chorej). Utrzymanie poczucia autonomii odbywa się poprzez odmowę jedzenia. Kontrola jedzenia jest jedyną, zarówno realną, jak i symboliczną, kontrolą dostępną dla chorej na jadłowstręt psychiczny. Jest to również jedyna dostępna dla niej forma agresji [24].

Z drugiej strony objawy obsesyjno-kompulsyjne mogą być rozumiane jako nieświadoma forma obrony chorej przed jeszcze głębszą regresją do fazy oralnej, w której prezentowane zaburzenia odżywiania się mogą być tylko jednym z objawów psychopatologii. Chore z tej grupy mogą być zagrożone nawet dekompensacją psychotyczną, czyli możliwością utraty rozróżnienia ja-obiekt [24]. W prezentowanej grupie badanej żadna chora nie zdekompensowała się psychotycznie w trakcie choroby.

Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży rozpoznaje się na podstawie kryteriów przeznaczonych do diagnozowania dorosłych. Czy można mówić o depresji w przypadku dzieci i młodzieży, czy nie uznać jej za reakcję rozwojową? Czy traktować depresję jako zespół objawów i określać ją zamiennie jako depresyjność? [za: 5]. Czy depresja rozwija się wtórnie do zaburzeń jedzenia? Według Bomby i wsp. podobieństwo pomiędzy chorującymi na depresję i anoreksję można dostrzec w tendencji do wyniszczania własnego zdrowia; różnica dotyczy myślenia o przyszłości — odwrotnie niż pacjenci depresyjni, anorektyczki ze swoimi ambicjami szkolnymi planują swoją przyszłość, ale widzą się w niej nadal jako chore [za: 25]. Leassle i wsp., badając chore z AN i BN, stwierdzili dodatnią korelację pomiędzy nasileniem depresji a funkcjonowaniem poznawczym — im wyższy był poziom zaburzeń związany z jedzeniem, tym wyższe wyniki w skali depresji. Analiza regresji wykazała, iż niezadowolenie z własnego ciała jest najsilniejszym, pojedynczym predyktorem depresji [za: 25]. Halmi i wsp. (1991 r.) w dziesięcioletniej katamnezie rozpoznali zaburzenia depresyjne u 67,7% chorych na AN. Braun i wsp. (1994 r.) rozpoznali zaburzenia depresyjne u 81,85% chorych z postacią bulimiczną AN i u 41,2% chorujących na postać restrykcyjną. Komender i wsp. (1998 r.) u chorych z zaburzeniami łaknienia odnotowali u 51% skargi na okresowe obniżenie się nastroju i /lub zaburzenia lękowe, a u 9% znaczne nasilenie objawów depresyjnych [za: 26]. Łucka [26] stwierdziła, iż zaburzenia depresyjne występowały znacząco częściej u chorych z postacią restrykcyjną AN niż u zdrowych ($p < 0,01$). Iniewicz [25] stwierdził niski poziom depresji u 67% chorych na AN, ale również u 30% zdrowych rówieśniczek, natomiast Rabe-Jabłońska [19] depresję potwierdziła u 7 z AN (na 30 badanych), przy czym 6 z 7 chorujących na AN cierpiało na postać bulimiczno-wydalającą ($p < 0,001$).

Cooper [za: 26] podsumował spostrzeżenia wielu autorów zajmujących się współwystępowaniem zaburzeń odżywiania się i depresji:

- Depresja rzadko poprzedza wystąpienie zaburzeń odżywiania się.
- Depresja w różnych typach zaburzeń odżywiania się występuje w różnym nasileniu. Częściej pojawia się w bulimii i bulimicznej postaci anoreksji, jest efektem wtórnym do poczucia utraty kontroli, bezradności.
- Depresja występuje znacznie częściej w fazie ostrej niż w remisji.
- Wzorec depresji w zaburzeniach odżywiania się jest odmienny od wzorca spotykanego w „czystej” depresji.
- Pomimo częstszego występowania depresji wśród członków rodzin osób z zaburzeniami odżywiania się, w porównaniu z osobami zdrowymi, nie obserwowano zależności odwrotnej, to znaczy częstszego pojawiania się zaburzeń odżywiania się w rodzinach osób z depresją.

Powyższe doniesienia podają w wątpliwość wspólną patogenezę obu chorób. W badanej grupie przy przyjęciu na oddział objawy depresyjne występowały u każdej chorej, ale o różnym stopniu nasilenia. U 40,35% dziewcząt obserwowano nasilenie się objawów depresyjnych w stopniu ciężkim, u porównywalnego odsetka chorych w stopniu umiarkowanym (22,81%) i łagodnym (21,05%), natomiast u 15,97% pacjentek w stopniu bardzo ciężkim. Już po dwóch miesiącach leczenia obserwowano zmniejszenie się odsetka osób — do 14,04%, u których występowały objawy depresyjne w stopniu ciężkim, a do 5,26% chorych z nasileniem objawów depresyjnych w stopniu bardzo ciężkim. W porównaniu z oceną przy przyjęciu na oddział zdecydowanie zwiększył się odsetek pacjentów z objawami depresyjnymi o nasileniu łagodnym (do 33,33%), jak również umiarkowanym (do 29,83%). Pojawiły się już natomiast takie osoby, u których objawy depresyjne nie występowały (17,54%). Podobną tendencję odnotowano również po trzech miesiącach leczenia. Natomiast po sześciu miesiącach leczenia nadal obserwowano zwiększanie się odsetka osób bez objawów depresyjnych (38%); odsetek osób z objawami depresyjnymi o nasileniu łagodnym utrzymywał się na takim samym poziomie, jak po trzech miesiącach leczenia (40%), zmalał odsetek pacjentów, u których objawy depresyjne występowały w stopniu umiarkowanym, ale zwiększył się odsetek dziewcząt (do 16%) z objawami depresyjnymi w stopniu ciężkim (tab. 2). Na uwagę zasługuje fakt, iż również u dziewcząt z grupy kontrolnej (u 30%) obserwowano objawy depresyjne o nasileniu umiarkowanym i u 5% — jedna osoba — bardzo ciężkim. U tej ostatniej rozpoznano depresję młodzieńczą (w obecnej nomenklaturze zgodnie z klasyfikacją ICD-10 – depresyjne zaburzenia zachowania).

Garcia-Alba w grupie adolescentek z AN, u 36% rozpoznał współtowarzyszącą depresję [27]. U żadnej z dziewcząt w grupie z AN w niniejszym badaniu nie rozpoznano zespołu depresyjnego, dlatego w tym przypadku można jedynie mówić o współwystępowaniu z AN depresyjności. Trzeba pamiętać, że Skala Depresji Hamiltona, za pomocą której badano zarówno chore z AN, jak i dziewczęta w grupie kontrolnej, jest tylko skalą pomocniczą w ocenie nasilenia już rozpoznanej depresji. Rozpoznanie depresji stawia się na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego. U każdej z dziewcząt w grupie z AN podstawowym rozpoznaniem był jadłowstręt psychiczny, w którego przebiegu dołączyły się również objawy depresyjne nie układające się jednak w obraz kliniczny zespołu depresyjnego. Należy zwrócić uwagę, że u dziewcząt w grupie kontrolnej również występowały objawy depresji.

Jak podaje Bomba [8], badania epidemiologiczne nieleczzonej populacji adolescentów, prowadzone głównie w celu oceny ich ogólnego stanu zdrowia, wskazywały na duże rozpowszechnienie wśród nich objawów depresji, chociaż w zdecydowanej większości badacze nie znajdowali podstaw do jej rozpoznania. Można przyjąć, że w grupie z AN obserwowany charakter zaburzeń jest konsekwencją przemian rozwojowych stanowiących istotę dorastania z jednej strony, a z drugiej — istnienia choroby przewlekłej z jej ograniczeniami i konsekwencjami, jak również z potrzebą hospitalizacji. Po wnikliwej analizie nasilenia objawów depresji w grupie kontrolnej stwierdzono, że przemawiały one za depresją młodzieńczą (depresyjnymi zaburzeniami zachowania). Dziewczęta z grupy kontrolnej ujawniające objawy depresyjne w stopniu umiarkowanym skarżyły się na obniżony nastrój, okresowe trudności w funkcjonowaniu w szkole (trudności koncentracji

uwagi, w uczeniu się, bądź wręcz niepowodzenia szkolne) oraz okresowe wycofanie się z pewnych aktywności. Analizując nasilenie objawów depresyjnych w grupie chorych na AN, w porównaniu z grupą kontrolną, wykazano, że statystycznie istotnie częściej występowały one przy przyjęciu na oddział oraz po sześciu miesiącach leczenia (przy przyjęciu $p < 0,001$, po szóstym miesiącu leczenia $p < 0,05$) (rys. 2). W naszej opinii fakt ten można interpretować następująco. Po pierwsze — największa grupa dziewcząt pozostawała w leczeniu szpitalnym przez dwa do trzech miesięcy. Po trzech miesiącach pobytu na oddziale były one kierowane do ambulatorium, w którym, jak wspomiano, psychoterapii nie prowadzono w sposób systematyczny, a AN, jak każda choroba, ma swój naturalny przebieg. Po drugie — po opuszczeniu oddziału każda chora musiała zmierzyć się z zupełnie inną rzeczywistością niż ta na oddziale. Zwykle podejmowała przerwane obowiązki szkolne, próbowała odbudować zniszczone, z powodu choroby, relacje z rówieśnikami, jak również dalek radzić sobie z procesem separacji-indywiduacji. Zadania te były trudne i mogła zaistnieć taka sytuacja, że nie z każdym z nich poradziła sobie. Efektem tego mógł być obniżony nastrój, może częściowy nawrót objawów związanych z jedzeniem i nasilenie się objawów depresyjnych.

Rozumienie depresyjności w AN w ujęciu psychoanalitycznym może wiązać się z regresją do fazy latencji lub głębiej — nawet do fazy analnej. W tej pierwszej, na skutek rozszczepienia ego na wyidealizowane ego i ciało, które jest nielubiane, dochodzi do odnalezienia przez chorą obszaru własnej niezależności. Koszt poczucia autonomii jest jednak olbrzymi — bunt przejawia się niejedzeniem, a wynikiem tak rozwiązanego konfliktu jest zarówno zaburzony obraz ciała, jak i małe poczucie własnej wartości. Głębsza regresja, do fazy analnej, nie tylko uruchamia tendencje sadomasochistyczne, ale również może być traktowana jako forma częściowego samobójstwa czy destrukcji. Zaburzenia odżywiania się rozpoczynają się głównie w okresie adolescencji. Fizjologiczne procesy w obszarze dojrzewania biologicznego związane są z budzeniem się seksualności dorastającej dziewczyny i następnie młodej kobiety. Dojrzewanie biologiczne, którego wyrazem jest zmieniające się ciało, stanowi zagrożenie dla chorej na anoreksję nasilającym się konfliktem edypalnym. Jedyną, na ten moment, nieświadomą formą obrony jest odmowa jedzenia i w konsekwencji postępujące wychudzenie. Agresja jest skierowana na ciało — jej konsekwencją jest wyniszczenie biologiczne, a tym samym dalszy rozwój seksualny staje się niemożliwy. Taka „obrona” jest konieczna, gdyż w przeciwnym razie może dojść do zupełnej fuzji z matką, czyli w realnej perspektywie do zatrzymania procesu powtórnej separacji-indywiduacji. Z drugiej strony wychudzenie, czy nawet wyniszczenie organizmu, jest nieświadomym triumfem narcyzmu nad ciałem i omnipotencji dorastającej młodej dziewczyny.

Kontrolowanie „złego” ciała w mechanizmie obronnym rozszczepienia chroni dobre, wyidealizowane ego. Rozszczepienie ego jest obroną przed impulsami płynącymi z *id*. Agresja skierowana na własne ciało umożliwia tę kontrolę. W efekcie taki sposób rozwiązania konfliktu edypalnego umożliwia osobie z AN utrzymanie równowagi pomiędzy śmiercią biologiczną a coraz silniejszymi tendencjami rozwojowymi. Na tej chorej podstawie budowana jest autonomia pacjentki z AN. W rzeczywistości, patrząc na zadania wynikające z adolescencji, zostaje zatrzymany proces separacji-indywiduacji, nie jest konfrontowany młodzieńczy narcyzm i nie dochodzi do rozwoju seksualności, a więc do akceptacji ko- biecości z jej wszystkimi konsekwencjami. Jeżeli na problem osobistego rozwoju nałożą

się trudności natury społeczno-ekonomicznej współczesnych czasów, często połączone z kryzysem rodziny, to anoreksja wydaje się, na poziomie nieświadomym, jedyną formą protestu, a zarazem wołania o pomoc dla pewnej grupy dorastających dziewcząt. Z drugiej strony depresyjność jest rozpowszechniona w grupie tzw. zdrowych adolescentów i wynika z zadań adolescencji szeroko rozumianych, które wywierają silną presję emocjonalną i zmuszają do konfrontacji z rzeczywistością, w konsekwencji doprowadzając do zmiany.

W 1965 r. na konferencji w Getyndze sformułowano trzy konkluzje dotyczące jadłowstrętu psychicznego:

Anorexia nervosa wyraża niemożność podjęcia seksualności genitalnej i integracji zmian zachodzących w okresie dojrzewania.

Główny konflikt sytuuje się na poziomie ciała, które jest maltretowane i odrzucane, a nie na poziomie odżywiania się.

Struktura jadłowstrętu psychicznego odbiega od struktury klasycznej nerwicy [za: 28].

Zmiana podejścia wiąże się z rozkwitem teorii psychoanalitycznej Melanii Klein, czego konsekwencją jest postrzeganie zaburzeń odżywiania się jako patologii wywodzącej się ze struktury borderline i narcyzmu. Hilda Bruch wiąże zaburzenia odżywiania się z zaburzeniem self, a trudności te mają sięgać do okresu uzyskiwania autonomii psychicznej w procesie separacji-indywiduacji i są konsekwencją swoistego programowania dziecka według potrzeb matki. Powyższe trudności utrudniają rozwiązanie dylematów adolescencji i wiążą się z oddzieleniem self od ciała. Przedchorobowe obrony polegające na dążeniu do perfekcji i spełnienia wymagań rodziców powodują apersonifikację tych młodych ludzi utrwalając w nich, pomimo sukcesów, poczucie bezwartościowości i bezsilności. Odpowiedzią na te zmiany jest anoreksja, która rozumiana jest jako dramatyczna walka, aby odzyskać znaczenie, ekspresję własnej osobowości i efektywności interpersonalnej. Jest to mechanizm narcystycznej obrony, który jest realizowany poprzez manipulacje jedzeniem i jego rodzajem. Współcześnie gratyfikacja szczupłej sylwetki być może sprawi, że anorektyczna sylwetka przestanie być wyjątkowa i przestanie być obiektem gratyfikacji narcystycznych potrzeb wyjątkowości [za: 28]. W anoreksji typowe są trudności separacyjne panujące w rodzinie, a w rozumieniu jednostki — chore na AN mają tendencję do wycofywania się z kontaktów interpersonalnych [28].

Patrząc na anoreksję z tak różnych perspektyw wydaje się, iż nie jest ona jednolitą jednostką chorobową [29], a być może nie powinna być w ogóle rozpatrywana jako jednostka nozologiczna. Znajduje się ona na kontinuum opartym na strukturze osobowości. Na jednym jej końcu jest osobowość neurotyczna, w środku osobowość z pogranicza, a na drugim końcu psychotyczna. W tej pierwszej czynniki socjokulturowe i rodzinne mają zasadnicze znaczenie, a w tej ostatniej — być może odgrywają rolę czynniki biologiczne [29].

Oceniając współwystępowanie zaburzeń lękowych i AN, Rabe-Jabłońska [19] u 13 chorych z postacią bulimiczną AN (na 30 badanych) ujawniła statystycznie istotnie wyższe wyniki w Skali Lęku Hamiltona niż u osób z postacią restrykcyjną AN ($p < 0,001$); najwyższe wyniki miały chore, które równocześnie prezentowały ZOK. Blitzer i wsp. oraz Theander u 13% chorych z zaburzeniami odżywiania się opisywali zaburzenia w postaci fobii lub zaburzenia lękowe inne. Halmi i wsp. u 69% chorych z zaburzeniami odżywiania się opisywali zaburzenia lękowe. Bulik i wsp. u 60% z AN rozpoznali zaburzenia lękowe

występujące w przeszłości; statystycznie istotnie częściej występowały w trakcie AN ZOK, uogólnione zaburzenia lękowe i lęk separacyjny [za: 20].

Analizując lęk jako stan u chorych na AN w ciągu 6-miesięcznej obserwacji, w przyjętych czasach badania, stwierdzono, iż ma on statystycznie istotne nasilenie przy przyjęciu na oddział, jak również po dwóch miesiącach leczenia (rys. 3). Obserwowano statystycznie istotną zmianę stopnia nasilenia lęku jako stanu w trakcie badania ($p < 0,001$). W grupie badanej przy przyjęciu u ponad 50% chorych lęk w rozumieniu stanu miał nasilenie wysokie. Już po dwóch miesiącach leczenia obserwowano zmniejszony odsetek osób z wysokim nasileniem lęku — do około 40%, natomiast ponadtrzykrotnie wzrósł odsetek osób (do ponad 30%), u których lęk jako stan miał nasilenie niskie. Proporcje te były zachowane, tzn. wzrastał odsetek osób o niskim nasileniu lęku jako stanu, a malał o wysokim stopniu nasilenia (tab. 3). Przy przyjęciu na oddział wzmożone odczuwanie lęku, w rozumieniu stanu, może być związane z chorobą, która jako przewlekła może nieść ze sobą dużą dozę lęku. Jednocześnie sama konieczność pozostania w szpitalu jest sytuacją nową, nieznaną, która może być odczuwana jako zagrażająca. Ponadto lęk i obniżony nastrój to emocje idące zwykle w parze, stąd w stanie kryzysu, który rozumiany jest jako nasilenie się choroby, aby dokonać zmiany w objawach, czasem trzeba radykalnie zmienić warunki leczenia. W przypadku niniejszego badania tą zmianą było pozostanie na oddziale i podjęcie kompleksowej, systematycznej psychoterapii dobranej w zależności od potrzeb pacjentki. Sytuacja ta, jako nowa i nieznaną sama w sobie, może generować lęk. W procesie psychoterapii, która miała miejsce przez cały czas pobytu na oddziale, praca z jedzeniem, jako objawem, pozwoliła zredukować lęk, jak również obsesyjne myśli i kompulsyjne zachowania (zarówno te związane z przygotowaniem posiłków, jak i natrętnie wykonywane ćwiczenia fizyczne).

Należy również wziąć pod uwagę wyniki Polliceo i wsp. [23], którzy wykazali, iż zaburzenia odżywiania się nasilają lęk, a zwiększająca się masa ciała nie powoduje całkowitego jego ustąpienia, a jedynie zmniejszenie stopnia nasilenia [22]. Lęk, tak silnie odczuwany na początku leczenia, może również mieć swoją genezę w bardzo wysokim poziomie aspiracji obserwowanych dziewcząt z AN — niezależnym od realnych możliwości — oraz w wysokim tłumionej agresji, o czym pisali Rajewski i Talarczyk-Więckowska [30].

Analizując lęk jako cechę, jedynie przy przyjęciu na oddział wykazano statystycznie istotną zależność pomiędzy grupą z AN a grupą kontrolną (rys. 4). Począwszy od drugiego miesiąca leczenia zależności tej nie obserwowano. Należy jednak zauważyć, że lęk rozumiany jako cecha we wszystkich czasach przyjętych w badaniu utrzymywał się na tym samym wysokim poziomie u stałego odsetka osób (około 40%), natomiast w miarę trwania leczenia wzrastał odsetek chorych o niskim stopniu nasilenia lęku jako cechy (tab. 4). Ów stały odsetek osób, u których lęk jako cechę obserwowano w trakcie badania, może nasuwać wniosek o istnieniu pewnej charakterystycznej grupy chorych na AN, u których lęk jest jedną z zasadniczych cech osobowości kreujących specyfikę obrazu psychopatologicznego. Cecha ta świadczyłaby o istnieniu podgrupy AN, wyodrębnionej w literaturze przez Jakubczyk i wsp. jako neurotyczny rodzaj jadłowstrętu psychicznego [29]. Potwierdza to przeprowadzona analiza statystyczna, która wykazała, że lęk jako cecha nie zmienia się w sposób statystycznie istotny w grupie badanej ($p = 0,368$). Nasilenie lęku jako cechy w stopniu wysokim przy przyjęciu (badanie I) na oddział można łączyć z ostrą fazą choroby

i pogorszeniem się objawów z nią związanych. Podjęcie leczenia redukuje nasilenie lęku jako cechy, co świadczy o tym, że chore cierpiące na jadłowstręt psychiczny nie różnią się od swoich zdrowych koleżanek postrzeganiem sytuacji, które tylko u osób podatnych powodują, iż obiektywnie niegroźne sytuacje uważają one za zagrażające i dlatego reagują stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. W kolejnych badaniach (II, III, IV) nie obserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie nasilenia lęku między grupą z AN a grupą kontrolną, co świadczyć może o występowaniu komponenty lękowej jako specyficznej i niejako naturalnej wśród tzw. zdrowych nastolatek.

7. Podsumowanie

Dorastanie uznawane jest za najtrudniejszy okres, zagrażający kryzysami życiowymi w naturalnym cyklu życiowym człowieka [31]. Kryzys jest taką sytuacją, która zachodzi wtedy, gdy wypróbowane struktury adaptacyjne i obronne przestają być adekwatne i nie wystarczają, aby sprostać nowym wymaganiom, które mogą pochodzić zarówno z wnętrza, jak i ze świata zewnętrznego jednostki. Następuje wtedy rozprężenie wraz z co najmniej częściową dezintegracją na poziomie myśli i uczuć. Towarzyszą temu lęk, dylematy, a często działania impulsywne czy zachowania kompulsywne. Wyniki naszych badań są niejako potwierdzeniem obrazu trudności emocjonalnych w grupie nastolatek zdrowych (grupa kontrolna) — przejawiają cechy lękowe, zachowania depresyjne czy też z kręgu objawów obsesyjno-kompulsywnych. W sytuacji, gdy jednostka nie może wejść w kryzys lub wyjść z kryzysu, możliwe jest pojawienie się regresji i powtórne pojawienie się silnych fantazji, sposobów myślenia i odczuwania, objawów psychopatologicznych będących sposobem na poradzenie sobie z trudnymi zadaniami rozwojowymi tego wieku. Anorexia nervosa jest wyrazem patologicznego rozwiązywania kryzysu okresu dojrzewania, jednym z częściej spotykanych zaburzeń wieku dorastania.

8. Wnioski

Należy wykazać dużą ostrożność w stawianiu podwójnych diagnoz, tzn. AN i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego lub AN i depresji, lub AN i zaburzenia lękowego, i pamiętać o kryteriach diagnostycznych.

Objawy depresyjne, lękowe, obsesyjno-kompulsyjne nie są specyficzne dla wszystkich chorych z rozpoznaniem AN. Występowanie podobnych symptomów: depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych, lękowych, zarówno w grupie chorych na AN, jak i w grupie kontrolnej świadczy raczej o występowaniu specyficznych dla okresu adolescencji manifestacji psychicznych niż charakterystycznych dla AN objawach współwystępujących.

Autorki składają podziękowania *prof. dr. hab. med. Jackowi Bombie* za wsparcie merytoryczne w trakcie powstawania pracy.

Piśmiennictwo

1. Namysłowska I. Terapia strukturalna. W: Namysłowska I, red. Terapia rodzin. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Namysłowska I. Adolescencja – wiek dorastania. W: Namysłowska, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: PZWL; 2004, s. 231–246.

3. Blos E. *The adolescent passage*. New York: Int. Univ. Press; 1979.
4. Bomba J, Modrzejewska R. Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania. *Psychiatr. Pol.* 2006; XL, 4: 683–693.
5. Bomba J, Modrzejewska R. Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w późnej fazie dorastania. *Psychiatr. Pol.* 2006; XL, 4: 695–706.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
7. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998, s. 106.
8. Bomba J. Depresja młodzieńcza. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004, s. 266–278.
9. Segal H. *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*. Gdańsk: GWP; 2005.
10. Segal H. *Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej oraz psychoza i twórczość artystyczna i inne eseje*. Gdańsk: GWP; 2006.
11. Siek S. *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wyd. ATK; 1993.
12. Sosnowski T. Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Charlesa D. Spilbergera. *Przeegl. Psychol.* 1977; 20, 2: 355–359.
13. Habrat-Pragłowska E. *Metody psychologiczne w diagnostyce psychiatrycznej*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski S, Wciórka J, red. *Podstawy psychiatrii, t.1*. Wrocław: Wyd. Med. Urban&Partner; 2002, s. 527–538.
14. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. *Jadłowstręt psychiczny — różne postaci, różne terapie*. W: Bomba J, Józefik B. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy i komu*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003, s. 47–53.
15. Pużyński S, Wciórka J. *Narzędzia oceny stanu psychicznego*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski S, Wciórka J, red. *Podstawy psychiatrii, t.1*. Wrocław: Wyd. Med. Urban&Partner; 2002, s. 453–526.
16. Maliński M. *Weryfikacja hipotez wspomagana komputerowo*. Gliwice: Wyd. Politechniki Śl.; 2004.
17. Maliński M., Szymszal J.: *Współczesna statystyka matematyczna w medycynie w arkuszach kalkulacyjnych*. Katowice: Śl. Akad. Med.; 1999.
18. Otto B, Cuntz U, Fruehauf E, Wawarta R, Folwaczny C, Riepl RL, Heiman ML, Lehnert P, Fichter M, Tschop M. *Weight gain decreases elevated plasma ghrelin concentrations of patients with anorexia nervosa*. *Eur. J. Endocrinol.* 2001; 145: 5–9.
19. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania*. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30: 187–200.
20. Łucka I. *Zaburzenia lękowe u dzieci współwystępujące z jadłowstrętem psychicznym*. *Psychiatr. Pol.* 2006; 50: 83–97.
21. Pilaczyńska E, Rybakowski J. *Zespół natręctw*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski S, Wciórka J, red. *Podstawy psychiatrii, t.1*. Wrocław: Wyd. Med. Urban&Partner; 2002, s. 454–466.
22. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia dysocjacyjne*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004; s. 280–295.
23. Pollice C, Kaye WH, Greeno CG, Weltzin TE. *Relationship of depression, anxiety and obsessionalism to state of illness in anorexia nervosa*. *Int. J. Eat Disord.* 1997; 21: 367–376.

24. Nogas G. Psychodynamiczne rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, 72–82.
25. Iniewicz G. Depresja u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychoter.* 2004; 1; 128: 6–11.
26. Lucka I. Zaburzenia depresyjne współwystępujące z jadłowstrętem psychicznym. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38: 621–629.
27. Garcia-Alba C. Anorexia and depression: depressive commorbidity in anorexic adolescents. *Span. J. Psychol.* 2004; 7: 40–52 .
28. Drozdowski P. Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się. W: Bomba J, Józefik B. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy i komu. *Bibl. Psychiarii Pol.* Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003, s. 55–61.
29. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I: Jadłowstręt psychiczny — różne postaci, różne terapie. W: Bomba J, Józefik B, red. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu. *Biblioteka Psychiarii Polskiej.* Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003, s. 47–53.
30. Rajewski A, Talarczyk-Więckowska M. Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30, 811–820.
31. Erikson EH. *Dzieciństwo i społeczeństwo.* Poznań: Wyd. REBIS; 2000.

Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych
Centrum Pediatrii
ul. Gabrieli Zapolskiej 3
41-218 Sosnowiec

ANEKS

Tabela 1. Rozkład nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, z uwzględnieniem liczby i odsetka osób prezentujących je, w grupie z AN i grupie kontrolnej

Czas badania [miesiące]	Grupa z AN		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	32	56,14	subkliniczne
	7	12,28	łagodne
	17	29,83	umiarkowane
	1	1,75	ciężkie
2	35	61,40	subkliniczne
	15	26,32	łagodne
	7	12,28	umiarkowane
3	32	64,00	subkliniczne
	13	26,00	łagodne
	4	8,00	umiarkowane
	1	2,00	ciężkie
6	37	74,00	subkliniczne
	10	20,00	łagodne
	3	6,00	umiarkowane
Czas badania [miesiące]	Grupa kontrolna		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	13	65,00	subkliniczne
	6	30,00	łagodne
	1	5,00	umiarkowane

0 – przy przyjęciu, 2 – po dwóch miesiącach leczenia, 3 – po trzech miesiącach leczenia, 6 – po sześciu miesiącach leczenia. Wynik ogólny w skali CY-BOCS: ocena stopnia nasilenia 0–7 subkliniczne; 8–15 łagodne; 16–23 umiarkowane; 24–31 ciężkie

Tabela 2. Rozkład nasilenia objawów depresyjnych, z uwzględnieniem liczby i odsetka osób prezentujących je w grupie z AN i grupie kontrolnej

Czas badania [miesiące]	Grupa z AN		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	0	0,00	bez zaburzeń
	12	21,05	łagodna depresja
	13	22,81	umiarkowana depresja
	23	40,35	ciężka depresja
	9	15,79	bardzo ciężka depresja
2	10	17,54	bez zaburzeń
	19	33,33	łagodna depresja
	17	29,83	umiarkowana depresja
	8	14,04	ciężka depresja
	3	5,26	bardzo ciężka depresja
3	15	30,00	bez zaburzeń
	12	40,00	łagodna depresja
	9	18,00	umiarkowana depresja
	5	10,00	ciężka depresja
	1	2,00	bardzo ciężka depresja
6	19	38,00	bez zaburzeń
	20	40,00	łagodna depresja
	3	6,00	umiarkowana depresja
	8	16,00	ciężka depresja
Czas badania [miesiące]	Grupa kontrolna		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	8	40,00	bez zaburzeń
	5	25,00	łagodna depresja
	6	30,00	umiarkowana depresja
	1	5,00	ciężka depresja
	0	0,00	bardzo ciężka depresja

0 – przy przyjęciu, 2 – po dwóch miesiącach leczenia, 3 – po trzech miesiącach leczenia, 6 – po sześciu miesiącach leczenia. Ocena nasilenia depresji na podstawie 17-punktowej Skali Depresji Hamiltona: 0–7 bez zaburzeń depresyjnych; 8–12 łagodna depresja; 13–17 depresja o nasileniu umiarkowanym; 18–29; depresja ciężka; 30–52 bardzo ciężka

Tabela 3. Rozkład nasilenia lęku jako stanu z uwzględnieniem liczby i odsetka osób prezentujących go, w grupie z AN i grupie kontrolnej

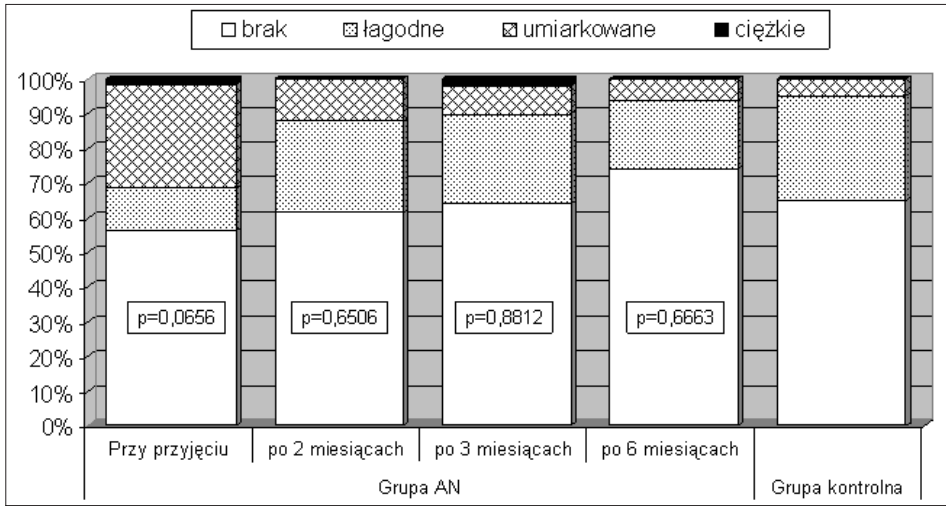
	Grupa z AN		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	5	8,77	niskie
	20	35,09	przeciętne
	32	56,14	wysokie
2	17	29,82	niskie
	16	28,07	przeciętne
	24	42,11	wysokie
3	17	34,00	niskie
	19	38,00	przeciętne
	14	28,00	wysokie
6	22	44,00	niskie
	15	30,00	przeciętne
	13	26,00	wysokie
Czas badania [miesiące]	Grupa kontrolna		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	9	45,00	niskie
	9	45,00	przeciętne
	2	10,00	wysokie

0 – przy przyjęciu, 2 – po dwóch miesiącach leczenia, 3 – po trzech miesiącach leczenia, 6 – po sześciu miesiącach leczenia. Ocena nasilenia lęku jako stanu mierzona za pomocą Kwestionariusza Samooceny Spielbergera STAI, Arkusz X-1; 1–4 steny: wynik niski; 5–6 stenów: wynik przeciętny; 7–10 stenów: wynik wysoki

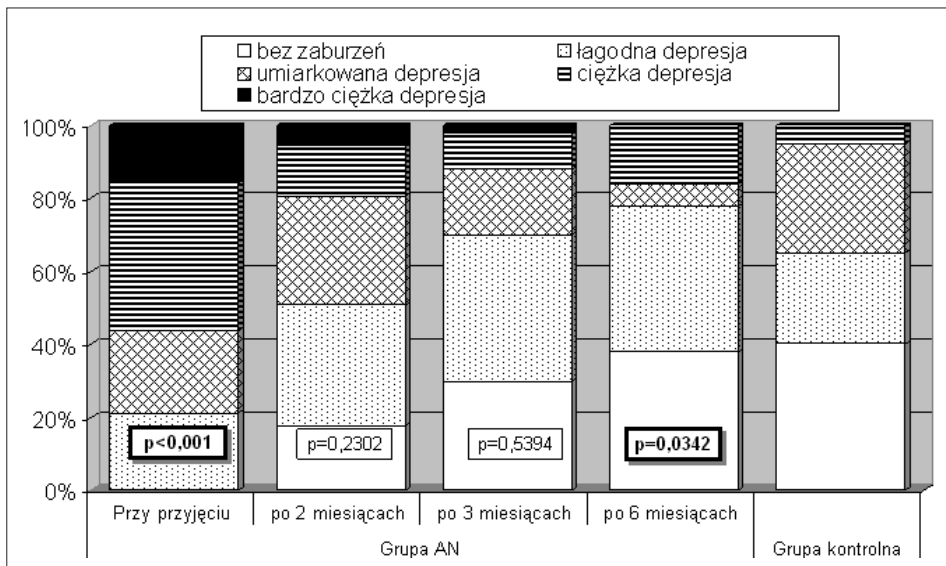
Tabela 4. Rozkład nasilenia lęku jako cechy z uwzględnieniem liczby i odsetka osób prezentujących go, w grupie z AN i grupie kontrolnej

Czas badania [miesiące]	Grupa z AN		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	11	19,30	niskie
	23	40,35	przeciętne
	23	40,35	wysokie
2	15	26,32	niskie
	15	26,32	przeciętne
	27	47,36	wysokie
3	18	36,00	niskie
	12	24,00	przeciętne
	20	40,00	wysokie
6	16	32,00	niskie
	14	28,00	przeciętne
	20	40,00	wysokie
Czas badania [miesiące]	Grupa kontrolna		
	liczba osób	% osób	ocena stopnia nasilenia
0	10	50,00	niskie
	6	30,00	przeciętne
	4	20,00	wysokie

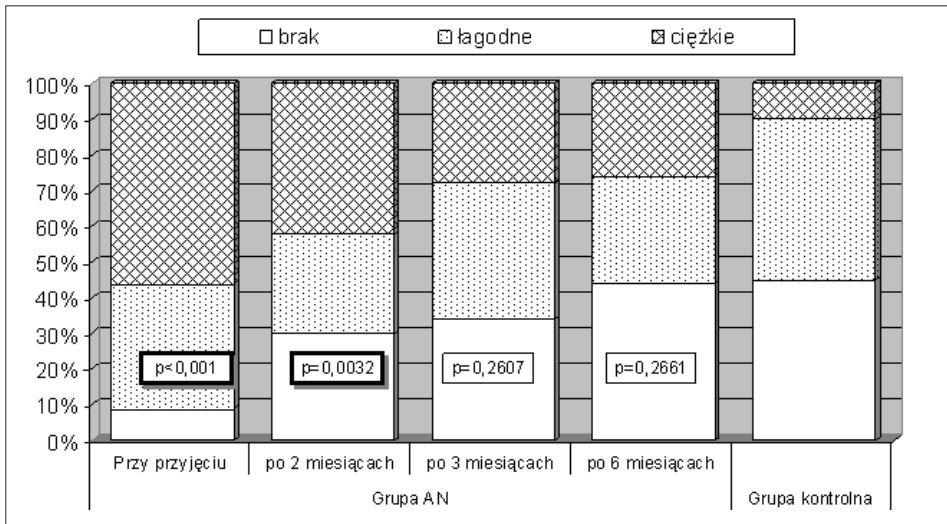
0 – przy przyjęciu, 2 – po dwóch miesiącach leczenia, 3 – po trzech miesiącach leczenia, 6 – po sześciu miesiącach leczenia. Ocena nasilenia lęku jako cechy mierzona za pomocą Kwestionariusza Samooceny Spielbergera STAI, Arkusz X-2; 1–4 steny: wynik niski; 5–6 stenów: wynik przeciętny; 7–10 stenów: wynik wysoki



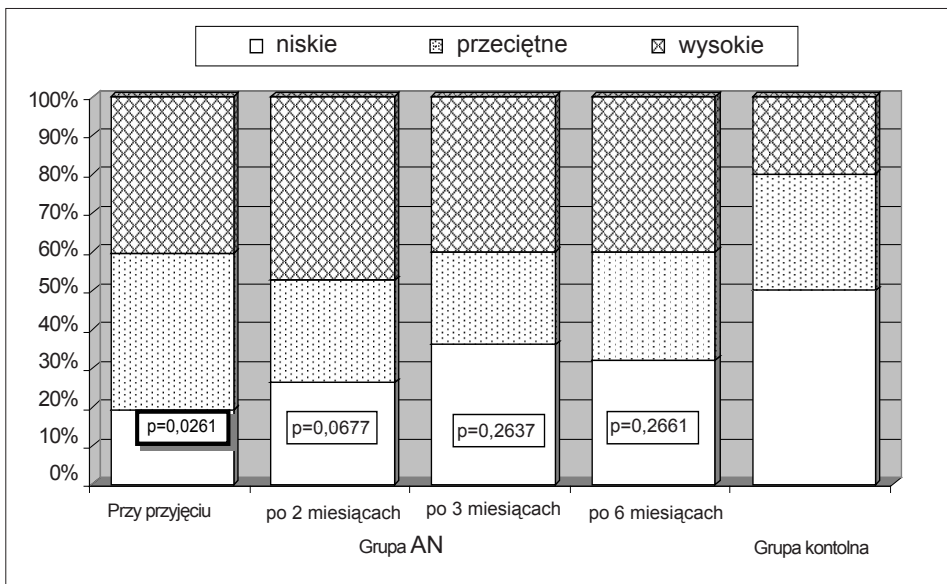
Rys 1. Ocena stopnia nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych w przyjętych okresach badania w grupie z AN i grupie kontrolnej



Rys. 2. Ocena stopnia nasilenia depresyjności w przyjętych okresach badania w grupie z AN i grupie kontrolnej



Rys. 3. Ocena stopnia nasilenia lęku jako stanu w przyjętych okresach badania w grupie z AN i grupie kontrolnej



Rys. 4. Ocena stopnia nasilenia lęku jako cechy w przyjętych okresach badania w grupie z AN i w grupie kontrolnej