

Zaburzenia lękowe u dzieci współwystępujące z jadłowstrętem psychicznym

Anxiety disorders in children suffering from anorexia nervosa

Izabela Ł u c k a

Klinika Psychiatrii Rozwojowej,
Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

Summary

Aim. The basic aim of the study was the estimation of comorbidity of anxiety disorders (including obsessive-compulsive disorders) and anorexia nervosa. The next aim was to make out whether and what kind of influence is exerted on them by environmental (especially the family's) and children's own conditioning. A group of 30 children (the average age – 13.5 years), 27 girls and 3 boys treated for the first episode of anorexia nervosa was considered.

Method. Structured interview from patients as well as their parents, clinical observation, psychiatric and psychological investigation with the use of The Depression Rating Scale for Children (Elva o. Poznansky and comp.), The Hamilton Depression Rating Scale and The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Results were worked out with the help of statistical methods.

Results. The comorbidity of anxiety disorders, OCD and anorexia nervosa in the considered group was frequently observed. Anxiety disorders were observed in the group of 16.7% patients in which 6.7% suffered from generalized anxiety disorders and 10% - from social phobia. According to the anamnesis - 40% of the investigated children, suffered from separation anxiety in the past, 13% - manifested social phobia and 10% - experienced generalized anxiety disorders. Together, during the whole life of those studied, anxiety disorders were observed in 40% of the children. Statistically, in the examined group, depression was significantly frequent amongst children suffering from anxiety disorders and anorexia nervosa ($p < 0.01$). The comorbidity of OCD and anorexia nervosa appeared in 13.3% of the cases. As for intensity – in one case it was extremely severe, in another one – moderate and in two other cases – mild. In the investigated group of children OCD appeared in the restricting subtype of anorexia nervosa. All children with OCD and anorexia nervosa suffered from severe depression syndromes.

Conclusions. In the considered group of children suffering from anorexia nervosa the number of biological as well as psychological events which could predispose to anxiety disorders (including OCD) was found.

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsyjne, jadłowstręt psychiczny, dzieci
Key words: anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, anorexia nervosa, children

Wstęp

Zaburzenia lękowe dotyczące osób w wieku rozwojowym umieszczono w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD–10, w kategorii zaburzeń emocjonalnych. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne zostały zakwalifikowane do zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, do jednej grupy z zaburzeniami lękowymi, ale jednocześnie jasno wyodrębnione. Natomiast zgodnie z kryteriami diagnostycznymi zawartymi w klasyfikacji DSM–IV zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne zaliczono do grupy zaburzeń lękowych [1, 2]. Zdaniem wielu autorów podstawowym symptomem w tego typu zaburzeniach jest lęk, a pozostałe objawy są wtórne. Myśli natrętne są wyrazem przeżywania lęku, czynności natrętne – służą do jego rozładowania [3]. Podzielając powyższe rozumowanie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne włączono w niniejszej pracy do grupy zaburzeń lękowych, następnie rozpatrywano ich współwystępowanie z jądłowstrętem psychicznym.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD–10 stwierdza, iż występujące w zaburzeniach odżywiania się obsesje i kompulsje, obejmujące wszelkie sprawy związane z jedzeniem, nie pozwalają na postawienie odrębnej diagnozy. Nadmierna koncentracja na zagadnieniach dotyczących przyjmowania pokarmów wpisana jest w symptomatykę zasadniczego zespołu chorobowego. Aby rozpoznać towarzyszący jądłowstrętowi psychicznemu zespół natręctw, musi on mieć odmienny, od związanego z odżywianiem się, obraz.

Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w ogólnej populacji oceniane jest na prawie 15%, przy czym 6,5% przypada na uogólnione zaburzenia lękowe, 1,5% na zaburzenia paniczne i pozostałe około 7% – na inne formy zaburzeń lękowych. Zdecydowanie częściej chorują dzieci, jest to najczęstsza forma zaburzeń psychicznych w tym wieku. U młodzieży, zaburzenia lękowe, pośród innych zespołów psychopatologicznych, plasują się na 2–4 miejscu pod względem występowania. Lęk separacyjny rozpoznawano u 0,7 do 4,1% badanych w wieku rozwojowym, częściej u dzieci niż u młodzieży; zaburzenia lękowe uogólnione u 2,6 do 5,9% populacji generalnej, nieznacznie częściej u młodzieży. Fobie proste obserwowano u 3–5% osób w wieku rozwojowym, fobie społeczną zaś u 1,1–1,6% [3, 4].

Istotną cechą zaburzeń lękowych pojawiających się w wieku rozwojowym jest ich przebieg, który może mieć albo charakter chroniczny, albo nawrotowy. Ryzyko ponownego wystąpienia zaburzeń lękowych w okresie dojrzałości jest tym większe, im więcej rodzajów zaburzeń lękowych stwierdzano u danej osoby. Wśród czynników predysponujących do rozwoju omawianych zespołów psychopatologicznych wymienia się najczęściej traumatyczne przeżycia oraz wielokrotnie wyższe ryzyko wystąpienia tych zaburzeń u dzieci, których rodzice chorują na zaburzenia lękowe oraz mieszane zaburzenia lękowe i depresyjne. W wielu analizach podkreśla się, szczególnie częste w tym wieku, współwystępowanie zaburzeń lękowych z innymi zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza zespołami depresyjnymi.

Liczne badania poświęcone problematyce współwystępowania jądłowstrętu psychicznego oraz innych zespołów psychopatologicznych wykazują, iż jednymi z najczęściej obserwowanych są zaburzenia lękowe. Przykładowo: Blitzer i wsp.,

w badanej przez siebie grupie, obok zaburzeń odżywiania się, opisywali u 13% osób zaburzenia w postaci fobii, Theander obserwował zaburzenia lękowe u 13% pacjentów [za: 5]; Halmi i wsp. stwierdzali je u 69% badanych [za: 6]; Morgan i Russell opisywali występowanie zaburzeń lękowych u 45% osób [za: 7]; Steinhausen [8] w metaanalizie doniesień z lat 1953–1996, poświęconej chorym na jadłowstręt psychiczny dzieciom i młodzieży, stwierdził występowanie zaburzeń lękowych u 26% z nich; Bulik i wsp. [9] u 60% cierpiących na jadłowstręt psychiczny kobiet rozpoznali zaburzenia lękowe (występujące obecnie lub w przeszłości), a ponadto stwierdzili, że występowaniu lęku separacyjnego lub uogólnionych zaburzeń lękowych w dzieciństwie z namiennie częściej towarzyszyło zachorowanie na jadłowstręt psychiczny w młodszym wieku.

W badaniach dotyczących współwystępowania zaburzeń psychicznych w ciągu całego życia pacjentów, przeprowadzonych przez Bulika i wsp. [9] w grupach pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, bulimią, „dużą” depresją bez zaburzeń odżywiania się oraz w odpowiednio dobranej grupie kontrolnej, stwierdzono statystycznie znamienne częstsze występowanie zaburzeń lękowych u kobiet chorujących na jadłowstręt psychiczny, w tym statystycznie znamienne częstsze występowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, uogólnionych zaburzeń lękowych i lęku separacyjnego u pacjentów cierpiących na jadłowstręt psychiczny. Lilenfeld i wsp. [10] dodali do tego, także statystycznie znamienne częstszą, w porównaniu z grupą kontrolną, obecność fobii społecznej i fobii specyficznych u chorych na jadłowstręt psychiczny [10].

Z badań epidemiologicznych wynika, że na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne choruje około 1,5–2% populacji ogólnej. Większość doniesień, opisujących ten problem u dzieci, szacuje jego występowanie na poziomie od 0,2 do 1,2%. Choroba ujawnia się najczęściej pomiędzy 7–8 rokiem życia oraz w okresie dojrzewania (12–15 rok życia). Wśród dzieci młodszych od trzech do siedmiu razy częściej chorują chłopcy, potem liczba cierpiących na to zaburzenie jest zbliżona u obu płci [3].

Niektórzy badacze uznawali jadłowstręt psychiczny za pewną odmianę zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Czynił tak na przykład Palmer, w swojej pracy pod tytułem „Anoreksja nerwowa jako przejaw nerwicy natręctw”, i według Coopera [za: 11, 12] oraz Rabe-Jabłońskiej [13] wiele obserwacji wskazuje na taką możliwość, przynajmniej w niektórych przypadkach. Pogląd ten wynika z podobieństw fenotypowych obu tych zaburzeń. Pacjenci chorujący na jadłowstręt psychiczny – podobnie jak cierpiący na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – są natrętnie zajęci całodziennym myśleniem oraz różnymi zabiegami dotyczącymi ich diety, masy i wyglądu ciała.

Badania przeprowadzone wśród osób cierpiących z powodu obsesji-kompulsji wykazały, że około 6–12% z nich ma objawy upoważniające do postawienia rozpoznania zaburzeń odżywiania się. Wyniki analiz odwrotnych, poszukujących zespołu natręctw u pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, były niejednoznaczne. Niektóre nie potwierdziły występowania istotnego statystycznie rozpowszechnienia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wśród osób z zaburzeniami odżywiania się, inne dokumentowały ich istnienie u 7–30% badanych [12, 13, 14]. Badania przeprowadzone przez Thiel i wsp. [12] wykazały występowanie zespołu natręctw u 37,7% chorujących na zaburzenia odżywiania się; dotyczyły one głównie sprzątanania, prania, myśli związanych z chęciami skrzywdzenia siebie lub innych osób oraz przeżywanych przez chorych

patologicznych wątpliwości. W grupie dziewcząt w wieku 13–19 lat, obserwowanych przez Rabe-Jabłońską [13, 14], u 33% występowały zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne [13,14]. Były to głównie osoby z bulimiczną odmianą jadłowstrętu psychicznego, o długotrwałym przebiegu choroby – powyżej 18 miesięcy. U tych pacjentek obserwowano także występowanie zespołu natręctw w przeszłości (od 3 do 10 lat przed zachorowaniem na jadłowstręt) oraz stwierdzano – obecnie lub w przeszłości – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne u krewnych pierwszego stopnia. Pośród zgłaszanych obsesji najczęstszymi okazały się natrętne, patologiczne wątpliwości, natrętne myśli wyrażające agresję wobec innych osób lub samego siebie oraz obsesje na temat grzechu albo czystości. Najliczniej obserwowanymi kompulsjami były czynności natrętne charakterystyczne dla osób w wieku rozwojowym, to znaczy: sprawdzanie, porządkowanie, mycie się i liczenie. Steinhausen [8] w metaanalizie poświęconej jadłowstrętowi psychicznemu u pacjentów do 18 roku życia podaje współwystępowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u 12% z nich. Podobnie Lilenfeld i wsp. [10] stwierdzili statystycznie znamienne częstsze występowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny zarówno w porównaniu z pacjentami chorującymi na bulimię, jak i z grupą kontrolną osób zdrowych.

Cel pracy

Podstawowym celem pracy była analiza jakościowa i ilościowa występowania zaburzeń lękowych oraz obsesyjno-kompulsyjnych, towarzyszących jadłowstrętowi psychicznemu u dzieci do piętnastego roku życia włącznie. Kolejnym – próba ustalenia korelacji pomiędzy występowaniem zaburzeń lękowych o określonym obrazie klinicznym a uwarunkowaniami osobniczymi (z uwzględnieniem obecnego stanu somatycznego, przebytych chorób, doznanych urazów głowy) i środowiskowymi (obejmującymi uwarunkowania rodzinne i funkcjonowanie w grupie rówieśniczej) badanych.

Osoby badane

Badaniami objęto 30 osób, w tym 27 dziewcząt i 3 chłopców, w wieku od 10 lat do 15,8 roku (średnia wieku 13,5 roku), po raz pierwszy leczonych z powodu jadłowstrętu psychicznego.

Hospitalizowanych na pododdziale dziecięcym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku było 21 osób, 6 dzieci było konsultowanych w czasie leczenia stacjonarnego na oddziałach dziecięcych innych szpitali, a troje badanych – pozostawało pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego.

Diagnozę obejmującą zasadniczy zespół chorobowy, zaburzenia lękowe oraz obsesyjno-kompulsyjne ustalano na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych, rewizji dziesiątej. W rozpoznaniu jadłowstrętu psychicznego uwzględniono ponadto, wyodrębnione przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-IV, postaci restrykcyjną i bulimiczną.

Metody badawcze

Zastosowano następujące metody diagnostyczne: wywiad uzyskany od pacjentów oraz ich rodziców, obserwację kliniczną, konsultację rodzinną, badanie psychologiczne (z użyciem Skali Inteligencji Wechslera, Testu Apercepcji Tematycznej, Testu Barwnych Piramid, Testu Dom-Drzewo-Człowiek, Testu Stosunków Rodzinnych), badanie stanu psychicznego (z zastosowaniem Skali Obsesji-Kompulsji Yale-Brown dla Dzieci, a także Skali Depresji dla Dzieci Poznańskiej oraz Skali Depresji Hamiltona). Relacje rodzinne oceniano w większości przypadków na podstawie konsultacji rodzinnych, w pozostałych zaś – bazując na danych płynących z anamnezy. Zebrane informacje oceniało dwóch sędziów kompetentnych. Wyniki opracowano za pomocą metod statystycznych. Do obliczeń użyto testu Chi² Pearsona, testu Chi² Maximal Likelihood oraz dokładnego testu Fishera. Jako priorytetowy – przyjmowano dokładny test Fishera. W przypadku, gdy stwierdzono statystycznie znamiennej różnicę, wartość poziomu istotności została wpisana; jako poziom graniczny przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki

Zaburzenia lękowe obserwowano podczas badania u 6,7% dzieci pod postacią uogólnionych zaburzeń lękowych, a u 10% – w formie lęku społecznego. Według danych uzyskanych z wywiadu, w przeszłości 40% dzieci cierpiało z powodu lęku separacyjnego, 13,3% prezentowało lęk społeczny, a 10% doznawało zaburzeń lękowych uogólnionych. Łącznie, podczas całego dotychczasowego życia badanych, na zaburzenia lękowe cierpiało 40% dzieci.

W grupie pacjentów ze współwystępującymi z jądłowstrętem psychicznym zaburzeniami lękowymi, obserwowano niższe (ale nie znaczące statystycznie) wartości wskaźnika masy ciała. Stwierdzono zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń lękowych w przeszłości i obecnie (Fisher Exact Test, $p < 0,02$) tabela 1, 2*. Wśród dzieci cierpiących w przeszłości lub podczas badania na zaburzenia lękowe statystycznie znamiennej częściej obserwowano zespoły depresyjne (test porównania procentowego, $p < 0,01$). Znalezione statystycznie znamiennej zależność pomiędzy lękiem przed dorosłością, upatrywanym jako czynnik wyzwalający chorobę, a występującymi w przeszłości (Fisher Exact Test, $p < 0,02$) tabela 3 oraz doznawanymi przez dziecko obecnie zaburzeniami lękowymi (Pearson Chi-square, $p < 0,03$) tabela 4. Dzieci cierpiące na jądłowstręt psychiczny, zgłaszające dodatkowo w trakcie badania zaburzenia lękowe, prędzej obejmowano opieką lekarską. W rodzinach prezentujących nieprawidłowe nawyki żywieniowe dzieci statystycznie znamiennej częściej w przeszłości chorowały na zaburzenia lękowe (M-L Chi-square, $p < 0,01$) tabela 5. Na podstawie informacji uzyskanych z wywiadów wiadomo, że osoby pochodzące z rodzin, w których matki przejawiały prawidłowy stosunek do odżywiania się, nie cierpiały na zaburzenia lękowe w przeszłości (M-L Chi-square, $p < 0,01$) tabela 5. W rodzinach, określanych według kryteriów Minuchina jako psychosomatyczne, dzieci w przeszłości przejawiały zaburzenia lękowe (M-L Chi-square, $p < 0,06$) tabela 6. Pacjenci obecnie cierpiący z powodu

* Tabele zamieszczono w aneksie.

zaburzeń lękowych pochodzą z rodzin, w których pracuje tylko jedno z rodziców (M-L Chi-square, $p < 0,02$) tabela 7.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne występowały u 13,3% dzieci, w tym w jednym przypadku skrajnie ciężkie, w jednym – umiarkowane, w dwóch – łagodne. U dwojga badanych miały one charakter uporczywej koncentracji na modlitwach, u pozostałych – dotyczyły potrzeby porządkowania i mycia się. W tej grupie dzieci stwierdzono niższe, niż w przypadku innych współwystępujących z jadłowstrętem zespołów psychopatologicznych (w tym depresji, cech nieprawidłowo kształtującej się osobowości), wartości wskaźnika masy ciała – BMI (dla testów jednostronnych, $p < 0,04$) tabela 8. Wszystkie osoby prezentujące zespoły natręctw cierpiały na restrykcyjną postać jadłowstrętu psychicznego. Wszystkie dzieci cierpiące na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne ujawniały objawy ciężkiej depresji. Stwierdzono krótszy czas pomiędzy wystąpieniem objawów jadłowstrętu psychicznego a podjęciem leczenia przez dzieci dodatkowo obciążone zespołem natręctw tabela 9. Znalaziono statystycznie znamiennej zależność pomiędzy obserwowanymi zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi a doznanymi przez pacjentów urazami głowy (M-L Chi-square, $p < 0,04$) tabela 10. Zauważono także istnienie u dzieci statystycznie znamiennej zależności pomiędzy występowaniem zespołów natręctw a leczeniem (w przeszłości) z powodu zaburzeń emocjonalnych (Pearson Chi-square, $p < 0,05$) tabela 11. Analizując funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, zauważono, iż wszystkie dzieci z zespołem natręctw, towarzyszącym jadłowstrętowi, były samotne (Fisher Exact Test, $p < 0,03$) oraz nieakceptowane w swoim środowisku (Fisher Exact Test, $p < 0,02$) tabela 12, 13. Matki wszystkich dzieci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi miały nieprawidłowy stosunek do odżywiania się.

Omówienie wyników

Doniesienia zawarte w piśmiennictwie najczęściej, obok zespołów depresyjnych, opisują współwystępowanie zaburzeń lękowych [6, 7, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23]. W badanej grupie znalazło to potwierdzenie, u dziewięciu bowiem osób, spośród dwunastu cierpiących w przeszłości lub obecnie na zaburzenia lękowe, podczas badania obserwowano objawy depresji (wśród nich wszystkie dzieci z zespołem lęku uogólnionego i lękiem społecznym). Objawy te, poważnie upośledzając funkcjonowanie psychospołeczne, zwiększają ryzyko depresji. Potwierdzono statystycznie znacząco częstsze występowanie zaburzeń lękowych u dzieci cierpiących na jadłowstręt psychiczny, w porównaniu z populacją osób w wieku rozwojowym [3]. Teza ta odnosi się zwłaszcza do lęku separacyjnego i lęku społecznego ($p < 0,001$). W stosunku do uogólnionych zaburzeń lękowych jest ona prawdziwa tylko wtedy, gdy rozpatrujemy dolną granicę zakresu rozpowszechnienia tego zjawiska, tj. od 2,6% do 5,9% dzieci ($p < 0,05$). Biorąc pod uwagę jego górną wartość, nie znajdujemy statystycznie istotnej różnicy. Być może jest to związane z opisywaną przez badaczy, znaczącą rolą czynników środowiskowych (w tym modelowania rodzicielskiego) w powstawaniu dziecięcych zaburzeń lękowych. W rozwoju uogólnionych zaburzeń lękowych podkreśla się większe znaczenie uwarunkowań genetycznych [4].

Wśród badanych osób stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy doznawanymi w przeszłości i obecnie zaburzeniami lękowymi. Odpowiada to głoszonej przez innych autorów tezie o „kontinuum rozwojowym” zaburzeń lękowych, które na przestrzeni życia danego pacjenta mogą pojawiać się, zmieniając nieco swą symptomatykę [4, 13].

Opisywane jako niespecyficzny, ale znaczący, czynnik rozwoju zaburzeń lękowych tak zwane „behawioralne zahamowanie”, rozumiane jako obawa przed szeroko ujmowanym „nowym”, przejawiające się obawą, niechęcią i znacznym ograniczeniem poznawania otaczającego świata, znalazło potwierdzenie u badanych dzieci [4]. Zauważono statystycznie istotną zależność między zgłaszanym lękiem przed dorosłością a przebytymi i obecnie występującymi zaburzeniami lękowymi.

W rodzinach prezentujących nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz w tak zwanych „rodzinach psychosomatycznych” dzieci statystycznie znamiennej częściej przejawiały zaburzenia lękowe. Jest to zgodne ze stwierdzanymi w piśmiennictwie istotnie częstszymi zaburzeniami lękowymi u rodziców lękowych dzieci. W rodzinach psychosomatycznych zwłaszcza matki (i/lub babcie), z powodu lękowego odbierania świata zewnętrznego, są nadopiekuńcze w stosunku do swoich dzieci, mają trudności w adaptacji do jakichkolwiek zmian, nawet tych wynikających z naturalnego cyklu życia rodziny. Poprzez, nieraz symbiotyczne, związki z dziećmi utrudniają proces separacji i indywidualizacji, powodując ich wyizolowanie z grupy rówieśniczej. Z drugiej strony – matki niepewne swych kompetencji często nadmiernie koncentrują się na „zewnętrznych” przejawach troski macierzyńskiej, to znaczy na dbaniu o sprawy żywienia i zdrowia dzieci, z pominięciem innych sfer, istotnych dla prawidłowego ich rozwoju [24, 25].

Dzieci, których tylko jedno z rodziców pracowało, podczas badania ujawniały zaburzenia lękowe. Fakt ten może być interpretowany jako wyraz decyzji rodzica o pozostaniu w domu, a więc bezpośrednio korespondować z problematyką lęku separacyjnego. Może także być wyrazem niepokoju panującego w rodzinach w związku z niepewną sytuacją na rynku pracy.

Wśród badanych osób znaleziono statystycznie istotny związek pomiędzy występowaniem w przeszłości zaburzeń lękowych a prezentowanymi podczas badania zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Podobną, choć nie znamiennej, zależność obserwowano w stosunku do aktualnie doznawanych zaburzeń lękowych. Jest to zgodne z poglądami niektórych badaczy, zwłaszcza tych zaliczających zespoły natręctw i zaburzenia lękowe do tej samej kategorii diagnostycznej [3]. Można tutaj znów byłoby mówić o koncepcji „kontinuum rozwojowego” zaburzeń lękowych.

W piśmiennictwie podkreśla się statystycznie istotnie częstsze występowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny, w porównaniu z ogólną populacją [3, 5, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28]. W grupie badanych dzieci potwierdzono tę tezę ($p < 0,04$).

U dzieci z towarzyszącymi jadłowstrętowi psychicznemu zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi stwierdzano objawy depresji. Zgadza się to z doniesieniami innych badaczy, podkreślających częste współwystępowanie obu tych zaburzeń [3, 6, 16].

Wszystkie osoby z badanej grupy, prezentujące objawy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, cierpiały na postać restrykcyjną jadłowstrętu psychicznego. Według spostrzeżeń innych autorów, występowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych albo nie ma związku z określoną postacią jadłowstrętu, albo wiąże się z jego odmianą bulimiczną [22].

Czas trwania zaburzeń odżywiania się, liczony od momentu ujawnienia się symptomów, wśród dzieci ze współwystępującymi natręctwami nie różnił się od średniego czasu trwania jadłowstrętu w całej grupie. Inni badacze skłonni są raczej łączyć pojawienie się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, z długotrwałym przebiegiem jadłowstrętu psychicznego [13, 14].

Stwierdzono istotną zależność pomiędzy doznanymi w przeszłości urazami głowy, chorobami somatycznymi oraz innymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi leczenia, łącznie z koniecznością hospitalizacji, a obserwowanymi zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Powyższe obserwacje wskazują na wzmożoną w tej grupie dzieci podatność na zranienie, wynikającą z podłoża konstytucjonalnego, środowiskowego, czy też obu tych czynników razem.

W badanej grupie stwierdzono statystycznie znacząco niższy wskaźnik masy ciała u dzieci cierpiących dodatkowo na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, w porównaniu z innymi osobami. Na możliwy związek pomiędzy wyniszczeniem organizmu na skutek głodzenia się a ujawniającymi się natręctwami zwracali uwagę także inni autorzy [13, 14].

Biorąc pod uwagę tezę, traktującą jadłowstręt psychiczny jako manifestację zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [11], można byłoby rozważać ją u jednej osoby, u której obserwowano zespół natręctw wcześniej niż pojawiły się zaburzenia odżywiania. Jednak, z drugiej strony, pozostawały one w remisji, a nasiliły się ponownie w efekcie wyniszczenia organizmu.

Wszystkie dzieci ze współwystępującymi zespołami natręctw źle funkcjonowały w środowisku. Były określane jako samotne i nieakceptowane w grupie rówieśniczej. Cechy te mogą charakteryzować zarówno osoby z zaburzeniami odżywiania się, jak i z „czystymi” zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi.

Wnioski

Po przeprowadzeniu badań sformułowano następujące wnioski:

1. W badanej grupie dzieci zaburzenia lękowe statystycznie istotnie częściej współwystępowały z jadłowstrętem psychicznym. Dotyczyło to:
 - zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych ($p < 0,045$);
 - zaburzeń lękowych (w tym: uogólnionych zaburzeń lękowych oraz lęku społecznego) obserwowanych podczas obecnego epizodu jadłowstrętu psychicznego ($p < 0,03$);
 - zaburzeń lękowych (w tym: lęku separacyjnego, lęku społecznego oraz uogólnionych zaburzeń lękowych) doznawanych w przeszłości ($p < 0,0001$).
2. U pacjentów cierpiących na jadłowstręt psychiczny ze współistniejącymi obecnie lub występującymi w przeszłości zaburzeniami lękowymi istotnie częściej ($p < 0,01$) rozpoznawano zaburzenia depresyjne.

Фобийные нарушения сосуществующие с психической анорексией у детей**Содержание**

Задание. Основным заданием настоящего исследования был качественный и количественный анализ появления фобийных и обсессивно-компульсивных нарушений, сопутствующих психической анорексии у детей до 15 года жизни. Следующим заданием было установление возможного и, при этом какого, влияния на их появление имеют место личностные и средовые факторы (с особенным учетом семей пациентов).

Методы. Исследования проведены у 30 человек, в том числе у 27 девочек и 3 мальчиков, в возрасте с 10 до 15 лет (средний возраст 13,5 лет) впервые леченных по поводу психической анорексии. Использованы следующие диагностические методы: анамнез, полученный от пациентов и их родителей, клиническое наблюдение, психологическое обследование, оценка психического состояния с применением Шкалы обсессии-компульсии Яле-Броун для детей, а также Шкалы депрессии для детей Познаньского и Шкалы депрессии Гамильтона. Результаты исследований подвергнуты статистическому анализу.

Результаты. Фобийные нарушения были отмечены во время исследования у 6,7% детей общего типа, а у 10% детей в форме социальной фобии. По данным, полученным в анамнезах, ранее 40% детей страдало по поводу фобии сепарации, 13,3% проявляло социальную фобию, а 10% детей жаловалось на общие фобийные состояния. В сумме, во время всей до настоящего момента жизни исследованных, фобийные нарушения присутствовали у 40% детей.

В ходе исследований отмечена зависимость между появлением фобийных нарушений в прошлом и атуальном (Fisher Exact Test $p < 0,02$). Среди детей, страдающих в прошлом, или же во время исследования с фобийными нарушениями, статистически достоверно чаще появлялись депрессивные синдромы (Тест процентного сравнения $p < 0,01$). В семьях с порочными навыками в питании, дети, статистически чаще в прошлом, проявляли фобийные нарушения (M-L Chi square, $p < 0,01$). Обсессивно-компульсивные симптомы отмечены у 13,3% детей, в том числе в одном случае очень тяжелые, у двоих – легкие. У двоих детей эти симптомы носили характер упорной концентрации на молитве, у остальных наблюдалась потребность упорядочивания и мытья. В этой группе детей отмечены низшие, чем в случаях иных сопутствующих с психической анорексией симптомов психопатологического харктера. Показатели коэффициента массы тела – BMI (для односторонних тестов $p < 0,04$).

Все обследованные с симптомами навязчивостей страдали рестриктивной формой психической анорексии. Все дети с обсессивно-компульсивными нарушениями проявляли симптомы тяжелой депрессии.

Komorbidität der Angststörungen und Anorexia nervosa bei Kindern**Zusammenfassung**

Das Grundziel der Arbeit war die Quantitäts- und Qualitätsanalyse der Angststörungen und obsessiv - kompulsiven Störungen, die Anorexia nervosa bei Kindern bis zum fünfzehnten Lebensjahr begleiten. Das nächste - zu bestimmen, ob und welchen Einfluss auf ihr Auftreten die persönlichen Bedingungen und Milieu haben (mit besonderer Berücksichtigung der Familie). An der Studie nahmen 30 Personen teil, darunter 27 Mädchen und 3 Jungen im Alter von 10 bis 15 Jahren (Durchschnittsalter 13,5 Jahre), die zum ersten Mal wegen Anorexia nervosa behandelt wurden.

Es wurden folgende diagnostische Methoden angewandt: Anamnese mit den Patienten und ihren Eltern, klinische Beobachtung, psychologische Untersuchung, Untersuchung des psychischen Zustands mit der Anwendung der Yale Brown - Skala der Obsessie - Kompulsion für Kinder, auch der Skala der Angst und Depression für Kinder von Poznansky und der Skala

der Depression von Hamilton. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe von statistischen Methoden bearbeitet.

Ergebnisse. Angststörungen beobachtete man während der Studie bei 6,7% der Kinder in der Form der allgemeinen Angststörungen, und bei 10% der Personen - in der Form der sozialen Phobie. Nach den Ergebnissen aus der Anamnese, litten in der Vergangenheit 40% der Kinder an Separationsangst, 13,3% an soziale Phobie, und 10% an allgemeine Angststörungen. Insgesamt litten während des ganzen bisherigen Lebens der Untersuchten 40% der Kinder an Angststörungen. Es wurde die Abhängigkeit zwischen dem Auftreten der Angststörungen in der Vergangenheit und in der Gegenwart festgestellt (Fisher Exact Test, $p < 0,02$). Unter den Kindern, die in der Vergangenheit oder während der Studie an Angststörungen litten, beobachtete man bedeutend häufiger die depressiven Syndrome (Test der Prozentsatzvergleiches, $p < 0,01$). In den Familien, die schlechte Essgewohnheiten haben, erkrankten die Kinder in der Vergangenheit bedeutend häufiger an Angststörungen (M-L Chi-square, $p < 0,01$). Die obsessiv - kompulsiven Störungen traten bei 13,3% der Kinder auf, darunter waren in einem Fall äußerst schwer, in einem anderen - mäßig, in zwei Fällen - mild. Bei zwei Untersuchten waren sie vom Charakter einer beharrlichen Konzentration auf Gebet, bei anderen - betrafen sie Ordnung und Waschen. In dieser Kindergruppe wurden niedrigere als bei anderen Werte des BMI - Index festgestellt als bei anderen mit Anorexia nervosa komorbiden psychopathologischen Syndromen (für einseitige Tests, $p < 0,04$). Alle Personen mit Zwangssymptomen litten an eine restriktive Form der Anorexia nervosa. Alle Kinder, die an obsessiv - kompulsive Störungen litten, zeigten die Symptome der schweren Depression.

Les troubles anxieux coexistent avec l'anorexie nerveuse chez les enfants

Résumé

Objectif. Analyse des troubles anxieux et obsessifs-compulsifs coexistent avec l'anorexie nerveuse chez les enfants (jusqu'à l'âge de 15 ans) et la réponse à la question suivante: quelles sont les conditions (personnelles et sociales) de son apparition?

Méthode. On examine les cas de 30 personnes (27 filles et 3 garçons, de l'âge de 10 à 15 ans, moyenne de l'âge - 13,5) suivant leur première thérapie de l'anorexie nerveuse. L'analyse base sur: interviews structurés des patients et de leurs parents, observation clinique, examen psychologique et psychiatrique avec The Depression Rating Scale for Children de Poznansky, The Hamilton Depression Rating Scale, The Children Yale-Brown Obsessif-Compulsif Scale. Les résultats sont analysés à l'aide des méthodes statistiques.

Résultats. Chez 6,7% d'enfants on observe les troubles anxieux généralisés, chez 10% d'eux - la phobie sociale. D'après les données du passé (interviews) 40% d'enfants souffraient de la phobie de la séparation, 13,3% - de la phobie sociale, 10% - des troubles anxieux généralisés. En général, 40% d'enfants souffraient des troubles anxieux dans le passé. On atteste la corrélation des troubles du passé avec ceux du présent (Fisher Exact Test, $p < 0,02$)

Dans les troubles du passé on note surtout les troubles dépressifs ($p < 0,01$). Dans les familles avec les troubles d'alimentation on note chez les enfants avant tout les trouble anxieux (M-L Chi-square, $p < 0,01$). Les troubles obsessifs-compulsifs sont notés chez 13,3% d'enfants, dans un cas - très grave, dans le second - modéré, dans le troisième - faible. Deux enfants se sont concentrés à la prière persévérante, les autres se sont concentrés à l'action de se laver et de tout nettoyer. Leurs index de poids - BMI ($p < 0,04$). Tous ces enfants souffrent de la forme restrictive de l'anorexie nerveuse. Chez les enfants avec les troubles obsessifs-compulsifs on note aussi les symptômes de la grave dépression.

Piśmiennictwo

1. *ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne.* Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.

2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4-th ed.)*. Washington, American Psychiatric Association; DC, 1994.
3. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży*. Łódź: Pabianickie Zakłady Graficzne; 1995.
4. Rabe-Jabłońska J. *Dziecięce zaburzenia lękowe. Epidemiologia, czynniki ryzyka, zasady rozpoznawania, przebieg, współchorobowość, leczenie, zapobieganie*. Psychiatr. Psychol. Klin. Dzieci i Młodzieży 2001; 1, 3: 203–208.
5. Hsu LKG, Crisp AH, Callender JS. *Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorexics 22 years after onset of illness: a pilot study*. Compr. Psychiatry 1992; 33 (2): 123–127.
6. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW. *Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. J. Nerv. Ment. Dis. 1988; 176, 3: 131–143.
7. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekelblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB. *Mortality in eating disorders: a descriptive study*. Int. J. Eat. Disord. 2000; 28 (1): 20–26.
8. Steinhausen HC. *Annotation: outcome of anorexia nervosa in younger patient*. J. Child Psychol. Psychiatr. 1997; 38 (3): 271–276.
9. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. *Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study*. Acta Psychiatr. Scand. 1997; 96: 101–107.
10. Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno KG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L. *A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Arch. Gen. Psychiatry 1998; 55: 603–610.
11. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D, Riboldi C, Smeraldi E. *Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders*. Am. J. Psychiatry 2001; 158 (4): 563–569.
12. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, Jacoby GE, Schufslers G. *Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 72–75.
13. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego*. Nowa Med. 1996; 17: 67–71.
14. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania*. Psychiatr. Pol. 1996; XXX, 2: 187–200.
15. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. *Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa, co-morbidity and chronology of appearance*. Eur. Psychiatry 2000; 15 (1): 38–45.
16. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 712–718.
17. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. *Prospective 10-year follow-up of adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation*. J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip. 2001; 42 (5): 603–612.
18. Steinhausen HC. *Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings*. Psychol. Med. 1983; 13: 239–249.
19. Steinhausen HC, Glanville K. *A long-term follow-up of adolescent anorexia nervosa*. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 68: 1–10.
20. Theander S. *Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of Swedish long-term study*. J. Psychiatr. Res. 1985; 19 (2/3): 493–508.
21. Tolstrup K. *Incidence and causality of anorexia nervosa seen in historical perspective*. Acta Psychiatr. Scand. 1990; 361 (82): 1–6.
22. Żechowski C, Jakubczyk A. *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z jadłowstrętem i żarłocznością psychiczną*. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2000, s. 107–114.

23. Żechowski C. *Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 2001; 3: 272.
24. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2000.
25. Dunajska A, Sobieszcańska S, Rabe-Jabłońska J. *Psychoterapia pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Podstawy teoretyczne, cele, metody*. Psychiatr. Psychol. Klin. Dzieci i Młodz. 2001; 1: 154–168.
26. Bryńska A. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne u dzieci i młodzieży – przegląd piśmiennictwa. Część I*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI, 4: 417–428.
27. Bryńska A. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne u dzieci i młodzieży – przegląd piśmiennictwa. Część II*. Psychiatr. Pol. 1998; t. XXXII, 1: 77–88.
28. Tolstrup K, Brinch M, Isager T, Nielsen S, Nystrup J, Severin B, Olesen NS. *Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa*. Acta Psychiatr. Scand. 1985; 71: 380–387.

Otrzymano: 28.04.2004

Zrecenzowano: 4.03.2005

Przyjęto do druku: 5.09.2005

Adres: Klinika Psychiatrii Rozwojowej,

Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego AM

80-282 Gdańsk, ul. Srebrniki 1

ANEKS – TABELE

Tabela 1

Zależność między przebytymi zaburzeniami lękowymi a masą ciała

Wartości średnie	Mean	Mean			
	Zaburzenia lękowe w przeszłości – Tak	Zaburzenia lękowe w przeszłości – Nie	t-value	df	p
BMI przed chorobą	19,31	21,07	-1,50	28	0,144
BMI podczas badania	14,20	15,55	-1,60	28	0,121
Waga minimalna	46,84	45,76	0,57	28	0,570
Waga maksymalna	63,04	61,59	0,57	28	0,570

Tabela 2

Zależność między zaburzeniami lękowymi występującymi obecnie a masą ciała

Wartości średnie	Mean	Mean			
	Zaburzenia lękowe obecnie – Tak	Zaburzenia lękowe obecnie – Nie	t-value	df	p
BMI przed chorobą	18,69	20,56	-1,17	28	0,252
BMI podczas badania	14,64	14,98	-0,29	28	0,772
Waga minimalna	43,28	46,86	-1,46	28	0,154
Waga maksymalna	58,26	63,07	-1,46	28	0,154

Tabela 3

Zależność między lękiem przed dorosłością a doznawanymi w przeszłości zaburzeniami lękowymi

	Zaburzenia lękowe w przeszłości	Zaburzenia lękowe w przeszłości	Razem
Lęk przed dorosłością	Nie	Tak	Razem
Nie	15	8	23
%	65,22%	34,78%	23
Tak	1	6	7
%	14,29%	85,71%	7
Razem	16	14	30

Tabela 4

Zależność między lękiem przed dorosłością a zaburzeniami lękowymi podczas badania

	Zaburzenia lękowe obecnie	Zaburzenia lękowe obecnie	Razem
Lęk przed dorosłością	Nie	Tak	Razem
Nie	21	2	23
%	91,30%	8,70%	23
Tak	4	3	7
%	57,14%	42,86%	7
Razem	25	5	30

Tabela 5

Zależność między nawykami żywieniowymi a przeżytymi zaburzeniami lękowymi

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe	Zaburzenia lękowe w przeszłości	Zaburzenia lękowe w przeszłości	Razem
W rodzinach	Nie	Tak	Razem
Nie	4	0	4
%	100,00%	0,00%	4
Tak	12	14	26
%	46,15%	53,85%	26
Razem	16	14	30

Tabela 6

Zależność: rodziny psychosomatyczne a przebyte zaburzenia lękowe

Rodziny psychosomatyczne	Zaburzenia lękowe w przeszłości	Zaburzenia lękowe w przeszłości	Razem
	Nie	Tak	Razem
Nie	13	7	20
%	65,00%	35,00%	20
Tak	3	7	10
%	30,00%	70,00%	10
Razem	16	14	30

Tabela 7

Zależność: praca zawodowa rodziców a zaburzenia lękowe

	Zaburzenia lękowe obecnie	Zaburzenia lękowe obecnie	Razem
	Nie	Tak	Razem
Oboje pracują	18	1	19
%	94,74%	5,26%	19
Jedno pracuje	7	4	11
%	63,64%	36,36%	11
Razem	25	5	30

Tabela 8

Zależność między zespołem natężeń a masą ciała

	Mean	Mean			
Wartości średnie	Zespół natężeń – Tak	Zespół natężeń – Nie	t-value	df	p
BMI przed wystąpieniem choroby	18,66	20,49	-1,04	28	0,305
BMI podczas badania	13,98	15,07	-0,85	28	0,400
Waga minimalna	42,16	46,89	-1,80	28	0,083
Waga maksymalna	56,75	63,11	-1,80	28	0,083

Tabela 9

Zależność między zespołem natężeń a wcześniejszymi hospitalizacjami

	Zespół natężeń	Zespół natężeń	Razem
	Nie	Tak	Razem
Hospitalizacje – Nie	18	0	18
%	100,00%	0,00%	18
Hospitalizacje – Tak	8	4	12
%	66,67%	33,33%	12
Razem	26	4	30

Tabela 10

Zależność między zespołem natręctw a urazami głowy

	Zespół natręctw	Zespół natręctw	Razem
	Nie	Tak	Razem
Urazy głowy			
Nie	24	2	26
%	92,31%	7,69%	26
Tak	2	2	4
%	50,00%	50,00%	4
Razem	26	4	30

Tabela 11

Zależność między zespołem natręctw a przebytymi zaburzeniami emocjonalnymi

	Zespół natręctw	Zespół natręctw	Razem
	Nie	Tak	Razem
Zaburzenia emocjonalne – Nie	19	1	20
%	95,00%	5,00%	20
Zaburzenia emocjonalne – Tak	7	3	10
%	70,00%	30,00%	10
Razem	26	4	30

Tabela 12, 13

Zależność między zespołem natręctw a funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej

	Zespół natręctw	Zespół natręctw	Razem
	Nie	Tak	Razem
Samotne	10,0	4,0	14,0
%	71,43%	28,57%	14,0
Towarzyskie	16,0	0,0	16,0
%	100,0%	0,0%	16,0
Razem	26,0	4,0	30,0

	Zespół natręctw	Zespół natręctw	Razem
	Nie	Tak	Razem
Nieakceptowane	8,0	4,0	12,0
%	66,67%	33,33%	12,0
Akceptowane	18,0	0,0	18,0
%	100,0%	0,0%	18,0
Razem	26,0	4,0	30,0