Zaburzenia lękowe u dzieci współwystępujące z jadłowstrętem psychicznym

Anxiety disorders in children suffering from anorexia nervosa

Izabela Łucka

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdąsku
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 amnnesis - 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 kluczne: zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, jadłowstręt psychiczny, dzieci
Key words: anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, anorexia nervosa, children
Wstęp


Międzyrodowa Klasyfikacja Chorób ICD–10 stwierdza, iż występujące w zaburzeniach odżywiania się obsesje i kompulsje, obejmujące w zewelkie sprawy związane z jedzeniem, nie pozwalają na postawienie odrębnej diagnosty. Nadmierna koncentracja na zagadnieniach dotyczących przyjmowania pokarmów wpisana jest w symptomatykę zasadniczego zespołu chorobowego. Aby rozpoznać towarzyszący jadłowstwu i psychicznemu zespół nateżtów, musi on mieć odrębny, odwiązanego z odżywianiem się, obraz.

Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w ogólnej populacji oceniane jest na prawie 15%, przy czym 6,5% przypadło 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, pla- sują 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, niemalcznie częściej u młodzieży. Fobię proste obserwowano u 3–5% osób w wieku rozwojowym, fobię 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 dojrzalności jest tym większe, im więcej rodzajów zaburzeń lękowych stwierdzono u danej osoby. Wśród czynników przyspieszających do rozwoju omawianych zespołów psychopatologicznych wymienia się najczęściej traumatyczną przeżyć oraz wielokrotnie wyższe ryzyko wystąpienia tych zaburzeń u dzieci, których rodzice chorują na zaburzenia lękowe oraz mieszaną zaburzenia lękowe i depresyjne. W wielu analizach podkreślają się, szczególnie częstę w tym wieku, współwystępowanie zaburzeń lękowych z innymi zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza zespołami depresyjnymi.

Liczne badania poświęcone problematyce współwystępowania jadłowstwa psychicznego oraz innych zespołów psychopatologicznych wykazują, iż jedynymi z najczęściej obserwowanych są zaburzenia lękowe. Przykładowo: Błitzer 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 [B] w metaanalizie doniesień z lat 1953–1996, poświęconych chorym na jadłownię psychiczny dzieciom i młodzieży, stwierdził występowanie zaburzeń lękowych u 26% z nich; Bulik i wsp. [9] u 60% cierpiących na jadłownię psychiczny kobiet rozpoznali zaburzenia lękowe (występujące obecnie lub w przeszłości), a ponadto stwierdzili, że w występowaniu luku separacyjnego lub uogólnionych zaburzeń lękowych w dzieciństwie znamienię częściej towarzyszyło zachorowanie na jadłownię psychiczny w młodym wieku.

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

Z badań epidemiologicznych wynika, że na zaburzenia obsesjno-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].


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

Cel pracy

Podstawowym celem pracy była analiza jakościowa i ilościowa występowania zaburzeń lękowych oraz obsesyjno-kompulsywnych, towarzyszących jadłownictwu 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, przebytej choroby, doznanych urazów głowy) oraz środowiskowego (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 jadłownictwa psychicznego.

Hospitalizowanych na pododdziale dziecięcym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotychicznych 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 Psychologicznego.

Diagnozę obejmującą zasadniczy zespół chorobowy, zaburzenia lękowe oraz obsesyjno-kompulsywne ustalono na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w interdyscyplinarnej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych, rewizji dzisiejszej. W rozpoznaniu jadłownictwa psychicznego uwzględniono ponadto, wyodrębnione przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-IV, postaci restrykcyjnej i bulimicznej.
Metody badawcze


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 przesłóstci 40% dzieci cierpielo 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 wspólnie występującymi z jadłowstwem 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 znamienne częściej obserwowano zespoły depresyjne (test porównania procentowego, p<0,01). Znaleziono statystycznie znamienne zależność pomiędzy lękiem przed dorosłością, utrzymującym się zainicjowanym jako czynnik wyzwalający chorobę, a występującymi w przeszłości (Fisher Exact Test, p<0,02) tabela 3 oraz doznawanymi przez dziecko obecną zaburzeniami lękowymi (Pearson Chi-square, p<0,03) tabela 4. Dzieci cierpiące na jadłowstwo psychiczne, zgłaszające dodatkowo w trakcie badania zaburzenia lękowe, prądzie obejmowano opieką lekarską. W rodzinach prezentujących nieprawdopodobne zjawy i ewentualne dzieci statystycznie znamienne częściej w przeszłości cho rowały 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 przewiadowy przewidły stosunki do ożywiania się; nie cierpiły na zaburzenia lękowe w przeszłości (M-L Chi-square, p<0,01) tabela 5. W rodzinach, określanych według kryteriów Minuchina jako psychoomatywne, dzieci w przeszłości przeżywały 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-kompulsywne występowyły u 13,3% dzieci, w tym w jednym przypadku skrajnie ciężkie, w jednym – umiarkowane, w dwóch – łagodne. U dwóch badanych miały one charakter uporczywej koncentracji na modlitwach, upośledzającej 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 wskaznika masy ciała – BMI dla testów jednostronnych, p<0,04) tabela 8. Wszystkie osoby prezentujące zespoły nartec tw cierpią na restrykcyjną postać jadłowstrętu psychicznego. Wszystkie dzieci cierpiące na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne ujawniły objawy ciężkiej depresji. Stwierdzono krótki czas pomiędzy wystąpieniem objawów jadłowstrętu psychicznego a podjęciem leczenia przez dzieci dodatkowo obciążone zespołem nartec twa 9. Znalezione statystycznie znamienne zależności pomiędzy obserwowanymi zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi 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 nartec tw 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 nartec tw, 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-kompulsywnymi 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 obecnina zaburzenia lękowe, podczas badania obserwowano objawy depresji (wśród nich wszystkie dzieci z zespołem lęgu uogólnionego i lękiem społecznym). Objawy te, poważnie upośledzające funkcjonowanie psychologiczne, zwiększają ryzyko depresji. Potwierdzono statystycznie znaczące 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 lęgu separacyjnego i lękowi społecznemu (p<0,001). W stosunku do uzgodnionych 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 uzgodnionych zaburzeń lękowych podkreśla się większe znaczenie uwarunkowań genetycznych [4].
Zaburzenia lękowe u dzieci współwystępujące z jadłowstwem psychicznym

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 niespecyficzne, ale znaczące, czynniki rozwoju zaburzeń lękowych tak zwane „behavioralne zahamowanie”, rozumiane jako obawa przed szeroko ujmowanym „nowym”, przejawiając się obawą, niechęcią i znacznym ograniczeniem poznania otaczającego świata, znalazło potwierdzenie u badanych dzieci [4]. Zauważono statystycznie istotną zależność między zgłaszonym lękiem przed dorosłością a przeżywianymi i obecnymi występującymi zaburzeniami lękowymi.

W rodzinach prezentujących nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz w tak zwanych „rodzinach psychosomatycznych” dzieci statystycznie znamienie 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 babie), z powodu lękowego odbierania świata zewnętrznego, są nadpierścieniste w stosunku do swoich dzieci, mają trudności w adaptacji do jakichkolwiek zmian, nawet tych wynikających z naturalnego cyklu życia rodziny. Poprzez, nierzaz symbiontyczną, związki z dziećmi utrudniają proces separacji i indywidualizacji, powodując ich wyizolowanie z grupy rówieśniczej. Z drugiej strony – matki niewielkie swych kompetencji często nadmiernie koncentrują się na „zewnętrznym” przejawach trudności macierzyńskiej, to znaczy na dbaniu o sprawę żywienia i zdrowia dziecka, 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 obsesjono-kompulsyjnymi. Podobną, choć nie znamienię, zależność obserwowano w stosunku do aktualnie doznawanych zaburzeń lękowych. Jest to zgodne z poglądami niektórych badaczy, zwłaszcza tych zaliczających zespoły nartcysty i zaburzenia lękowe do tej samej kategorii diagnostycznej [3]. Można tutaj znać byłoby mówić o koncepcji „kontinuum rozwojowego” zaburzeń lękowych.

W piśmiennictwie podkreślono się statystycznie istotnie częstsze występowanie zaburzeń obsesjono-kompulsyjnych u osób cierpiących na jadłowstwo psychiczne, w porównaniu z ogólnej 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 jadłowstwu psychicznemu zaburzeniami obsesjono-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 obsesjno-kompulsyjnych, cierpiały na postać restrykcyjną jadłownictwa psychicznego. Według spostrzeżeń innych autorów, występowanie zaburzeń obsesjno-kompulsyjnych albo nie ma związku z określoną postacią jadłownictwa, albo wiąże się z jego odmianą bulimiczną [22].

Czas trwania zaburzeń odżywiania się, liczony od momentu ujawnienia się symptomów, wśród dzieci ze w spółwystępującymi nątrętwami nie różnił się od średniego czasu trwania jadłownictwa w całej grupie. Innymi badacze skłoni są raczej łączyć pojawienie się zaburzeń obsesjno-kompulsyjnych, z długotrwałym przebiegiem jadłownictwa psychicznego [13, 14].

Stwierdzono istotną zależność pomiędzy doznawanymi w przesłowiach urazami głowy, chorobami somatycznymi oraz innymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi leczenia, łącznie z koniecznością hospitalizacji, a obserwowanymi zaburzeniami obsesjno-kompulsyjnymi. Powyższe obserwacje wskazują na zjawisko, 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 obsesjno-kompulsyjne, w porównaniu z innymi osobami. Na możliwy związek pomiędzy wyniszczeniem organizmu na skutek głodnienia się a ujawniającymi się nątrętwami zwracali uwagę także inni autorzy [13, 14].

Biorąc pod uwagę tezę, traktującą jadłownictwo psychiczne jako manifestację zaburzenia obsesjno-kompulsyjnego [11], można byłoby rozważyć ją u jednej osoby, u której obserwowano zespół nątrew Stef wczesniej niż pojawiały się zaburzenia odżywiania. Jednak, z drugiej strony, pozostawały one w remisji, a rasyśliły się ponownie w efekcie wyniszczenia organizmu.

Wszystkie dzieci ze w spółwystępującymi zespołami nątrew zle funkcjonowały w środowisku. Były określone jako samotne i nieakceptowane w grupie rówieśniczej. Cechy te mogą charakteryzować zarówno osoby z zaburzeniami odżywiania się, jak i z „czystymi” zaburzeniami obsesjno-kompulsyjnymi.

Wnioski

Po przeprowadzeniu badań sformułowano następujące wnioski:

1. W badanej grupie dzieci zaburzenia lekowe statystycznie istotnie częściej współwystępowały z jadłownictwem psychicznym. Dotyczyło to:
   - zaburzeń obsesjno-kompulsyjnych (p<0,045);
   - zaburzeń lekowych (w tym: uogólnionych zaburzeń lekowych oraz leku społecznego) obserwowanych podczas obecnego epizodu jadłownictwa psychicznego (p<0,03);
   - zaburzeń lekowych (w tym: leku separacyjnego, leku społecznego oraz uogólnionych zaburzeń lekowych) doznawanych w przeszłości (p<0,0001).
2. U pacjentów cierpiących na jadłownictwo psychiczne ze w spółwystępującymi obecnie lub występującymi w przeszłości zaburzeniami lekowymi istotnie częściej (p<0,01) rozpoznawano zaburzenia depresyjne.
Фобийные нарушения сосуществующие с психической анорексией у детей

Содержание

Залание. Основным заланием настоящего исследования был качественный и количественный анализ явления фобийных и обессионно-компульсивных нарушений, сосуществующих с психической анорексией у детей до 15 года жизни. Следующим заланием было установление возможного и при этом какого, влияния на их появление имеют место личностные и социальные факторы (с особенным учетом семей пациентов).

Методы. Исследования проводились у 30 человек в том числе у 27 девочек и 3 мальчиков в возрасте от 10 до 15 лет (средний возраст 13,5 лет) впервые 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 обессионно-компульсивная Ял-Браун для детей, а также Шкалы депрессии для детей Познанского 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 страдали по поводу фобии сепарации. 13,3% проявляли социальную фобию, а 10% детей жаловались на обшие фобийные состояния. В сумме, во время всех до настоящего момента исследований, фобийные нарушения у них присутствовали у 40% детей.

В ходе исследований отмечена зависимость между появлением фобийных нарушений в прошлом и актуальным (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 отношения p<0,01). У детей с порочными навыками в питании, дети, статистически чаще в прошлом, проявляли фобийные нарушения (М-1. Chi square, p<0,01). Обессионно-компульсивные симптомы отмечены у 13,3% детей, в том числе в одном случае очень тяжелые, у двоих – легкие. У двух детей эти симптомы носили характер упорного концентрации на мысли, у остальных наблюдалась потребность упорядочивания и мышь. В этой группе детей отмечена низкая, чем в случаях ных сосуществующих с психической анорексией симптомы психопатологического характера. Показатели коэффициента массы тела – ВМР (для односторонних тестов p<0,04).

Все обследованные с симптомами навязчивостей страдали стрессовой формой психической анорексии. Все дети с обессионно-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 obessivi- 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 Obsessiv - Komplulsion für Kinder, auch der Skala der Angst and Depression für Kinder von Poznansky und der Skala...

**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 ebenfalls 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 häufiger, in einem anderen - mäßig, in zwei Fällen - mild. Bei zwei Untersuchten waren sie vom Charakter einer beharrlichen Konzentration auf Gepäck, bei anderen - betraten sie Ordnung und Ordnung. In dieser Kindergruppe wurden niedrigere als bei anderen Werte des BMI - Indexes festgestellt bei anderen mit Anorexia nervosa komorbidien 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 coexistant avec l'anorexie nerveuse chez les enfants**

**Résumé**

**Objectif.** Analyse des troubles anxieux et obsesifs-compulsifs coexistant 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 se base sur: interviews structurées 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% des enfants on observe des 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 troubles anxieux (M-L Chi-square, p < 0,01). Les troubles obsesifs-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 obsesifs-compulsifs on note aussi les symptômes de la grave dépression.

**Piśmiennictwo**


Otrzymano: 28.04.2004
Zarejestrowano: 4.03.2005
Przyjęto do druku: 5.09.2005
Adres: Klinika Psychiatrii Rozwojowej,
Zaburzeń Psychotychicznych i Wieku Podeszłego AM
80-282 Gdańsk, ul. Srebrniki 1

ANEKS – TABELE

### Tabela 1
Zależność między przebytymi zaburzeniami lękowymi a masą ciała

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wartości średnie</th>
<th>Mean</th>
<th>Mean</th>
<th>t-value</th>
<th>df</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zaburzenia lękowe w przeszłości – Tak</td>
<td>19,31</td>
<td>21,07</td>
<td>-1,50</td>
<td>28</td>
<td>0,144</td>
</tr>
<tr>
<td>Zaburzenia lękowe w przeszłości – Nie</td>
<td>14,20</td>
<td>15,55</td>
<td>-1,60</td>
<td>28</td>
<td>0,121</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabela 2
Zależność między zaburzeniami lękowymi występującymi obecnie a masą ciała

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wartości średnie</th>
<th>Mean</th>
<th>Mean</th>
<th>t-value</th>
<th>df</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zaburzenia lękowe obecnie – Tak</td>
<td>18,69</td>
<td>20,56</td>
<td>-1,17</td>
<td>28</td>
<td>0,252</td>
</tr>
<tr>
<td>Zaburzenia lękowe obecnie – Nie</td>
<td>14,64</td>
<td>14,98</td>
<td>-0,29</td>
<td>28</td>
<td>0,772</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Waga minimalna

<table>
<thead>
<tr>
<th>Waga minimalna</th>
<th>46,84</th>
<th>45,76</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Waga maksymalna</td>
<td>63,04</td>
<td>61,59</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Waga maksymalna

<table>
<thead>
<tr>
<th>Waga maksymalna</th>
<th>58,26</th>
<th>63,07</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BMI przed chorobą</td>
<td>18,69</td>
<td>20,56</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI podczas badania</td>
<td>14,64</td>
<td>14,98</td>
</tr>
<tr>
<td>Waga minimalna</td>
<td>43,28</td>
<td>46,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Waga maksymalna</td>
<td>58,26</td>
<td>63,07</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Zaburzenia lękowe u dzieci współwystępujące z jądrowym funkcjonowaniem psychicznym

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zaburzenia lękowe w przeszłości</th>
<th>Zaburzenia lękowe w przeszłości</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lęk przed dorosłością</td>
<td>Nie</td>
<td>Tak</td>
</tr>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>15</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>65,22%</td>
<td>34,78%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tak</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>14,29%</td>
<td>85,71%</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zaburzenia lękowe obecnie</th>
<th>Zaburzenia lękowe obecnie</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lęk przed dorosłością</td>
<td>Nie</td>
<td>Tak</td>
</tr>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>21</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>91,30%</td>
<td>8,70%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tak</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>57,14%</td>
<td>42,86%</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>25</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nieprawidłowe nawyki żywieniowe</th>
<th>Zaburzenia lękowe w przeszłości</th>
<th>Zaburzenia lękowe w przeszłości</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>W rodzinach</td>
<td>Nie</td>
<td>Tak</td>
<td>Razem</td>
</tr>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>100,00%</td>
<td>0,00%</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Tak</td>
<td>12</td>
<td>14</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>46,15%</td>
<td>53,85%</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Zależność: rodziny psychosomatyczne a przebyte zaburzenia lękowe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rodziny psychosomatyczne</th>
<th>Zaburzenia lękowe w przeszłości</th>
<th>Zaburzenia lękowe w przeszłości</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>13</td>
<td>7</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>65,00%</td>
<td>35,00%</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Tak</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>30,00%</td>
<td>70,00%</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Zależność: praca zawodowa rodziców a zaburzenia lękowe

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Zaburzenia lękowe obecnie</th>
<th>Zaburzenia lękowe obecnie</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Oboje pracują</td>
<td>18</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>94,74%</td>
<td>5,26%</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Jedno pracuje</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>63,64%</td>
<td>36,36%</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>25</td>
<td>5</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Zależność między zespołem natrętw a masą ciała

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wartości średnie</th>
<th>Zespół natrętów – Tak</th>
<th>Zespół natrętów – Nie</th>
<th>t-value</th>
<th>df</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BMI przed wystąpieniem choroby</td>
<td>18,66</td>
<td>20,49</td>
<td>-1,04</td>
<td>28</td>
<td>0,305</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI podczas badania</td>
<td>13,98</td>
<td>15,07</td>
<td>-0,85</td>
<td>28</td>
<td>0,400</td>
</tr>
<tr>
<td>Waga minimalna</td>
<td>42,16</td>
<td>46,89</td>
<td>-1,80</td>
<td>28</td>
<td>0,083</td>
</tr>
<tr>
<td>Waga maksymalna</td>
<td>56,75</td>
<td>63,11</td>
<td>-1,80</td>
<td>28</td>
<td>0,083</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Zależność między zespołem natrętw a wcześniejszymi hospitalizacjami

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Zespół natrętów</th>
<th>Zespół natrętów</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hospitalizacje – Nie</td>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>100,00%</td>
<td>0,00%</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Hospitalizacje – Tak</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>66,67%</td>
<td>33,33%</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>26</td>
<td>4</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Zależność między zespołem natręctw a urazami głowy

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Zespół natręctw</th>
<th>Zespół natręctw</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Urazy głowy</td>
<td>Nie</td>
<td>Tak</td>
<td>Razem</td>
</tr>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>24</td>
<td>2</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>92,31%</td>
<td>7,69%</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Tak</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>50,00%</td>
<td>50,00%</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>26</td>
<td>4</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Zależność między zespołem natręctw a przebytymi zaburzeniami emocjonalnymi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zaburzenia emocjonalne</th>
<th>Zespół natręctw</th>
<th>Zespół natręctw</th>
<th>Razem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>19</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>95,00%</td>
<td>5,00%</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Tak</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>70,00%</td>
<td>30,00%</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>26</td>
<td>4</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Zależność między zespołem natręctw a funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Samotne</th>
<th>Towarzyskie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>10,0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>71,43%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tak</td>
<td>4,0</td>
<td>16,0</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>28,57%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>14,0</td>
<td>16,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Nieakceptowane</th>
<th>Akceptowane</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nie</td>
<td>8,0</td>
<td>18,0</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>66,67%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Akceptowane</td>
<td>4,0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>33,33%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Razem</td>
<td>12,0</td>
<td>18,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>