

Zaburzenia depresyjne współwystępujące z jadłowstrętem psychicznym

Depression syndromes in patients suffering from anorexia nervosa

Izabela Ł u c k a

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

Summary

Aim: The purpose of the study was the estimation of comorbidity of depressive syndromes and anorexia nervosa (based on criteria of ICD-10 and DSM-IV). A group of 30 children (average age – 13.5), 27 girls and 3 boys suffering from a first episode of anorexia nervosa was considered.

Method: Anamnesis from patients and their parents, clinical observation, the psychiatric investigation with use of The Depression Rating Scale for Children (Elva o. Poznański and comp.) and the Hamilton Depression Rating Scale.

Results: The comorbidity of depressive syndromes and anorexia nervosa was frequently observed. 73.3% children suffered from depressive syndromes in the course of anorexia nervosa. As for intensity – in 33% it was moderate, in 20% - severe, and in 20% - mild depression. In the investigated group of children depressive syndromes appeared in the bulimic subtype of anorexia nervosa in 88.8% cases and in the restricting subtype in 72.2%. Statistically, in the considered group, the depression was significantly frequent in the first and the second degree relatives.

Conclusions: In the examined group, the number of biological as well as psychological events which could predispose to depression was found. However, the children were not suffering from depression until they were sick from anorexia nervosa and their bodies were not cachectic.

Słowa klucze: depresja, jadłowstręt psychiczny, dzieci

Key words: depression, anorexia nervosa, children

Wstęp

Badacze zajmujący się problemem zaburzeń odżywiania się od dawna zgłaszali występowanie objawów depresyjnych u swoich pacjentów. Istnieje bogata literatura opisująca to zjawisko. Część autorów sugerowała nawet wspólne tło etiologiczne tych zaburzeń, jednak aktualnie, zarówno Światowa Organizacja Zdrowia, jak i Amery-

kańskie Towarzystwo Psychiatryczne, zgodnie opisują jadłowstręt psychiczny oraz zaburzenia depresyjne jako oddzielne zespoły chorobowe. Znalazło to wyraz w stworzonych i stosowanych na całym świecie klasyfikacjach zaburzeń psychicznych: ICD-10 oraz DSM-IV.

Zaburzenia depresyjne u dzieci rozpoznaje się na podstawie tych samych kryteriów diagnostycznych, co u dorosłych, zaznaczając jedynie pewne odrębności związane z aktualną fazą rozwojową. Podkreśla się na przykład u dzieci w wieku szkolnym znaczenie (obok predyspozycji biologicznych) poczucia bezradności lub braku kompetencji, a u młodzieży – braku planów na przyszłość oraz uczucia znużenia. Nastroj depresyjny u dzieci i młodzieży często objawia się znaczną drażliwością [1, 2, 3].

Wyniki badań nad rozpowszechnieniem depresji, przeprowadzonych przez Bombę i wsp. [za 2], wskazują na częste występowanie tej choroby w nieleczonej populacji dzieci i młodzieży. Subkliniczną depresję najczęściej – u 38,2% populacji – stwierdzano u preadolescentów, to znaczy dzieci między 10 a 14 rokiem życia, u młodzieży do lat 17 – u 27,4% populacji. Zarówno szerokie rozpowszechnienie depresji (co dokumentuje omówione wcześniej badanie uznawanych za zdrowe starszych dzieci szkolnych i młodzieży), jak i obserwacje poczynione przez licznych badaczy uzasadniają w przypadku występowania określonych objawów rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych także w przebiegu innych schorzeń, w tym jadłowstrętu psychicznego.

Piśmiennictwo obfituje w doniesienia dotyczące współwystępowania jadłowstrętu psychicznego i depresji. Obok prac pojedynczych autorów znajdują się również opracowania zbiorcze, których zaletą jest szerokie ujęcie tematu (także lat), wadą zaś stosowanie przez badaczy niejednorodnych kryteriów diagnostycznych. Przykładowo – Steinhausen [4] przeprowadził analizę 45 badań katamnestycznych dotyczących jadłowstrętu psychicznego, opublikowanych w języku niemieckim i angielskim w latach 1953–1981. Częstość występowania zaburzeń depresyjnych stwierdzona przez wyszczególnionych poniżej autorów była następująca:

- Kay (1953 r.) w 33-osobowej grupie pacjentów, w wieku 16–20 lat, rozpoznał je u 6% osób;
- Blizet i wsp. (1961 r.) wśród pacjentów od 7 do 14 roku życia „depresyjną osobowość” stwierdzili u 87%;
- Kay i Shapira (1965 r.) odnotowali zaburzenia depresyjne u 27% z 60-osobowej grupy 20–22-letnich anorektyków;
- Theander (1970 r.) zdiagnozował je u 29% z grupy 94 osób, od 11 do 34 roku życia;
- Halmi i wsp. (1973 r.) rozpoznali je u 27% spośród 13 pacjentów poniżej 15 roku życia oraz 23% powyżej 15 roku życia;
- Morgan i Russell (1975 r.) stwierdzili je u 45% z 40 chorych w przedziale wiekowym 11–40 lat;
- Sturzenberger i wsp. (1977 r.), Cantwell i wsp. (1977 r.) rozpoznali objawy depresyjne u 67% badanych w wieku 11–16 lat, na podstawie wywiadów przeprowadzonych z rodzicami, oraz u 56% osób, na podstawie badania pacjentów.

Herzog i wsp. [5] przeprowadzili kolejną szczegółową analizę 40 badań katamne-

stycznych. Cytowani przez nich autorzy stwierdzali:

- Rollins i Piazza (1981 r.) – 91% współwystępujących z anoreksją zaburzeń depresyjnych;
- Hall i wsp. (1984 r.) – u 6% depresję i u 35% dystymię;
- Nussbaum i wsp. (1985 r.) – 41% zaburzeń depresyjnych określanych jako przewlekłe.

Bryant-Waugh i wsp. [6] opisali grupę 48 dzieci od 7,7 do 13,2 roku (w tym 15 chłopców), które spełniały kryteria jadłowstrętu psychicznego, z ich katamnezą liczącą średnio 7,2 roku. W grupie tej, podczas trwania choroby, rozpoznali zaburzenia depresyjne u 56% pacjentów.

Steiner i Lock [7] zwracają uwagę na częstsze występowanie depresji u chorych z bulimiczną postacią jadłowstrętu, w porównaniu z restrykcyjną, oraz brak poprawy stanu psychicznego bez zastosowania farmakoterapii.

Halmi i wsp. [8] w swojej dziesięcioletniej katamnezie rozpoznali zaburzenia depresyjne u 67,7% osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny.

Braun i wsp. [9] potwierdzili te spostrzeżenia, obliczając występowanie zaburzeń depresyjnych na 81,8% u pacjentów z bulimiczną postacią jadłowstrętu i 41,2% u cierpiących na odmianę restrykcyjną.

Steinhausen [10] w metaanalizie dotyczącej chorych do 18 roku życia odnotował współwystępowanie zaburzeń depresyjnych u 20,9%.

Januskiewicz-Grabias i wsp. [11], analizując grupę 40 pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, leczonych w latach 1995–1998, stwierdzili zaburzenia depresyjne u 10 (25%).

Komender i wsp. [1], w badaniach katamnestycznych 92 pacjentów, w wieku od 10 do 20 lat, stwierdzili występowanie u 51% osób skarg na okresowe obniżenia nastroju i/lub zaburzenia lękowe, a u 9% – znaczne nasilenie objawów depresyjnych. Byli to ci pacjenci, u których utrzymywały się zaburzenia łaknienia.

Cooper [za 12] dokonał podsumowania spostrzeżeń wielu autorów zajmujących się współwystępowaniem zaburzeń odżywiania się i depresji. Sformułował następujące tezy:

1. Depresja rzadko poprzedza wystąpienie zaburzeń odżywiania się.
2. 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.
3. Depresja występuje znacznie częściej w fazie ostrej choroby niż w remisji.
4. Wzorzec depresji w zaburzeniach odżywiania się jest odmienny od wzorca spotykanego w „czystej” depresji.
5. 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.

Większość autorów, badających zagadnienie jadłowstrętu psychicznego i występowania w jego przebiegu zaburzeń depresyjnych, zgodnie podkreśla ich niekorzystny

wpływ zarówno na leczenie zaburzeń odżywiania się, jak i na dalsze rokowanie.

Osoby badane

Badaniami objęto 30 dzieci, w tym 27 dziewcząt i 3 chłopców, w wieku od 10 do 15,8 roku (średnia wieku 13,5 roku), cierpiących na jadłowstręt psychiczny.

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 (w tym: czworo na Oddziale Endokrynologii Dziecięcej AM w Gdańsku, dwoje – w Wojewódzkim Zespole Reumatologicznym w Sopocie), a troje badanych – objętych było opieką ambulatoryjną Poradni Zdrowia Psychicznego. Badanie przeprowadzono w latach 2000–2002.

U wszystkich badanych był to pierwszy epizod zaburzeń odżywiania się.

Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych oraz jadłowstrętu psychicznego ustalono na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych, rewizji dziesiątej* (z uwzględnieniem, wyodrębnionych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w Klasyfikacji DSM-IV, postaci restrykcyjnej i bulimicznej anoreksji nerwowej).

Metody badawcze

Zastosowano następujące metody diagnostyczne: wywiad uzyskany od pacjentów oraz ich rodziców, obserwacja kliniczna, badanie psychologiczne, badanie stanu psychicznego z zastosowaniem eksperymentalnym Skali Depresji dla Dzieci Poznański oraz Skali Depresji Hamiltona. Wyniki opracowano za pomocą metod statystycznych.

Wyniki i wnioski

Występowanie zaburzeń depresyjnych podczas badania stwierdzono u 73,3% dzieci, przy czym u 33,3% była to depresja umiarkowana, u 20% ciężka, także u 20% łagodna. Pomiar nasilenia depresji mierzony za pomocą obydwu skal był zgodny.

Zaburzenia depresyjne statystycznie znacząco częściej ($p < 0,01$) występowały u osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny, w porównaniu z populacją dzieci i młodzieży bez tego schorzenia [2]. W stosunku do – zawartych w części teoretycznej pracy – doniesień badaczy rozpoznających zaburzenia depresyjne u 6 do 91% pacjentów chorujących na anoreksję nerwową jest to wynik mieszczący się w szeroko zakreślonych przez nich granicach, plasujący się raczej w jej górnych wartościach. Zauważyć należy jednak, że opisywane grupy zwykle były bardzo niejednorodne pod względem wiekowym, a nieliczne, składające się głównie z dzieci i młodzieży, charakteryzowały się częstszym współwystępowaniem objawów depresyjnych z jadłowstrętem psychicznym [4, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Być może związane jest to z bardziej nasilonym, z racji młodego wieku, poczuciem bezradności, nieefektywności, brakiem wpływu i kontroli.

Według doniesień badaczy zespoły depresyjne częściej pojawiają się w odmianie bulimicznej jadłowstrętu psychicznego [7, 12, 17]. Objawy depresji występowały w odmianie bulimicznej u 88,9% badanych dzieci, a w restrykcyjnej – u 72,2%. Nie jest to różnica znacząca statystycznie. Natomiast w obserwowanej grupie dzieci, w porównaniu z większością doniesień, znacząco częściej stwierdzano zespoły depresyjne w typie restrykcyjnym jadłowstrętu psychicznego ($p < 0,01$). Być może wynik ten jest również związany z młodym wiekiem badanych i ich nie w pełni jeszcze opanowanymi mechanizmami obronnymi, polegającymi na stosowanych i opisywanych przez innych autorów tendencjach do zafałszowywania obrazu samego siebie w kierunku lepszego przystosowania i funkcjonowania [19].

Na podstawie informacji uzyskanych z wywiadów klinicznych wiadomo, że tylko u jednej osoby na około rok wcześniej, niż ujawniły się zaburzenia odżywiania się, obserwowano zespół lękowo-depresyjny. U wszystkich pozostałych – objawy depresyjne wystąpiły w czasie trwania jadłowstrętu psychicznego, zwykle po uzyskaniu znacznego wychudzenia. Obserwowano związek zespołów depresyjnych z niższymi wskaźnikami masy ciała, ale nie był on znaczący statystycznie. Jest to zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów, donoszących, iż częściej obserwuje się depresję podczas ostrej fazy choroby oraz że rzadko poprzedza ona objawy jadłowstrętu psychicznego [17, 20].

W badanej grupie statystycznie znacząco częściej występowały zaburzenia depresyjne wśród krewnych pierwszego i drugiego stopnia. Spośród jedenaściorga dzieci z obciążającym wywiadem rodzinnym ośmioro przejawiało objawy depresji podczas przeprowadzanego badania ($p < 0,01$). Jest to zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów, sugerujących udział czynników genetycznych w powstawaniu zaburzeń depresyjnych [17].

Wszystkie dzieci z badanej grupy, cierpiące na depresję, doznały w przeszłości urazów głowy, przebyły choroby somatyczne lub zaburzenia psychiczne wymagające leczenia stacjonarnego, u większości – stwierdzano nieprawidłowości w wywiadzie ciążywo-okołoporodowym. Zdarzenia te należą do opisywanych czynników ryzyka depresji pod postacią biologicznej podatności na zranienie, która pod wpływem niekorzystnych czynników psychospołecznych może doprowadzić do wystąpienia objawów choroby [2, 3, 21, 22, 23]. W badanej grupie u dziewięciu spośród dwunastu osób, cierpiących w przeszłości lub aktualnie na zaburzenia lękowe, podczas badania obserwowano objawy depresji (dotyczyło to zwłaszcza dzieci z zespołem lęku uogólnionego i lękiem społecznym).

Niemal wszystkie osoby cierpiące na depresję były wyalienowane ze środowiska rówieśniczego, samotne oraz określane jako uległe i bierne. Funkcjonowanie społeczne i uznanie w oczach rówieśników to czynniki szczególnie istotne w okresie szkolnym i adolescencji. Brak satysfakcjonujących relacji z grupą rówieśniczą stanowi wysoce niekorzystny, dla ujawnienia się objawów depresyjnych, czynnik psychospołeczny [3, 21].

Zauważono znaczący statystycznie związek pomiędzy sposobem wychowywania przez samotne matki (M-L Chi-square, $p < 0,03$) oraz matki określające siebie jako bierne i uległe a ujawnianiem się zespołów depresyjnych u badanych pacjentów (Fisher Exact Test, $p < 0,01$). Dzieciństwo jest kluczowym okresem życia człowieka dla powstania

zjawiska nazwanego „wyuczoną bezradnością” [3, 24, 25]. Matki depresyjne, lękowo nastawione do świata i ludzi, gorzej radzące sobie w trudniejszych sytuacjach życiowych, wykazują w kontaktach z dziećmi dużą dozę napięcia, często wyolbrzymiają pojawiające się problemy zdrowotne czy kłopoty wychowawcze, bywa, że indukują swoje obawy, nie zapewniają dziecku niezbędnego dla jego rozwoju poczucia bezpieczeństwa. Nieprawidłowe przystosowanie społeczne matek niewątpliwie wpływa na styl myślenia i funkcjonowania społecznego dziecka.

W badanej grupie znaleziono szereg czynników (zarówno biologicznych, jak i psychologicznych) predysponujących do wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Zauważyć należy, że pozostawały one jednak w latencji, ujawniły się dopiero po zachorowaniu dziecka na jadłowstręt psychiczny i osiągnięciu przez nie znacznego wyniszczenia organizmu. Nie udało się odnaleźć innego, specyficznego, statystycznie istotnego czynnika, wyzwalającego obok jadłowstrętu objawy depresyjne.

Äld'dlñncäiüü írdórlíçë ññóúlnñáíáíçë ñ íldáíé ríndleñçé

Ñíáídcíçí

Çřáíçí: Çřáíçíçé ířññí' úlé dřáíñú áüëř íólięř ññóúlnñáíáíçí' äld'dlñncäiüü írdórlíçé ç íldáíé ríndleñçé ó 30 älnlé (ñdłáíçé äíçdřññ 13,5 äíář), ä ññé' çñéí 27 äłáí=łę ç 3 ëřëü=çëř.

Éłñá: Dđçéłíliú ñéłáóúçéł äçřáíññç=łñęçł éłñáú: ññdóęñóđíúé řířéíłç, đřéó=łíiúé ññ đ'roçłíñá ç çó ñléłé, eëçíç=łñęçł ířáęłáíçíçł, đ'ñçóçđñç=łñęçł çññéłáíáíçíçł ñ ýęđ'ldçéłíñřéüüé đ'đçéłíçíçé Řęřéü äld'dlñncäiüü äë' älnlé Đíçíříñęáí ç Řęřéü Ářéçëüñíř.

Đłçóëüñřñú: Đđçéłíliú ññřçññç=łñęçł éłñáú íáđřáíñęç đřéó=łíiñáí éřñłđçëř çññéłáíáíçé. ññóúlnñáíáíçíçé äld'dlñncäiüü írdórlíçé äí äđłé' çññéłáíáíçíçé íáířdóçłíiú ó 73,3% älnlé, đ'đç=łé ó 33,3% äld'dlñncäiüü đ'đñłęřëř äíáíëüñí éłáęł, ó 20% – áüëř ñ' éłëř' äld'dlñncäiüü; ñřęçł ç ó 20% – éłáęř' äld'dlñncäiüü. Çęçéłđíçíçł ññłđłíçł ñ' éłññç äld'dlñncäiüü, íđ'dłáłéłíiúúé äáóé' řęřëřçé áüë ñíáëříiúé.

Áúáíáú: Äld'dlñncäiüü írdórlíçé ññřçññç=łñęçł çíř=çëí' =řúł(p<0,01) đ'đçñóñññáíáíçé ó èçó ñ íldáíé ríndleñçé, ä ñđřáíçíçł ñ đ'đ'óé' óçłé älnlé ç éřéíáłçé äłç ñřęáí çřáíçéłáíçíçé. Ä çññéłáíáíçíçé äđóđ'đł älnlé ñçđ'ñíëüü äld'dlñncäiüü đ'ří' äë' éçñú ä ôíđéł äóëçëç ä 88,9%, ř đłññđçęñçáíçé ä 72,2% ñéó=řłá. Ä ířáęłáíçé äđóđ'đł älnlé, ä ñđřáíçíçł ñ áíëüřçíññáíçé éçñłđřñóđíiúú äříiúú, çíř=çñłëüñí =řúł ññéł=łíiú äld'dlñncäiüü írdórlíçé' đ'đçéłíliúú äđçéłíçé ñçđ'ł íldáíé ríndleñçé (đ<0,01). Íñéł=łíř ñá' çü äld'dlñncäiüü írdórlíçé ñ íçęřçéç đ'řęřçñłé èç éřññú ñłëř, íáířéí äłç ññřçéł – ñç=łñęçé çíř=çëíññç. Ä çññéłáíáíçíçé äđóđ'đł ññřçññç=łñęçł äíëłł =řññí đ'ří' äë' éçñú äld'dlñncäiüü írdórlíçé' ñđłáç đřáññáłíçęřá đ'ldáíé ç äñíđíçé ññłđłíçé đřáññář. Äñí älnç çç çññéłáíáíçíçé äđóđ'đł ñ äld'dlñncäiüüéç ñçđ'ñíëřéç ä đ'đřéřé đ'ldłíñçé äíëíáíüł ñđřáëü, äíëłéç ñíëřñç=łñęçéç çřáíçéłáíçíçé èç èçç đ'ñçóç=łñęçéç đřññđíëññářéç, ñđłáóúçéç ññřççířđíñáí éł=łíçé', ř ó áíëüřçíññář íáířdóçłíiú írdórlíçé' ñł=łíçé', ó çó éřñłđłé, äí äđłé' äłđéłíiññçé ç đřáíá. Ýñç írdórlíçé' đ'đçířáëłçřñ é íđ'çñúářłéüé óřęñíđřé đçęř äld'dlñncäiüü ä ôíđéł äçíçéäç=łñęçé đříçéíññç é ññđłññřé, ř éříñđúł đ'říá äëç' íçłé ññđçóřñłëüüúú đ'ñçóñáúlnñáłíiúú óřęñíđíá, éíáóñ đ'đçáłññç é đ'ří' äéłíçł äíëłçíliúúú ñçđ'ñíëřá. Đí=ñç äñł èçóř ñ äld'dlñncäiüü äüëç ýëçéçíçé đřáíříüü çç íáúlnñáłíiúé ñđłáü đřáłñíçęřá, íäçíñęçł ç, íđ'dłáłé' łéüł, eřę đ'ñéó=říüł ç çířęñçáíüé. Íñéł=łíř ññçññç=łñęçł çíř=çëř' ñá' çü éłçáó äíñđ'çñříçéł íäçíñęçéç éřñłđ' èç (M-I Chi-square, p<0,03) ç éřñłđ' èç, íđ'dłáłé' łüçéç ñłá' çířęñçáíüéç ç đ'ñéóříüéç (Fisher Exact Test, p>0,01). Ä çññéłáíáíçíçé äđóđ'đł ířéáłí đ' ä óřęñíđíá (eřę äçíçéäç=łñęçó, ñřę ç đ'ñçóříçéäç=łñęçó) đ'đłáđřñđřéíářüçó ç đ'ří' äéłíçł äld'dlñncäiüü írdórlíçé. Íłíáóíäçéí ññéłñçñú, =ñí ýñç óřęñíđú íüéç ä ññññí' íçé éřñłíöçç, ř đ'đ'í' äë' éçñú ñíëüęř đ'ñíçł çřáíçéłáíçíçé' đłáłíęř íldáíé ríndleñçéłé ç eřę đ'ñéłáññáçí çíř=çñłëüñáí çęçéłíçé' íđáříççëř.

Depressionsstörungen in Verbindung mit Anorexia nervosa

Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der Arbeit war die Beurteilung der Depressionsstörungen in Verbindung mit Anorexia nervosa bei 30 Kindern (Durchschnittsalter 13,5 Jahre), darunter 27 Mädchen und 3 Jungen.

Methode: Es wurden folgende diagnostische Methoden angewandt: strukturalisierte Anamnese von den Patienten und ihren Familien, klinische Beobachtung, psychiatrische Untersuchung mit der experimentellen Anwendung der Depressionsskala für Kinder von Poznansky und der Skala von Hamilton. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe der statistischen Methoden bearbeitet.

Ergebnisse: Das Auftreten der Depressionsstörungen diagnostizierte man bei der Untersuchung bei 73,3% der Kinder, wobei war das bei 33,3% eine mäßige Depression, bei 20% eine schwere und auch bei 20% eine milde Depression. Die Messung der Intensität der Depression war in beiden Skalen übereinstimmend.

Die Depressionsstörungen traten statistisch häufiger ($p < 0,01$) bei den Personen auf, die an Anorexia nervosa litten, als bei den Kindern und Jugendlichen ohne diese Erkrankung. In der untersuchten Gruppe der Kinder traten die Depressionssymptome in der Gestalt von Bulimie bei 88,9% auf und in der restriktiven Gestalt bei 72,2% der Fälle. In der beobachteten Gruppe der Kinder, im Vergleich mit den meisten Meldungen, wurden signifikant häufiger die Depressionsstörungen in der restriktiven Gestalt der Anorexia nervosa ($p < 0,01$) diagnostiziert. Es wurde der Zusammenhang zwischen den Depressionsstörungen mit niedrigeren Indexen der Körpermasse beobachtet, er war aber nicht statistisch signifikant. In der untersuchten Gruppe traten statistisch häufiger die Depressionsstörungen unter den Verwandten des ersten und des zweiten Grades auf. Alle Kinder aus der untersuchten Gruppe, die an Depression litten, erlebten in der Vergangenheit Kopftrauma, somatische Krankheiten oder psychische Störungen, die einer stationären Behandlung bedurften; bei den meisten wurden Unrichtigkeiten in der schwangerschafts - perinatalen Anamnese diagnostiziert.

Diese Ereignisse gehören zu den beschriebenen Risikofaktoren für die Depression, unter der Gestalt einer biologischen Verletzungsanfälligkeit, die unter dem Einfluss ungünstiger sozialer Psychofaktoren zum Auftreten der Krankheitssymptome führen kann. Fast alle Personen mit der Depression waren ihrem gleichaltrigem Milieu entfremdet, einsam und als passiv und folgsam bezeichnet. Man beobachtete einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Erziehung durch alleinstehende Mütter (M-L Chi-square, $p < 0,03$) und die Mütter, die sich selbst als passiv und folgsam bezeichnen (fisher Exact Test, $p < 0,01$).

Schlussfolgerungen: In der untersuchten Gruppe wurden viele Faktoren gefunden (sowohl biologische als auch psychologische), die zum Auftreten der Depressionsstörungen prädisponieren. Es soll betont werden, dass sie in der Latenz blieben und erst nach der Erkrankung des Kindes an Anorexia nervosa und starker Organismusvernichtung erschienen.

Les troubles dépressifs coexistent avec l'anorexie nerveuse

Résumé

Objectif: Estimer la coexistence des troubles dépressifs et de l'anorexie nerveuse chez 30 enfants – 27 filles et 3 garçons (la moyenne de l'âge – 13,5 ans).

Méthodes: Enquêtes des patients et de leurs familles, observation clinique, examen psychiatrique à l'aide de l'Échelle de la Dépression des Enfants de Poznanski (The Depression Rating Scale for Children) et de l'Échelle d'Hamilton.

Résultats: On constate la coexistence des troubles dépressifs et de l'anorexie nerveuse chez 73,3% d'enfants dont 33,3% souffrent de la dépression modérée, 20% – sévère, 20% – faible. L'intensité de la dépression reste la même dans ces deux échelles. Les troubles dépressifs se manifestent plus souvent ($p < 0,01$) chez les patients souffrant de l'anorexie nerveuse que dans la population saine. Les symptômes de la dépression se font observer aussi au cours de la

boulimie – 88,9% et dans le type restreint de l'anorexie – 72,2%. Dans le groupe examiné on constate plus souvent les troubles dépressifs dans le type restreint de l'anorexie ($p < 0,01$). On note la corrélation des troubles dépressifs avec la diminution du poids du corps mais elle n'est pas valable statistiquement. On trouve aussi la fréquence plus grande des troubles dépressifs chez les parents du premier et du deuxième degré. Tous les enfants examinés souffrant des troubles dépressifs ont subi le traumatisme crânien, les maladies somatiques ou les troubles psychiques dans le passé. Ces événements constituent les facteurs du risque de la dépression qui peuvent causer les symptômes de cette maladie. Presque tous les enfants souffrant de la dépression sont aliénés de leur milieu, ils se trouvent seuls, soumis, passifs. On trouve aussi la corrélation significative de la dépression et de l'éducation par les mères solitaires (M-L Chi-square, $p < 0,03$) ou les mères passives et soumises (Fisher Exact Test, $p < 0,01$).

Conclusions: Dans ce groupe examiné on trouve plusieurs facteurs (biologiques et psychologiques) qui prédisposent aux troubles dépressifs. Mais ils restent latents et ils se manifestent seulement après la début de l'anorexie nerveuse et quand l'organisme atteint le stade de cachexie.

Piśmiennictwo

1. Komender J, Popielarska A, Tomaszewicz-Libudziec C, Jagielska G, Brzozowska A, Wolańczyk T. *Odległe wyniki leczenia dorastających chorych na jadłowstręt psychiczny*. Psychiatr. Pol. 1998; XXXII, 6: 759–769.
2. Orwid M, Pietruszewski K. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1993.
3. Rabe-Jabłońska J. *Depresja u dzieci i młodzieży. Aktualne poglądy na etiologię, diagnozowanie, przebieg i leczenie*. Psychiatr. Psychol. Dzieci i Młodzieży 2002; I, 7–23.
4. Steinhausen HC. *Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings*. Psychol. Medic. 1983; 13: 239–249.
5. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW. *Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. J. Nerv. Ment. Dis. 1988; 176, 3: 131–142.
6. Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Lask B. *Long-term follow-up of patients with early onset anorexia nervosa*. Arch. Dis. Child. 1988; 63, 5–9.
7. Steiner H, Lock J. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years*. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37 (4): 352–359.
8. 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.
9. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders*. Psychol. Med. 1994; 24: 859–867.
10. Steinhausen HC. *Annotation: outcome of anorexia nervosa in younger patient*. J. Child Psychol. Psychiatry 1997; 38 (3): 271–276.
11. Januszkiewicz-Grabias A, Banaś A, Radziwiłłowicz P, Smoczyński S, Radziwiłłowicz W. *Próba oceny jakości życia u chorych z zaburzeniami odżywiania się*. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2000, s. 115–123.
12. Żechowski C, Jakubczyk A. *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z jadłowstrętem i żarłocznością psychiczną*. Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2000, s. 107–114.
13. Herpetz-Dahlmann B, Muller B, Herpetz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. *Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation*. J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip. 2001; 42 (5): 603–612.
14. Steinhausen HC, Glanville K. *A log-term follow-up of adolescent anorexia nervosa*. Acta Psy-

- chiatr. Scand. 1983; 68: 1–10.
15. 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.
 16. Tolstrup K. *Incidence and causality of anorexia nervosa seen in historical perspective*. Acta Psychiatr. Scand. 1990; 361 (82): 1–6.
 17. Wade TD, Bulik CM, Neate M, Kendler KS. *Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors*. Am. J. Psychiatry 2000; 157 (3): 469–471.
 18. Zipfel S, Lowe B, Reas DL, Deter J-C, Herzog W. *Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study*. Lancet 2000; 355 (9205): 721–722.
 19. Swinarska M. *Profil osobowościowy osób chorych na anoreksję i bulimię w świetle badań testem MMPI*. Praca magisterska, Uniwersytet Gdański, 1997.
 20. 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.
 21. Bomba J, Jaklewicz H. *Wpływ czynników biologicznych i rodzinnych na przewlekłe utrzymywanie się depresji u dzieci. Badania longitudinalne*. Psychiatr. Pol. 1995; XXIX, 2: 161–174.
 22. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży*. Łódź: Pabianickie Zakłady Graficzne; 1995.
 23. 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.
 24. Dudek D, Zięba A, Jawor M, Szymaczek M, Wróbel A. *Dzieci wobec depresji rodziców. Wyniki badań nad dorosłymi potomkami pacjentów depresyjnych*. Psychiatr. Pol. 1999; XXXIII, 4: 565–573.
 25. Zięba A, Dudek D, Jawor M. *Relacje w rodzinach generacyjnych pacjentów depresyjnych*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI, 4: 465–470.

Otrzymano: 30.06.2003

Zrecenzowano: 29.07.2003

Przyjęto do druku: 3.11.2003

Adres: Klinika Psychiatrii Rozwojowej,
Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego

