

Próba oceny stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego pacjentek z zaburzeniami jedzenia – badanie katamnesticzne

An attempt to evaluate the health condition and social functioning of anorectic females – a follow-up study

Izabela Ł u c k a, Aleksandra Cebella, Monika Fryze, Jadwiga Gromska

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

Summary

Aim: An attempt to evaluate, on the basis of follow-up data, the health condition and social functioning in patients with anorexia nervosa, four years after hospitalisation.

Method: Anamnesis from 20 young females (aged 17-24, average 21.7) hospitalised for the treatment of anorexia nervosa in The Department of Developmental, Psychotic and Geriatric Psychiatry, Medical University in Gdańsk

Results and conclusions: 50% of those studied suffer protractedly, with periods of remission or intensify of symptoms. 80% of women have achieved normalisation of weight (30% of them seemed to be healthy and well functioning; 50% of them is in partial remission), 20% still fulfil DSM-IV criteria for anorexia nervosa. Currently 60% menstruate (10% of them without hormonal treatment). In the examined group, 50% appear to have an abnormal manner of nutrition. Abnormal behaviour caused weight loss in 70% of those studied. Most of the females (55%) consider themselves overweight, 75% have weight-gain phobia.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, katamnezy

Key words: anorexia nervosa, long-term follow-up

Wstęp

Przebieg jadłowstrętu psychicznego bywa różny – może mieć charakter pojedynczego epizodu lub być przewlekły, z okresami remisji i zaostrzeń.

Wyniki badań oceniających powrót do zdrowia wykazują, że normalizację masy ciała uzyskuje 41–81% pacjentów, niedobór masy ciała stwierdza się u 15–25% [1, 2], u 13–50% kobiet nie występuje miesiączka; powrót menstruacji musi być poprzedzony wyrównaniem wagi (ewentualny niedobór masy ciała poniżej 10%) i poprawą stanu

psychicznego [3, 4]. W wybranych pracach dane te przedstawiają się następująco: Russell (1977 r.) podaje 40%, a Crisp (1977 r.) 60% pomyślnych wyników leczenia, dotyczących zarówno wyrównania niedoboru wagi, jak i poprawy stanu psychicznego pacjentów [za: 5]. Według Sullivana i wsp. [6] średnio po 12 latach wzrasta liczba osób powracających do zdrowia, jednak u 10% pacjentów nadal rozpoznać można pełnoobjawową anoreksję. W ocenie Steinhausena i wsp. [7, 8] całkowite wyzdrowienie stwierdza się u 50% badanych, u około 30% – poprawę, a u około 20% – choroba ma charakter przewlekły. Zipfel i wsp. [9], po przeprowadzeniu badań katamnesticznych, średnio ponad 20 lat po pierwszej hospitalizacji z powodu jadłowstrętu psychicznego, stwierdzili u 50,6% pacjentów korzystne zejście choroby, u 21% pośrednie, a u 26% niekorzystne. Wszystkie osoby z ostatniej grupy nadal spełniały kryteria DSM-IV rozpoznania anoreksji nerwowej.

W licznych badaniach podkreśla się częste występowanie, pomimo poprawy stanu somatycznego, nieprawidłowego stosunku do jedzenia:

- 23–67% pacjentów nadal stosuje różnego rodzaju diety i ograniczenia;
- 10–64% unika regularnego spożywania posiłków i miewa napady żarłoczności;
- 11–50% prowokuje wymioty i nadużywa środków przeczyszczających;
- większość nadal nadmiernie koncentruje się na masie swojego ciała i wyglądzie;
- część osób, mimo prawidłowej masy ciała, odczuwa lęk przed otyłością lub uważa, że jest gruba [1, 4].

W trakcie obserwacji długofalowych stwierdza się także zaburzenia w funkcjonowaniu psychosocjalnym i psychoseksualnym [1, 2, 10, 11]. Zgodnie z doniesieniami Hsu, analizującymi badania katamnesticzne z 13 ośrodków, około 20% osób przejawiało nieprawidłowe zachowania seksualne, jak na przykład oziębłość płciową czy lęk przed zajściem w ciążę. Co ciekawsze, postawy takie prezentowały także te pacjentki, które były zamężne. Znalazło to potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez Herpetz-Dahlmann i wsp. [12], w których obserwowano gorsze przystosowanie psychoseksualne u byłych pacjentów w stosunku do grupy kontrolnej.

Franko i wsp. [13] wykazali, iż u kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania się, w porównaniu z grupą kontrolną, ciąża zwiększa ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Opisali także, w wyżej wymienionej grupie pacjentek, częściej pojawiającą się konieczność rozwiązania ciąży za pomocą cięcia cesarskiego.

Stwierdzono, że zarówno częstość, jak i nasilenie mogących współwystępować z jadłowstrętem zaburzeń depresyjnych, lękowych, sfery poznawczej czy tendencji perfekcjonistycznych, jest większa u aktualnie chorujących oraz u tych, u których utrzymuje się nadmierna koncentracja na masie ciała i sprawach jedzenia. Nasilenie objawów obsesyjno-kompulsyjnych maleje wraz z ustępowaniem objawów anoreksji [1].

Jadłowstręt psychiczny obciążony jest dużym ryzykiem śmierci. Według autorów różnych badań śmiertelność w tym zespole oceniono od 5% do nawet 25% [5, 9, 14, 15, 16, 17]. Śmierć następuje najczęściej w wyniku zaburzeń elektrolitowych, zamachu samobójczego lub zaburzeń rytmu serca. Obserwowano także zgony w wyniku nagłego nawodnienia oraz gwałtownego zwiększenia się masy ciała [17, 18]. Według

Crispa i wsp. [14] wczesna śmiertelność może być obniżona przez zapewnienie chorym opieki medycznej skoncentrowanej na wyrównaniu niedoborów wagowych, późna – na objęciu pacjentów wszechstronną opieką medyczną i oddziaływaniami psychoterapeutycznymi.

Badacze wyodrębnili czynniki korzystne i niekorzystne rokowniczo. Pomyślnie rokują przypadki zachorowań przed 16 rokiem życia, z wczesnie postawioną diagnozą i krótkim czasem trwania choroby. Lepsze rokowanie mieli pacjenci, których rodziny funkcjonowały prawidłowo i u których stwierdzano czynnik reaktywny w ciągu roku poprzedzającego chorobę [5, 8, 19, 20, 21, 22, 23, 24]. Czynniki niekorzystne rokowniczo to [9]:

- występowanie obciążeń ciążowo-okołoporodowych;
- płeć męska;
- zaburzone relacje rodzice–dziecko;
- otyłość poprzedzająca wystąpienie choroby;
- zaburzenia osobowości;
- początek choroby przed okresem dojrzewania lub po 18 roku życia;
- wycofanie się z kontaktów społecznych;
- długi czas trwania choroby (brak poprawy po 5 latach);
- większe nasilenie objawów psychopatologicznych;
- występowanie objawów bulimicznych połączonych z wymiotami, nadużywaniem środków przeczyszczających;
- mała motywacja do leczenia;
- uprzednie hospitalizacje z powodu zaburzeń odżywiania się.

Material i metoda

Badanie przeprowadzono wśród byłych pacjentek hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania się na Oddziale Dziecięco-Młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku, za pomocą anonimowej ankiety. Pytania w niej zawarte dotyczyły subiektywnej oceny przyczyny choroby, współwystępowania uzależnień, efektywności leczenia i aktualnego funkcjonowania społecznego badanych. W ankiecie umieszczono także pytania mające na celu umożliwienie dokonania oceny obecnego stanu zdrowia pacjentek według kryteriów diagnostycznych ICD10.

Wyniki

Ankiety rozesłano do 60 pacjentek po upływie min. 4 lat od zakończenia leczenia szpitalnego ostrego epizodu zaburzeń odżywiania się.

Uzyskano odpowiedzi od 20 kobiet w wieku od 17 do 24 roku życia (średnia wieku: 21,7 roku) i one stanowiły materiał badawczy. Spośród badanych – 17 kobiet leczonych było z powodu jadłowstrętu psychicznego, 3 – z powodu bulimii.

Studiowało 14 kobiet, wykształcenie średnie miały 4, a podstawowe – 2. Pracowało zawodowo 5 badanych. 9 kobiet deklarowało pozostawanie w stałym związku z mężczyzną, jedna była zamężna, a dwie miały dzieci.

Wskaźniki masy ciała dziewcząt kształtowały się następująco: przed wystąpieniem

objawów choroby (BMI max) wahały się od 18,6 do 29,7 (średnio 22,5); podczas hospitalizacji (BMI min) – od 10,8 do 19,3 (średnio 15,1), aktualnie – od 15,5 do 24,1 (średnio 20).

Jedynie dwie spośród badanych dziewcząt przed rozpoczęciem choroby cierpiały na rzeczywistą nadwagę. Podczas choroby tylko jedna z pacjentek utrzymywała masę ciała w granicach normy dla swojego wzrostu. Według informacji zawartych w ankietach cztery osoby nadal mają znaczący niedobór masy ciała (BMI<17,5) oraz przejawiają inne zaburzenia, pozwalające na postawienie rozpoznania jadłowstrętu psychicznego. Sześć kobiet jest zdrowych, a pozostałych dziesięć osiągnęło niepełną remisję, to znaczy utrzymują prawidłową masę ciała, miesiączkują (najczęściej w wyniku stosowanej terapii hormonalnej), ale przejawiają nieprawidłowe zachowania związane z odżywianiem się.

Sześć spośród badanych stosuje różnego rodzaju diety, np.: „laktowegetariańską z dodatkiem, na zmianę, nisko- i wysokokalorycznej”. Dwie okresowo stosują głodówki, dwie objadają się.

Lęk przed przybraniem na wadze odczuwa 16 osób (80% badanych).

Nie akceptuje swego aktualnego wyglądu 12 z nich (60%).

Według retrospektywnej oceny badanych upatrywaną przyczyną choroby były:

- trendy mody (5 osób)
- przykre uwagi dotyczące wyglądu (5 osób)
- subiektywnie spostrzegana nadwaga (3 osoby)
- bez uchwytnej przyczyny (7 osób)
- przykład koleżanki (2 osoby)
- inne (3 osoby).

Według informacji udzielanych przez badane najczęściej stosowanymi nieprawidłowymi zachowaniami służącymi obniżeniu masy ciała podczas ostrego epizodu choroby były: liczenie kalorii (16 osób), intensywna gimnastyka (15 osób), używanie środków przeczyszczających (13 osób), prowokowanie wymiotów (9 osób), przyjmowanie środków moczopędnych (5 osób). Wymienione nieprawidłowe zachowania są podtrzymywane nadal. Liczenie kalorii stosuje 9 kobiet, intensywnie gimnastykuje się 7 kobiet, również 7 stosuje środki przeczyszczające, 5 prowokuje wymioty, 1 używa środków moczopędnych.

Wszystkie ankietowane kobiety cierpiały na zaburzenia miesiączkowania. Najdłuższa przerwa w cyklach miesięcznych wynosiła 48 miesięcy (średnio 13,8 miesiąca). 12 kobiet stosowało terapię hormonalną w celu wywołania okresu, aktualnie regularnie miesiączkuje 12 kobiet.

Najczęściej wymienianymi sposobami reagowania na stres były wahania masy ciała, w tym wzrost masy – 11 kobiet, spadek – 2, i wahania – 1, bóle głowy – 13 kobiet, bóle brzucha – 9, wymioty – 4, biegunki – 2, objadanie się – 2, sięganie po alkohol – 2 kobiety.

Na pytanie o stosowanie używek w przeszłości, 6 spośród badanych kobiet przyznawało się do zażywania narkotyków, 8 spożywało alkohol, również 8 paliło papierosy, jedna nadużywała leków. Aktualnie 8 ankietowanych pije alkohol, 6 z nich pali

Piśmiennictwo

1. Hsu LKG. *Outcome of anorexia nervosa*. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 1041–1046.
2. Hsu LKG. *Anorexia nervosa*. SK & F Publications 1980; 3 (4): 1–11.
3. Isager T, Brinch M, Kreiner S, Tolstrup K. *Death and relapse in anorexia nervosa: survival analysis of 151 cases*. J. Psychiatr. Res. 1985; 19(2/3): 515–521.
4. Kreipe RE, Churchill BH, Strauss J. *Long-term outcome of adolescent with anorexia nervosa*. AJDC 1989; 143: 1322–1327.
5. Popielarska M, Suffczyńska-Kotowska M. *Jadłowstret psychiczny*. W: Popielarska A, red. *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: PZWL; 2000, s. 156–164.
6. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. *Outcome of anorexia nervosa: a case-control study*. Am. J. Psychiatry 1998; 155, 7: 939–946.
7. Steinhausen HC, Glanville K. *A log-term follow-up of adolescent anorexia nervosa*. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 68: 1–10.
8. Steinhausen HC. *Annotation: outcome of anorexia nervosa in younger patient*. J. Child Psychol. Psychiatr. 1997; 38 (3): 271–276.
9. 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.
10. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW. *Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. J. Nerv. Ment. Dis. 1988; 176, 3: 131–143.
11. Hsu LKG, Crisp AH, Harding B. *Outcome of anorexia nervosa*. Lancet 1979; 13: 61–65.
12. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz 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.
13. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, Ekelblad ER. *Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders*. Am. J. Psychiatry 2001; 158 (9): 1461–1466.
14. Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LKG. *Long-term mortality in anorexia nervosa*. Brit. J. Psychiatry 1992; 161, 128: 549–554.
15. Hawley RM. *The outcome of anorexia nervosa in younger subjects*. Brit. J. Psychiatry 1985; 146: 657–660.
16. Maloney MJ. *Eating disorders during adolescence*. Ann. Nestle 1995; 53: 101–105.
17. 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.
18. Tolstrup K. *Incidence and causality of anorexia nervosa seen in historical perspective*. Acta Psychiatr. Scand. 1990; 361 (82): 1–6.
19. Banaś A, Januszkiewicz-Grabias A. *Próba ustalenia czynników prognostycznych w anorexia nervosa na podstawie badań katamnesticznych*. Psychiatr. Pol. 1992; XXVI, 26 (6): 483–489.
20. Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Łask B. *Long-term follow-up of patients with early onset anorexia nervosa*. Arch. Dis. Child. 1988; 63: 5–9.
21. North C, Gowes S, Byram V. *Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa*. Brit. J. Psychiatry 1997; 171: 545–549.
22. Rosenvinge JH, Moulund SO. *Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 141 subjects*. Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 92–97.
23. 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.
24. 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.

Otrzymano: 10.03.2003
Zrecenzowano: 16.05.2003
Przyjęto do druku: 15.06.2004

Adres: Izabela Łucka
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego AM