

Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się

The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders

Maciej Wojciech Pilecki¹, Barbara Józefik¹, Kinga Sałapa²

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
p.o. kierownik: dr n. med. M.W. Pilecki
² Zakład Bioinformatyki i Telemedycyny UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. I. Rotermań-Konieczna

Summary

Aim. The aim of the study was to assess the relationship between depressive symptoms and girls' assessment of their family relations in a group of (female) patients with a diagnosis of various subtypes of eating disorders in comparison with (female) patients with a diagnosis of depressive disorders (episode of major depression, dysthymia, adjustment reaction with depressive mood) and female students in Krakow, Poland schools.

Method. Data from 54 (female) patients with a diagnosis of restrictive anorexia (ANR), 22 with a diagnosis of binge-purge anorexia (ANB), 36 with a diagnosis of bulimia (BUL), 36 with a diagnosis of depressive disorders (DEP) and a 85 (female) Krakow school students (CON) were used in the statistical analyses. There were no significant differences between age of the girls in studied groups.

In analyses, results of the Polish version of the Beck Depression Inventory (BDI) and also the Family Assessment Questionnaire (KOR) were used.

Results. In the CON group, correlations attesting to a link between depressiveness and a negative assessment of the family were observed on all scales of the questionnaire with the exception of the Values and Norms scale. In the DEP group, such a dependence was ascertained on scales: Completing Tasks, Communication, Emotionality, Control, Defence, Positive Statements. In the case of the ANR group, no statistically significant relationship between results of the questionnaires was noted. In group ANB, correlations attesting to a link between depressiveness and a negative picture of the family were ascertained on scales: Communication and Defence. The same dependence was ascertained in the BUL group on scales: Completing Tasks, Emotionality, Emotional involvement, Control, General result, Negative Statements.

Conclusions. An increase in depressiveness is linked in a significant way with a worsening assessment of the family relations amongst girls with a diagnosis of bulimia, depressive disorders and students.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania się, relacje rodzinne, depresja

Key words: eating disorders, family relations, depression

Badania przeprowadzono w oparciu o fundusze KBN (Nr grantu: 6 POSE 09021).

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM (KBET/26/B/2001).

Wstęp

Występowanie u tych samych osób objawów depresyjnych oraz objawów zaburzeń odżywiania się obserwowane jest zarówno w badaniach klinicznych, jak i populacyjnych [1–8]. Zależności pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a objawami depresyjnymi wydają się wielokierunkowe i złożone. Objawy depresji mogą współwystępować z zaburzeniami odżywiania się, poprzedzać je lub utrzymywać się i występować po ich ustąpieniu [9, 10]. Większe nasilenie objawów depresyjnych, również dwukierunkowo, związane może być z większym nasileniem objawów zaburzeń odżywiania się [11, 12]. Występowanie objawów depresyjnych w przebiegu zaburzeń odżywiania się wpływać może też na skuteczność terapii [6] czy ryzyko próby samobójczej [13].

Ocena depresyjności w zaburzeniach odżywiania się ma znaczenie zarówno badawcze, jak i kliniczne. Objawy depresyjne wydają się wpływać na sposób postrzegania objawów zaburzeń odżywiania się [14], jak i możliwości poznawcze pacjentek [15, 16]. Z tej perspektywy badanie powiązań pomiędzy depresją a przeżywaniem różnych aspektów siebie u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się wydaje się istotne.

W badaniu prowadzonym przez autorów niniejszej publikacji na pacjentkach z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej, anoreksji żarłoczno-wydalającej, bulimii oraz depresji, a także uczennicach szkół krakowskich stwierdzono istotne statystycznie różnice między 5 grupami w zakresie depresyjności mierzonej Inwentarzem Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) ($F_{4,223} = 24,67$; $p < 0,001$). W grupie uczennic średni wynik BDI wyniósł 10,40 punkta, w grupie anoreksji restrykcyjnej – 17,34, anoreksji żarłoczno-wydalającej – 28,05, bulimii – 29,55, depresji – 23,46. Istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy średnimi uczennic, wszystkimi pozostałymi grupami klinicznymi oraz grupą anoreksji restrykcyjnej a grupą anoreksji żarłoczno-wydalającej oraz bulimii. We wszystkich badanych grupach, choć w różnym stopniu, obserwowane było powiązanie narastającej depresyjności mierzonej BDI z pogorszeniem obrazu siebie mierzonego Kwestionariuszem Offera Obrazu Siebie (OSIQ – The Offer Self-Image Questionnaire). Związek ten był obserwowany pomimo różnic w nasileniu depresji oraz cech obrazu siebie. W żadnej z grup zaburzeń odżywiania się nie stwierdzono zależności między depresyjnością a obrazem siebie w kontekście relacji rodzinnych (wyniki w skali Ja rodzinne OSIQ). Również w tej skali zanotowano skrajne różnice pomiędzy bardzo pozytywną oceną dziewcząt anorektycznych a negatywną dziewcząt bulimicznych i depresyjnych [16].

Wynik ten odbiegał od wyników badań innych autorów wskazujących na związek depresji z percepcją relacji rodzinnych zarówno w grupie osób zdrowych [17], jak i prezentujących objawy zaburzeń odżywiania się [18–20]. Badania te jednak czynione były w innych kontekstach kulturowych, w oparciu o inaczej dobierane grupy i różne metodologie.

Powyższe obserwacje doprowadziły do zadania pytania badawczego o odmiennosć wpływu depresji na ocenę siebie i relacji rodzinnych. Próba odpowiedzi na to pytanie wymaga oceny powiązań depresyjności z obrazem relacji rodzinnych mierzonym w bardziej precyzyjny i wielowymiarowy sposób. Jest to pytanie szczególnie istotne

w kontekście koncepcji zakładających istotność relacji rodzinnych w powstawaniu zaburzeń odżywiania się oraz znaczenia, jakie przypisuje się terapii rodzin w ich leczeniu [21].

Celem niniejszego badania była ocena związku objawów depresyjnych z obrazem relacji rodzinnych w grupie pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, zaburzeń depresyjnych oraz w grupie uczennic szkół krakowskich.

Prezentowane badanie stanowi fragment większego projektu dotyczącego socjokulturowych, rodzinnych oraz indywidualnych czynników ryzyka w anoreksji i bulimii psychicznej finansowanego z grantu KBN (nr: 6 POSE 09021). Badanie zyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM (nr KBET/26/B/2001).

Metoda

W analizach użyto wyników Inwentarza Depresji Becka [22] w polskiej wersji językowej, w którym ocena badanych dotyczyła ostatniego miesiąca. Kwestionariusz objęty był procedurą standaryzacyjną adaptującą narzędzie do warunków polskich przez T. Parnowskiego i W. Jernajczyka w 1977 r. [23]. W referowanych badaniach z obliczeń wyłączono pytanie o utratę masy ciała.

Do badania obrazu relacji rodzinnych wykorzystano Kwestionariusze Oceny Rodziny (KOR). KOR jest adaptacją niemieckiej wersji kwestionariusza Family Assessment Measure – FAM III Steinhauera, Santa Barbary i Skinnera (1984) [25] do polskich warunków [24]. Procedury adaptacyjnej i standaryzacyjnej niemieckiej wersji FAM III, określonej jako Famielienbogen, dokonali Cierpka i Frevert (1994) [26]. Uzyskane w polskiej wersji rezultaty w postaci współczynników alfa Cronbacha były zbieżne z angielską oraz niemiecką wersją i mieściły się powyżej wartości $\alpha = 0,50$ dla poszczególnych skal. W wyniku procedury standaryzacyjnej oprócz skal oryginalnych wprowadzono dodatkowo dwie skale czynnikowe: skalę Twierdzenia pozytywne (POZ) i Twierdzenia negatywne (NEG), które stanowią ogólną sumę negatywnych i pozytywnych ocen sformułowanych przez osobę badaną. Wyniki wyższe oznaczają bardziej niekorzystne oceny relacji rodzinnych (odbiegające od pożądanых), a wyniki niższe – bardziej korzystne (bliższe stanowi pożądanemu). W przypadku skal kontrolnych Obrona i Oczekiwania społeczne zależność jest odwrotna niż powyższa [24].

Material

W analizach statystycznych użyto danych 54 pacjentek z rozpoznaniem – wg DSM-IV [27] – anoreksji restrykcyjnej (ANR), 22 z rozpoznaniem anoreksji żarłoczno-wydalającej (ANB), 36 z rozpoznaniem bulimii (BUL) konsultowanych pierwszorazowo w poradni przyklinicznej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2002–2004. W badaniu użyto dwóch grup kontrolnych: 36 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (epizod dużej depresji, dystymia, reakcja sytuacyjna z nastrojem depresyjnym) (DEP) według DSM-IV [27] oraz 85 uczennic szkół krakowskich (KON). Wybór dwóch powyższych

grup kontrolnych związany był z chęcią określenia różnic charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania się.

Pacjenci i ich rodzice proszeni byli o wypełnienie w domu użytych w badaniu kwestionariuszy badawczych i o odesłanie lub odniesienie ich w trakcie następnej wizyty.

Średni wiek pacjentek z grupy ANR wyniósł 16,44 roku (SD = 1,57), ANB – 16,91 roku (SD = 1,31), BUL – 17,47 roku (SD = 1,03), DEP – 16,78 roku (SD = 1,69), KON – 16,99 roku (SD = 1,55). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych różnic między wiekiem dziewcząt w badanych grupach ($p = 0,056$).

Szczegółowe kryteria włączenia i wyłączenia do grup są opisane w innym doniesieniu [28].

Wyniki

W ramach obliczeń wykonanych na potrzeby niniejszego opracowania przeprowadzono weryfikację zależności wyników każdej ze skal KOR ze skalą BDI. Odpowiednie wskaźniki korelacji obliczono dla każdej z badanych grup, tj. ANR, ANB, BUL, DEP, KON. W analizie tej zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona, jeżeli obie zmienne pochodziły z populacji o rozkładzie normalnym. W przeciwnym przypadku obliczano współczynnik korelacji rang Spearmana. Wyniki związku nasilenia depresyjności (mierzonej BDI) z oceną relacji rodzinnych (wyniki skali KOR) zawiera tabela 1.

Tabela 1. **Korelacje KOR/BDI**

SKALA	Korelacje KOR/BDI				
	KON	ANR	ANBP	BUL	DEP
Wypełnianie zadań	0,264 (*)			0,386 (*)	0,343 (*)
Pełnienie ról	0,342 (**)				
Komunikacja	0,304 (**)		0,482 (*)		0,421 (*)
Emocjonalność				0,398 (*)	0,472 (**)
Zaangażowanie uczuciowe	0,394 (**)			0,394 (*)	
Kontrola	0,255 (*)			0,483 (**)	0,389 (*)
Wartości i normy					
Oczekiwania społeczne	-0,273 (*)				
Obrona	-0,240 (*)		-0,478 (*)		-0,455 (**)
Wynik ogólny	0,344 (**)			0,482 (**)	
Twierdzenia pozytywne	0,282 (*)				0,426 (*)
Twierdzenia negatywne	0,346 (**)			0,502 (**)	

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Korelacje nieistotne statystycznie nie zostały uwzględnione

W grupie KON korelacje świadczące o powiązaniu depresji z negatywnym obrazem relacji rodzinnych obserwowane były we wszystkich skalach kwestionariusza z wyjątkiem skal: Emocjonalność oraz Wartości i normy. W przypadku grupy ANR nie zanotowano żadnej istotnej statystycznie zależności między wynikami kwestionariuszy. W grupie ANB korelacje świadczące o powiązaniu depresji z negatywnym obrazem rodziny stwierdzono w skalach: Komunikacja i Obrona. Tę samą zależność w grupie BUL stwierdzono w skalach: Wypełnianie zadań, Kontrola, Zaangażowanie uczuciowe, Emocjonalność, Wynik ogólny, Twierdzenia negatywne, w grupie DEP zaś w skalach: Wypełnianie zadań, Komunikacja, Emocjonalność, Kontrola, Obrona, Twierdzenia pozytywne.

Podjęto również próbę przeprowadzenia bardziej zaawansowanych analiz, tj. analizy regresji liniowej biorącej pod uwagę interakcję między uwzględnionymi w modelu czynnikami oraz analizy kowariancji. Zastosowanie pierwszej z nich miało na celu głównie sprawdzenie interakcji między czynnikiem grupującym dane, jakim jest rozpoznanie depresji. Celem analizy kowariancji było natomiast sprawdzenie istotności różnic wyników poszczególnych skal KOR pacjentek we wszystkich badanych grupach, usuwając przy tym wpływ depresyjności. Niestety, nie udało się wykorzystać możliwości tej analizy ze względu na niespełnienie jej podstawowych założeń.

Omówienie wyników

Brak możliwości analizy regresji i kowariancji ogranicza możliwości wnioskowania na podstawie otrzymanych wyników. Z analizy korelacji wynika jednak, iż w grupie dziewcząt zdrowych narastanie depresyjności powiązane jest z negatywną oceną badanych wymiarów relacji rodzinnych. Podobna, choć występująca w mniejszej ilości wymiarów zależność obserwowana jest wśród dziewcząt depresyjnych i z rozpoznaniem bulimii. Warto pamiętać, że grupy te w zasadniczy, choć oczywisty sposób różnią się poziomem nasilenia depresji. We wszystkich badanych wymiarach dziewczęta zdrowe miały też istotnie statystycznie lepszy obraz relacji rodzinnych niż dziewczęta z rozpoznaniem depresji i dziewczęta z grupy bulimii [21].

Korelacje pomiędzy depresyjnością a obrazem relacji rodzinnych występują więc i w grupie charakteryzującej się w przeważającym stopniu niską depresyjnością i dobrymi relacjami rodzinnymi, jak i w grupie o wysokiej depresyjności i złych relacjach rodzinnych. Z tej perspektywy większe nasilenie depresji w trzech omawianych powyżej grupach wydaje się dość jednoznacznie wiązać z negatywnym obrazem relacji rodzinnych zarówno w obrębie grup, jak i pomiędzy nimi. Nie jest oczywiście jasny kierunek badanej zależności. Przeprowadzona analiza nie pozwala udzielić odpowiedzi na pytanie, czy depresyjność wpływa na konstruowanie bardziej negatywnego obrazu relacji, czy też negatywna percepcja relacji rodzinnych jest czynnikiem wpływającym na wystąpienie depresyjności. W badaniu Dancyger i wsp. [18] u 126 kobiet leczonych z powodu zaburzeń odżywiania się w wieku od 13 do 34 lat (średnia = 18,3 roku) i ich rodzin w oparciu o Inwentarz Depresji Becka oraz Family Assessment Device (FAD) nasilona depresyjność badanych powiązana była z percepcją rodziny jako istotnie

dysfunkcyjnej w przypadku córek, matek i ojców. Depresyjność córek okazała się w cytowanym badaniu nie wpływać na różnice w ocenie kontekstu rodzinnego.

Zależności między depresją a poszczególnymi wymiarami obrazu relacji rodzinnych są różne w przypadku badanych grup. Istotna zależność w żadnej ze skal nie okazała się charakteryzować obu grup z objawami bulimicznymi. W żadnej ze skal nie zaobserwowano zależności we wszystkich czterech grupach klinicznych. Grupa ANBP okazała się podobna do grupy KON i DEP w obu skalach, w których wystąpiły zależności. Zależność taka dla BUL obserwowana była w skalach: Wypełnianie zadań oraz Kontrola. W grupie ANB istotną statystycznie zależność obserwowano w dwóch skalach. Nie jest jasne, czy wynik ten związany jest z pośrednim charakterem grupy, czy też jest pochodną jej małej liczebności. Zaobserwowane zależności nie pozwalają na postawienie żadnej hipotezy o specyficzności powiązań między obrazem relacji rodzinnych a depresyjnością w badanych grupach.

Dziewczęta z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej podobnie jak uczennice charakteryzowały się stosunkowo niskim poziomem objawów depresyjnych oraz bardzo dobrym obrazem relacji rodzinnych [21]. Odmiennie jednak od nich – podobnie jak w analizie wyników kwestionariusza OSIQ [16] – nie stwierdzono związku depresyjności z obrazem relacji rodzinnych. Jak rozumieć ten brak zależności? Interpretacja braku zależności korelacyjnych napotyka na więcej zastrzeżeń niż wystąpienie zależności. Zawsze może być ona związana z małą liczebnością grupy bądź wystąpieniem zależności o bardziej złożonym charakterze. Otrzymane wyniki można interpretować też jako pochodną działania mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie i idealizacja. Wielu badaczy interpretuje uzyskane przez siebie wyniki w odniesieniu do tych mechanizmów. Żechowski [29] w oparciu o swoje badania wskazuje, iż uczestniczenie w procesie leczenia i psychoterapii związane jest z „pogarszaniem się wyników” w badaniach kwestionariuszowych, co autor interpretuje jako osłabienie zaprzeczeń i mechanizmów idealizacji. Ward i wsp. [30] zidentyfikowali w grupie pacjentek z rozpoznaniem anoreksji niski poziom refleksyjności oraz wysoki poziom idealizacji przy wysokich wskaźnikach więzi lękowej. Może to wskazywać, iż mechanizmy te stanowią strategię obronne w nacechowanych niepewnością relacjach z rodzicami. Także Vandereycken [31] w oparciu o przegląd badań zwraca uwagę, że w badaniach typu self report pacjentki, szczególnie z anoreksją restrykcyjną, często uzyskują wyniki zbliżone do wyników grupy kontrolnej, co autor tłumaczy działaniem mechanizmów zaprzeczania i wyparcia. Humphrey [32] zwraca uwagę, że idealizacja jest jednym z podstawowych mechanizmów obronnych nie tylko w kontekście indywidualnym, ale też rodzinnym w rodzinach z problemem zaburzeń odżywiania się, w tym zwłaszcza anoreksji psychicznej. Alternatywnym wytłumaczeniem mogłoby być tu występowanie bardziej złożonych i nielinearnych zależności wymagających innych niż korelacje procedur badawczych. Otrzymany wynik dostarcza jednak kolejnych argumentów za ograniczonym sensem badań kwestionariuszowych dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej i pułapkami interpretacyjnymi, jakie wynikać mogą z wyników takich badań.

Wyniki otrzymane w grupie uczennic są zbieżne z wynikami badania Millikan i Wamboldt [17], które w badaniu w oparciu o metodę regresji wielokrotnej na po-

pulacji 201 bliźniaków w wieku adolescencji, z użyciem m.in. Family Assessment Device (FAD) oraz Children's Depression Inventory, stwierdziły, iż percepcja funkcjonowania rodziny wyjaśniała 35% wariancji objawów depresyjnych. Fornari i wsp. [19] w badaniu opartym na kwestionariuszu Becka oraz Family Assessment Device ukazali że pacjenci z rozpoznaniem bulimii psychicznej raportowali większe nasilenie dysfunkcji systemu rodzinnego niż pacjenci z rozpoznaniem anoreksji psychicznej. Istotna statystycznie zależność stwierdzona została pomiędzy depresją a złym funkcjonowaniem rodzin. Wysokie wyniki kwestionariusza Becka w całej grupie zaburzeń odżywiania się powiązane były z negatywnym obrazem rodziny w pięciu wymiarach: rozwiązywania problemów (problem-solving), komunikacji (communication), pełnieniu ról (differentiation of tasks, roles), doświadczaniu emocji (affective responsiveness) oraz całościowym funkcjonowaniu (general functioning). Podobne wyniki otrzymano również w badaniu Thiemann i Steinera [20], gdzie pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się oraz dużej depresji ze znacznym nasileniem depresji we własnej samoocenie opisywali środowisko rodzinne jako istotnie negatywne, bez względu na nasilenie choroby podstawowej czy diagnozę. W odróżnieniu od niniejszego badania autorzy ci nie wykazali różnic pomiędzy percepcją kontekstu rodzinnego pomiędzy pacjentkami z diagnozą zaburzeń odżywiania się czy dużej depresji.

Badanie ma wiele ograniczeń metodologicznych. Jednym z nich jest stosunkowo mała liczebność grup oraz nierównomierna liczba badanych osób w poszczególnych grupach, co na tym etapie badań uniemożliwia przeprowadzenie dodatkowych analiz statystycznych. U 18,5% dziewcząt z grupy ANR, 18,2% dziewcząt z grupy ANB oraz 38,9% dziewcząt z grupy BUL jako druga diagnoza stwierdzony został przez lekarza psychiatrę epizod depresyjny [21]. Warto tu przypomnieć, że pacjentki, u których w przebiegu zaburzeń depresyjnych stwierdzono objawy subklinicznych zaburzeń odżywiania, zostały z badanego materiału wyeliminowane. Tak nierównomierne współwystępowanie zaburzeń odżywiania się i zaburzeń depresyjnych może mieć również istotne znaczenie w kontekście analizowanych wyników. W dwóch doniesieniach cytowanych w niniejszym tekście depresyjność rozpoznawana w oparciu o badania kwestionariuszowe okazała się mieć istotniejszy wpływ na percepcje relacji rodzinnych niż depresyjność diagnozowaną przez klinicystów [17, 19]. W tym kontekście wszelkie podobieństwa między grupami klinicznymi mogą być tłumaczone poprzez współwystępowanie zaburzeń odżywiania się i zaburzeń depresyjnych. Słuszne mogłoby być wykluczenie w obręb dodatkowej grupy wszystkich tych osób, u których stwierdzono to współwystępowanie. Z uwagi na liczebność grup w analizowanym materiale był to zabieg niemożliwy.

Bez względu jednak na wszelkie wątpliwości niniejsze badanie dostarcza kolejnych argumentów za znaczeniem, jakie z perspektywy zarówno badawczej, jak i klinicznej może mieć ocena depresyjności w przebiegu zaburzeń odżywiania się. Pytanie o depresyjność pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, w tym zwłaszcza bulimii, stanowić powinno istotny aspekt nie tylko diagnozy klinicznej, ale także być uwzględniane w ocenie relacji rodzinnych przez terapeutów rodzinnych czy indywidualnych. Negatywny obraz relacji rodzinnych pacjentki może być, podobnie jak postrzeganie siebie, wyrazem depresyjnych zaburzeń percepcji, a nie obiektywnych cech rodziny.

Świadomość ta wpływać może zarówno na wybór metody terapii, ocenę zasobów rodziny, jak i może pomóc w utrzymaniu postawy neutralności w trakcie terapii.

Wnioski

W badanej grupie narastanie depresyjności powiązane jest w istotny sposób z pogorszeniem oceny rodziny zarówno wśród dziewcząt zdrowych, jak i cierpiących na zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia bulimiczne. Zależność taka nie została stwierdzona wśród dziewcząt z diagnozą anoreksji restrykcyjnej.

Связь оценки взаимоотношений в семье с депрессией у девушек с различными типами нарушения питания

Содержание

Задание. Заданием исследования была оценка связи депрессивных симптомов с картиной семейных взаимоотношений в группе пациенток с диагнозом различных типов нарушений питания. Исследования сопоставлены с пациентками с распознаением депрессивных нарушений (эпизод большой депрессии, дистимия, ситуационная реакция с депрессивным настроением), а также ученицами краковских школ.

Метод. В статистических анализах использованы данные 44 пациенток с диагнозом рестриктивной анорексии (РА), 22 с распознаением обжорство-выделительной анорексии (ОВА), 36 с диагнозом булимии (Б), 36 с диагнозом депрессивных нарушений (ДН), а также 85 учениц краковских школ (УКШ). Не найдено существенных различий между возрастом девушек в исследованных группах. В анализах корреляции использованы результаты польских версий Инвентаря депрессии Бекка (ИДБ), а также Глоссарий оценки семей (ГОС).

Результаты. В группе УШК корреляции, свидетельствующие о связи депрессивности негативной картины семьи наблюдались во всех шкалах глоссария, за исключением шкалы Ценности и нормы. В ДН такая зависимость присутствовала в шкалах: Исполнение заданий, Коммуникация, Эмоциональность, Контроль, Защита, Позитивное утверждение. В группе РА не отмечено никакой статистически существенной зависимости между результатами глоссария. В группе ОВА корреляции, свидетельствующие о связи депрессивности с негативной картиной семьи обнаружены в шкалах Коммуникация и Защиты. Такая же зависимость в группе Б отмечена в шкалах: Исполнение заданий, Эмоциональность, Чувствительность, Контроль, Общий результат, Негативные утверждения.

Выводы: Утяжеление депрессивности существенным образом связано с ухудшением семейных взаимоотношений среди девушек с диагнозом булимии, депрессивных нарушений, так и исследованных учениц.

Ключевые слова: нарушения питания, семейные взаимоотношения, депрессия

Zusammenhang der Bewertung von Familienbeziehungen und Depression bei Mädchen mit unterschiedlichen Typen der Essstörungen

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Bewertung des Zusammenhanges der depressiven Symptome mit dem Bild der Familienbeziehungen in der Gruppe der Patientinnen mit den diagnostizierten unterschiedlichen Typen von Essstörungen im Vergleich mit den Patientinnen mit den diagnostizierten depressiven Störungen (Episode der Major Depression, Dysthymie, situationsbedingte Reaktion mit der depressiven Stimmung) und den Schülerinnen der Krakauer Schulen.

Methode. In den statistischen Analysen wurden die Angaben der 54 Patientinnen mit der Diagnose der Anorexia vom restriktiven Typ (ANR), 22 mit der Diagnose der Anorexia vom Binge – Purging – Typ (ANB), 36 mit der Diagnose der Bulimie (BUL), 36 mit depressiven Störungen (DEP)

und 85 Schülerinnen der Krakauer Schulen (KON) berücksichtigt. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Alter der Mädchen in den untersuchten Gruppen nachgewiesen.

In den Korrelationsanalysen wurden die Ergebnisse der polnischen Version von BDI und des Fragebogens zur Bewertung der Familie (FBF) benutzt.

Ergebnisse. In der FBF – Gruppe wurden die Beziehungen, die von der Abhängigkeit der Depression mit dem negativen Familienbild zeugen, in allen Skalen des Fragebogens nachgewiesen, außer der Skala: Wert und Normen. In der DEP – Gruppe wurde eine solche Abhängigkeit in den Skalen: Aufgabeausfüllen, Kommunikation, Emotionen, Kontrolle, Abwehr, positive Feststellungen nachgewiesen. Bei der ANR – Gruppe wurde keine statistisch signifikante Abhängigkeit zwischen den Ergebnissen der Fragebögen festgestellt. In der ANB – Gruppe wurden die Korrelationen zwischen der Depression und dem negativen Bild der Familie in den Skalen nachgewiesen: Kommunikation und Abwehr. Dieselbe Abhängigkeit wurde auch in der BUL – Gruppe in den Skalen: Aufgabeausfüllen, Emotionen, emotionales Engagement, Kontrolle, Allgemeinergebnis, negative Feststellungen nachgewiesen.

Schlussfolgerungen. Die Steigerung der Depressivität hängt signifikant mit der Verschlechterung der Bewertung der Familienbeziehungen unter den Mädchen mit der Diagnose der Bulimie, depressiven Störungen und den untersuchten Schülerinnen zusammen.

Schlüsselwörter: Essstörungen, Familienbeziehungen, Depression

Le rapport de l'évaluation des liens familiaux et de la dépression chez les filles souffrant des troubles des conduites alimentaires (TCA)

Résumé

Objectif. Analyse les rapports des symptômes dépressifs et des liens familiaux chez les filles souffrant des troubles des conduites alimentaires (TCA) en comparaison avec les filles souffrant des troubles dépressifs/épisode dépressif majeur, dysthymie, trouble de l'adaptation avec l'humeur dépressif/ et chez les filles saines des écoles de Cracovie.

Méthode. On analyse les données de : 54 patientes souffrant de l'anorexie (ANR), 22 patientes avec l'anorexie/boulimie avec les vomissements et les purgatifs (ANB), 36 avec la boulimie (BUL), 36 avec les troubles dépressifs (DEP) et 85 filles saines (KON). On ne note pas de corrélation concernant l'âge des filles examinées. Pour cette analyse on use des versions polonaises des questionnaires suivants : the Beck Depression Inventory (BDI) et the Family Assessment Questionnaire (KOR).

Résultats. Dans le groupe KON on observe des corrélations des symptômes dépressifs et de l'image négative de la famille dans toutes les échelles du questionnaire sauf l'échelle « Valeur et Normes ». Dans le groupe DEP on trouve ces corrélations dans les échelles : Tâche, Communication, Emotivité, Contrôle, Défense, Déclarations positives. Dans le groupe ANR on n'observe point de corrélations significantes. Dans le groupe ANB on note des corrélations des symptômes dépressifs et de l'image négative de la famille dans les échelles : Communication et Défense. Il en est de même dans le groupe BUL – dans les échelles : Tâche, Emotivité, Engagement émotionnel, Contrôle, Résultat général, Déclarations négatives.

Conclusions. L'augmentation des symptômes dépressifs se lie fortement avec la détérioration de l'évaluation des liens familiaux des filles avec la boulimie, avec les troubles dépressifs ainsi que des filles du groupe de contrôle.

Mots clés : troubles des conduites alimentaires, liens familiaux, dépression

Piśmiennictwo

1. Speranza M, Atger F, Corcos M, Loas G, Guilbaud O, Stéphan P, Perez-Diaz F, Halfon O, Venisse JL, Bizouard P, Lang F, Flament M, Jeammet P. *Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders*. Eur. Psychiatry 2003; 18: 377–383.
2. Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, Rockert W, Toner B, Abbey SE. *Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes*. J. Psychosom. Res. 1994; 38: 773–82.

3. Grilo CM, White MA, Masheb RM. *DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder*. Int. J. Eat. Disord. 2009; 42: 228–234.
4. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. *Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31: 810–818.
5. Dooley-Hash S, Banker JD, Walton MA, Ginsburg Y, Cunningham RM. *The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14–20 years*. Int. J. Eat. Disord. 2012; 45 (7): 883–890.
6. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. *Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature*. Int. J. Eat. Disord. 2007; 40: 293–309.
7. Dębska E, Janas A, Bańczyk W, Janas-Kozik M. *Depression or depressiveness in patients diagnosed with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa – pilot research*. Psychiatr. Danub. 2011; 23: 87–90.
8. O'Brien KM, Vincent NK. *Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships*. Clin. Psychol. Rev. 2003; 23: 57–74.
9. Silberg JL, Bulik CM. *The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls*. J. Child Psychol. Psychiatry 2005; 46: 1317–1326.
10. Sihvola E, Keski-Rahkonen A, Dick DM, Hoek HW, Raevuori A, Rose RJ, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. *Prospective associations of early-onset Axis I disorders with developing eating disorders*. Compr. Psychiatry 2009; 50: 20–25.
11. Costa C, Ramos E, Severo M, Barros H, Lopes C. *Determinants of eating disorders symptomatology in Portuguese adolescents*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2008; 162: 1126–1132.
12. Presnell K, Stice E, Seidel A, Madeley MC. *Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents*. Clin. Psychol. Psychother. 2009; 16: 357–365.
13. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26: 769–782.
14. Bizeul C, Brun JM, Rigaud D. *Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients*. Eur. Psychiatry 2003; 18: 119–123.
15. Giel KE, Wittorf A, Wolkenstein L, Klinberg S, Drimmer E, Schönenberg M, Rapp AM, Fallgatter AJ, Hautzinger M, Zipfel S. *Is impaired set-shifting a feature of „pure” anorexia nervosa? Investigating the role of depression in set-shifting ability in anorexia nervosa and unipolar depression*. Psychiatry Res. 2012; 200 (2–3): 538–543.
16. Pilecki M, Józefik B. *Związek depresyjności z obrazem siebie u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psych. Psychol. Klin. 2009; 9: 233–241.
17. Millikan E, Wamboldt MZ. *Perceptions of the family, personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41: 1486–1494.
18. Dancyger I, Fornari V, Scionti L, Wisotsky W, Sunday S. *Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?* Compr. Psychiatry 2005; 46: 135–139.
19. Fornari V, Włodarczyk-Bisaga MM, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL. *Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa*. Compr. Psychiatry 1999; 40: 434–441.
20. Thienmann M, Steiner H. *Family environment of eating disordered and depressed adolescents*. Int. J. Eat. Disord. 1993; 14: 43–48.
21. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
22. Beck T, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
23. Pamowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11: 417–421.

24. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 36: 29–40.
25. Steinhauer PD, Santa Barbara J, Skinner HA. *The process model of family functioning*. Can. J. Psychiatry 1984; 29: 77–88.
26. Cierpka M, Frevert G. *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe; 1994.
27. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington: APA; 1994.
28. Józefik B, Pilecki MW. *Perception of autonomy and intimacy in families of origin of patients with eating disorders with depressed patients and healthy controls. A Transgenerational perspective – Part I*. Arch. Psychiatr. Psychotherapy. 2010; 4: 69–77.
29. Żechowski C. *Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się*. Praca doktorska. Warszawa: IPiN; 2002.
30. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. *Attachment patterns in heating disorders: Past in the present*. Int. J. Eat. Disord. 2001; 28: 370–376.
31. Vandereycken W. *Families of patients with eating disorders*. W: Fairburn ChG, Brownell KD. red. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Second edition. New York, London: The Guilford Press; 2002. s. 215–220.
32. Humphrey LL. *Object relations theory and the family system: an integrative approach to understanding and treatment of treating eating disorders*. W: Johnston C. red. *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, London: The Guilford Press; 1991. s. 321–353.

Adres: Maciej Wojciech Pilecki
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 a

Otrzymano: 15.10.2012
Zrecenzowano: 24.01.2013
Otrzymano po poprawie: 12.02.2013
Przyjęto do druku: 22.02.2013
Adiustacja: A. K.