LUBELSKI ROCZNIK PEDAGOGICZNY
T. XXXX, z. 4 – 2021

DOI: 10.17951/lrp.2021.40.4.??-??

Anna Wiatrowska
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
ORCID – 0000-0002-4730-789X

NASILENIE OBJAWÓW I STRUKTURA DEPRESJI U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Wprowadzenie: Powiązania między zaburzeniami odżywiania a depresją wykazują wielokierunkowy i złożony charakter. Depresja może predysponować i podtrzymywać objawy zaburzeń, oddziaływać na przebieg leczenia oraz przyczyniać się do ryzyka nawrotu i pogłębienia następstw psychopatologicznych.
Cel badań: Celem podjętych badań było określenie nasilenia objawów i struktury depresji u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną.
Metoda badań: Ogółem przebadano 100 kobiet z zaburzeniami odżywiania, 50 z anoreksją i 50 z bulimią, na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-V (2015). W badaniu wykorzystano *21–itemową Skalą Depresji Hamiltona* (*HAM-D*).
Wyniki: Przeprowadzone analizy ujawniły różnice w nasileniu objawów i strukturze depresji. U osób z anoreksją depresja jest powiązana z objawami somatycznymi, u chorych na bulimię z napięciem psychoruchowym. Analiza skupień wykazała różnice pomiędzy badanymi. W grupie kobiet z anoreksją przeważała depresja melancholiczna, u osób z rozpoznaniem bulimii depresja atypowa. U kobiet z anoreksję wystąpiła również lękowa postać depresji, w grupie chorych na bulimię depresja hipochondryczna.
Wnioski: Ocena nasilenia i struktury depresji u osób z zaburzeniami odżywiania pełni istotną rolę zarówno w procesie diagnozy, jak i planowaniu leczenia oraz rokowaniu.

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenia odżywiania, jadłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna

WPROWADZENIE

Zaburzenia afektywne mogą poprzedzać pojawienie się anoreksji czy bulimii (Silberg, Bulik 2005; Sihvola i in., 2009), występować równolegle z objawami chorobowymi (Keel i in., 2005; Fisher, Le Grange, 2007) lub ujawniać się jako ich następstwo, wpływając niekorzystnie na przebieg zaburzeń, jak również pro-

ces leczenia i rokowanie (Berkman i in., 2007, Presnell i in., 2009). Jak zauważa Rybakowski (2016), u części chorych zaburzenia odżywiania, głównie w postaci anoreksji i bulimii, mogą stanowić maskę depresji.

Częstość występowania depresji u osób z różnymi postaciami zaburzeń odżywiania jest wielokrotnie wyższa niż w populacji ogólnej, w przypadku chorych na anoreksję wynosi od 30% do 90% (Padraig i in., 2008, Anderson i in., 2013), podobne wartości występują u osób z rozpoznaniem bulimii (Kaye i in., 1998; Kucharska, Wilkos, 2016). Objawy depresyjne u osób z anoreksją są ściśle powiązane z ostrą fazą choroby (tj. głodzeniem się i wychudzeniem/wyniszczeniem organizmu), które wraz z normalizacją sposobu odżywiania i zwiększeniem masy ciała nierzadko ustępują (Herpetz-Dahlman, 2008). Negatywne predykatory przebiegu bulimii obejmują współistniejące zaburzenia psychiczne, w tym choroby afektywne, które w istotny sposób utrudniają proces leczenia oraz zwiększają ryzyko nawrotu choroby (Wiatrowska, 2019).

Analiza dotychczasowych wyników badań wskazuje, że depresja wpływa na sposób postrzegania objawów zaburzeń odżywiania (Bizeul i in., 2003), ocenę funkcjonowania poznawczego, behawioralnego i emocjonalnego (Pilska, Jeżewska, 2008; Giel i in., 2012, Hambrook i in., 2011) oraz nasilenie różnorodnych objawów psychopatologicznych towarzyszących anoreksji i bulimii (Fisher, Le Grannge, 2007; Hudson i in., 2007; Wiatrowska, 2009, Rajewski, 2012; Kucharska, Wilkos, 2016; Brytek-Matera, 2020).

PROBLEM I CEL BADAŃ

Celem niniejszego badania była ocena depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Główny problem badawczy sprowadza się do odpowiedzi na pytanie: Jaka jest struktura i nasilenie objawów depresji u osób z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej? Rozwiązanie tak postawionego problemu badawczego wymaga sformułowania następujących pytań szczegółowych: 1) czy kobiety z anoreksją różnią się od chorych na bulimię pod względem nasilenia objawów depresji, a jeśli tak, to jaki przyjmują one charakter?; 2) czy i jakie występują różnice między badanymi w zakresie szczegółowej struktury depresji?; 3) jakie typy depresji są charakterystyczne dla kobiet rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej?

METODA BADAŃ I CHARAKTERYSTYKA PRÓBY

Do oceny nasilenia objawów i struktury depresji u badanych wykorzystano *Skalę Depresji Hamiltona (HAM-D)* w wersji proponowanej przez Pużyńskiego i Wciórkę (2002). Narzędzie składa się z 21 pytań, odnoszących się do: obniżenia nastroju, poczucia winy, myśli samobójczych, trudności z zasypianiem, budzenia się w nocy, budzenia się wcześnie rano, trudności w pracy i aktywności pozazawodowej, spowolnienia psychoruchowego, pobudzenia, lęku, pobudzenia somatycznego, objawów somatycznych, objawów ogólnych, zaburzeń seksualnych i ze strony układu rozrodczego, objawów hipochondrycznych, spadku masy ciała, wyglądu, dobowego wahania nasilenia objawów, objawów depersonalizacji i derealizacji, objawów paranoidalnych oraz objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Test należy do obserwacyjnych, co oznacza, że badanie przeprowadza doświadczony obserwator, znający standardy oceny nasilenia objawów. Odpowiedzi zawierają się w skali od 0 do 4. W każdym pytaniu zaznacza się tylko jedną odpowiedź, a im większa liczba punktów, tym większe nasilenie objawów depresji. Wynik poniżej 7 punktów sugeruje brak zaburzeń, od 8 do 12 – depresję łagodną, a od 13 do 17 umiarkowaną. Rezultat między 18 a 29 punktów oznacza stadium ciężkie, a od 30 do 52 bardzo ciężką depresję. Współczynnik rzetelności α Cronbacha obliczony dla tej skali wynosi średnio 0,70 (Ragby i wsp. 2004).

Badania przeprowadzono w ośrodkach leczenia zaburzeń odżywiania, na terenie Polski. Wszystkie placówki spełniały podobne kryteria świadczonych usług w zakresie opieki medycznej i psychologicznej dla grupy osób z zaburzeniami odżywiania. W skład tych kryteriów weszły: regularne i obligatoryjne kontrole stanu psychofizycznego badanych kobiet (tj. kontrola wagi ciała, ocena BMI i kontrolne badania medyczne), konsultacje medyczne i psychologiczne oraz w zależności od wskazań lekarskich konsultacje dietetyczne. Mając na uwadze specyfikę badań oraz konieczność wyeliminowania jak największej liczby zmiennych zakłócających, przy doborze badanych posłużono się następującymi kryteriami: ukończony 18. r.ż., wykształcenie na poziomie co najmniej podstawowym, zdiagnozowane zaburzenie odżywiania na podstawie obowiązujących skal diagnostycznych. W trakcie badań udzielano wskazówek i wyjaśnień o charakterze proceduralnym, nieodnoszącym się do obszaru treściowego i znaczeniowego. Rygorystycznie przestrzegano zasady anonimowości i dobrowolności uczestnictwa. Za istotne kryterium różnicujące uznano postać zaburzeń odżywiania. W badaniach wzięło udział 100 kobiet z zaburzeniami odżywiania, w tym 50 z anoreksją i 50 z bulimią, według kryteriów diagnostyczne DSM-V (2015).

Tabela 1.
Wiek badanych kobiet

Grupa	Liczba badanych	Wiek. Średnia	Wiek. Odchylenie standardowe
Anoreksja	50	25,14	5,19
Bulimia	50	26,82	5,09
Ogółem	100	25,98	5,18

Źródło: opracowanie własne.

Grupy objęte badaniem nie różniły się istotnie pod względem wieku (test *t* dla prób niezależnych, $t = 1{,}63$; $df = 98$; $p = 0{,}11$). Średnia wieku u badanych z anoreksją wynosiła 25,14 ($SD = 5{,}19$), natomiast u osób z rozpoznaniem bulimii 26,82 ($SD = 5{,}18$).

PROCEDURA ANALIZY DANYCH

Przeprowadzone analizy statystyczne zostały podporządkowane celowi badań oraz sformułowanym problemom. W przypadku zmiennych ilościowych jako miarę położenia przyjęto średnią oraz medianę, natomiast jako miarę rozrzutu, odchylenie standardowe. Porównań międzygrupowych dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya dla prób niezależnych. Zastosowano również metodę analizy czynnikowej z rotacją varimax znormalizowaną dla osób badanych. W kolejnym etapie analiz, korzystając z testu U Manna-Whitneya, porównano wartości wyróżnionych czynników depresji w grupach kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną. Na ostatnim etapie, wykorzystując analizę skupień metodą k-średnich wyodrębniono typy depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania, obejmujące określoną strukturę wyodrębnionych czynników. Otrzymane wyniki przedstawiono w poniższych tabelach i wykresach.

WYNIKI

W pierwszej kolejności wyodrębnione ze względu na postać zaburzeń odżywiania grupy kobiet z anoreksją i bulimią, poddano analizie porównawczej z użyciem nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya dla prób niezależnych.

NASILENIE DEPRESJI U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Tabela 2.
Depresja – porównanie nasilenia depresji w obu grupach z zaburzeniami odżywiania

Grupa	Liczba badanych	HAMILTON 1–17 Średnia	HAMILTON 1–17 Odch. std	HAMILTON 1–17 Mediana	HAMILTON 1–17 Q25	HAMILTON 1–17 Q75
Anoreksja	50	18,30	8,19	15,50	13,00	22,00
Bulimia	50	14,88	7,38	13,00	12,00	18,00
Ogółem	100	16,59	7,94	15,00	12,00	21,00

Źródło: opracowanie własne.

Grupy objęte badaniem różniły się istotnie pod względem nasilenia objawów depresji (test U Manna-Whitneya, $Z = -2{,}15$; $p = 0{,}031$). Średni poziom depresji u chorych na anoreksję wynosił 18,30 ($SD = 8{,}19$), natomiast u osób z rozpoznaniem bulimii 14,88 ($SD = 7{,}38$). Zatem u kobiet z anoreksją występuje istotnie wyższe nasilenie depresji, a zwłaszcza dynamiki objawów w czasie epizodu, w porównaniu do chorych na bulimię.

Tabela 3.
Nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania

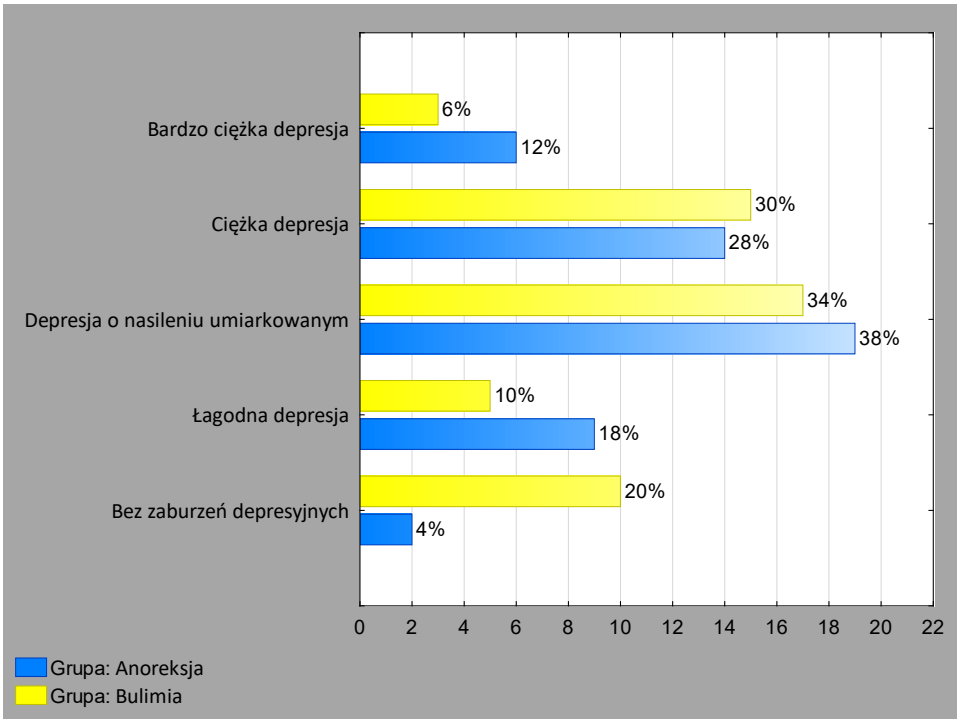
Grupa	Bez zaburzeń depresyjnych	Łagodna depresja	Depresja o nasileniu umiarkowanym	Ciężka depresja	Bardzo ciężka depresja
Anoreksja	2	9	19	14	6
% z wiersza	4,00%	18,00%	38,00%	28,00%	12,00%
Bulimia	10	5	17	15	3
% z wiersza	20,00%	10,00%	34,00%	30,00%	6,00%
Ogółem	12	14	36	29	9

Źródło: opracowanie własne.

W grupie badanych przeważały kobiety z depresją o umiarkowanym nasileniu (36% wszystkich badanych), co stanowiło 38% chorych na anoreksję oraz 34% z rozpoznaniem bulimii. Stosunkowo liczna była również grupa z ciężką depresją (29%), z dominacją kobiet z bulimią (30%) nad osobami z anoreksją (28%). Najmniej, bo 9% badanych, znajdowało się w bardzo ciężkiej depresji, w tym dwukrotnie więcej kobiet z anoreksją (12%) niż bulimią (6%). Łagodną depresję posiadało 14%

chorych z zaburzeniami odżywiania, przy czym znacznie więcej z rozpoznaniem anoreksji (18%) niż bulimii (10%). Zaburzenia depresyjne nie występowały u 12% badanych, w tym u pięciokrotnie większej liczby kobiet chorych na bulimię (20%) niż anoreksję (4%).

Wykres 1.
Nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania



Źródło: opracowanie własne.

WYRÓŻNIENIE CZYNNIKÓW CHARAKTERYZUJĄCYCH DEPRESJĘ U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Na tym etapie wykorzystując analizę czynnikową, wykrywającą powiązania pomiędzy poszczególnymi pytaniami skali *HAM-D,* analizowano strukturę depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Do wyodrębnienia czynników wykorzystano analizę głównych składowych z rotacją varimax znormalizowaną dla osób badanych. Wyróżniono 6 czynników, które w 81% wyjaśniają pierwotną strukturę zależności pomiędzy

poszczególnymi obszarami narzędzia oceniającego nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Wartości ładunków czynnikowych zawiera poniższa tabela.

Tabela 4.
Depresja – ładunki czynnikowe dla kobiet z zaburzeniami odżywiania

Pytanie	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3	Czynnik 4	Czynnik 5	Czynnik 6
H1	0,255	0,159	0,151	0,086	0,121	**0,791**
H2	0,013	–0,000	0,129	**0,795**	0,045	–0,133
H3	0,124	–0,215	0,517	–0,079	0,071	**0,620**
H4	0,094	0,520	0,019	–0,080	**0,739**	0,182
H5	0,199	**0,811**	0,022	0,019	0,066	–0,136
H6	0,023	**0,675**	0,374	0,367	0,296	–0,240
H7	0,232	–0,099	0,004	0,523	0,512	0,432
H8	**0,832**	0,238	–0,224	0,045	0,149	0,027
H9	–0,034	0,186	0,020	**0,852**	0,095	0,176
H10	0,271	-0,048	–0,021	0,228	**0,848**	0,099
H11	**0,788**	0,164	–0,073	0,276	0,277	0,272
H12	**0,730**	0,205	–0,191	0,136	–0,150	0,499
H13	**0,843**	0,045	0,137	–0,016	0,257	0,229
H14	**0,807**	–0,094	0,129	–0,236	0,081	0,222
H15	0,064	**0,898**	–0,111	0,057	–0,060	0,285
H16A	0,317	–0,025	0,006	–0,006	0,165	**0,812**
H16B	0,491	0,237	**0,683**	0,139	–0,163	0,210
H117	–0,384	–0,023	**0,748**	0,139	0,044	0,077
War. wyj.	3,960	2,502	1,615	2,034	1,903	2,580
Udział	22,0%	13,9%	9,0%	11,3%	10,6%	14,3%

Źródło: opracowanie własne.

Pierwszy czynnik, wyjaśniający 22% wariancji całkowitej depresji kobiet z zaburzeniami odżywiania został utworzony głównie przez pozycje wskazujące na ogólne objawy somatyczne (uczucie ciężaru w głowie, karku, barkach, wzmożona męczliwość, utrata energii), spowolnienie i zahamowanie (myślenia, mowy, upośledzenie koncentracji uwagi, obniżenie aktywności ruchowej), utratę libido i popędu seksualnego oraz zaburzeń miesiączkowania, jak również występujące somatyczne objawy lęku (suchość w jamie ustnej, biegunki, wzdęcia, palpitacje, objawy hiperwentylacji, pocenie się, częste oddawanie moczu, zawroty głowy, nieostre widzenie) oraz zaburzenia funkcjonowania przewo-

du pokarmowego (brak apetytu, zaparcia). Jest to czynnik integrujący obszary związane z ciałem, można zatem przyjąć, że uosabia on zaburzenia somatyczne.

Drugi czynnik, interpretujący 13,9% wariancji jest utworzony głównie przez wymiary odnoszące się do objawów hipochondrycznych (zaabsorbowanie problemem własnego ciała, nadmierna dbałość o zdrowie, obawy przed chorobą, narzekanie i skargi na złe zdrowie, żądanie pomocy i leczenia, urojenia hipochondryczne), snem płytkim i przerywanym (niespokojny sen, budzenie się w nocy, opuszczanie łóżka niezwiązane z potrzebami fizjologicznymi) oraz wczesnym budzeniem się (budzenie się nad ranem i ponowne zasypianie, budzenie się zbyt wczesne z niemożnością ponownego uśnięcia). Można go nazwać czynnikiem objawów hipochondrycznych.

Trzeci czynnik, tłumaczący 9% wariancji całkowitej depresji kobiet z anoreksją i bulimią, głównie jest skorelowany z pytaniem dotyczącym krytycyzmu (brak poczucia obecności depresji jako choroby) oraz odnoszącym się do spadku masy ciała (ocena stanu aktualnego). Czynnik ten, najogólniej mówiąc jest powiązany z brakiem wglądu w chorobę.

Czwarty czynnik, wyjaśniający 11,3% wariancji jest najsilniej skorelowany z niepokojem i podnieceniem ruchowym (niepokój manipulacyjny – przebieranie palcami, bawienie się włosami; niepokój ruchowy – niemożność przebywania w jednym miejscu; podniecenie ruchowe, wykręcanie rąk, obgryzanie paznokci, wyrywanie włosów, przygryzanie warg) oraz poczuciem winy (poczucie sprawienia zawodu innym, wymówki wobec siebie; rozważania o winie, błędach popełnionych w przeszłości; przekonanie, że obecna choroba jest karą, urojenie winy; omamy słuchowe o treści oskarżającej i denuncjującej pacjenta). Czynnik ten odnosi się do napięcia psychoruchowego.

Piąty czynnik, interpretujący 10,6% wariancji całkowitej jest utworzony głównie przez pytania wskazujące na objawy depresyjne lęku (subiektywne – napięcie, rozdrażnienie; martwienie się drobiazgami; cechy lęku w wyrazie twarzy i w wypowiedziach; lęk i obawy ujawniane spontanicznie przez pacjenta) oraz trudności z zasypianiem. Czynnik ten wiąże się z objawami lękowymi.

Szósty czynnik, tłumaczący 21% wariancji depresji kobiet z zaburzeniami odżywiania jest utworzony głównie przez wymiary odnoszące się do spadku masy ciała (werbalnie i niewerbalne przejawy depresji – wyraz twarzy, głos, płacz), a także nastroju depresyjnego oraz braku chęci do życia, myśli i tendencji samobójczych. Można zatem przyjąć, że dotyczy on utraty energii życiowej.

PORÓWNANIE WARTOŚCI CZYNNIKOWYCH DEPRESJI U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Na tym etapie analiz, korzystając z testu U Manna-Whitneya, ze względu na istotne odchylenia rozkładu wartości czynnikowych od rozkładu normalnego, porównano wartości wyróżnionych czynników depresji w wyodrębnionych ze względu na postać zaburzeń odżywiania grupach kobiet z anoreksją i bulimią.

Tabela 5.
Depresja – porównanie ładunków czynnikowych dla kobiet z anoreksją i bulimią

Czynnik	Anoreksja			Bulimia			Test U Manna-Whitneya	
	M	*SD*	*ME*	*M*	*SD*	*ME*	*Z*	*P*
Czynnik 1	0,38	1,03	0,35	–0,38	0,82	–0,59	–3,31	<0,001***
Czynnik 2	–0,03	0,98	–0,20	0,03	1,02	0,26	–0,22	0,828
Czynnik 3	0,07	1,08	–0,18	–0,07	0,92	–0,33	–0,81	0,418
Czynnik 4	–0,22	1,05	–0,24	0,22	0,90	0,07	2,49	0,013*
Czynnik 5	0,05	1,23	0,05	–0,05	0,71	0,08	–0,45	0,652
Czynnik 6	0,12	0,98	–0,22	–0,12	1,01	–0,42	–1,08	0,281

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Kobiety z anoreksją wykazują istotnie większe nasilenie depresyjnych zaburzeń somatycznych (wyrażonych przez czynnik 1) w porównaniu z chorymi na bulimię ($Z = –3,31$; $p < 0,001$). Ocena ogólnych dolegliwości związanych z ciałem, spowolnienie i zahamowanie psychoruchowe, utrata libido oraz somatyczne objawy lęku, u kobiet z rozpoznaniem anoreksji występują zatem w zdecydowanie większym stopniu ($M = 0,38$) niż u chorych na bulimię ($M = –0,38$).

Badane różnią się także istotnie pod względem nasilenia czynnika 4 ($Z = 2,49$; $p = 0,013$), utożsamianego z napięciem psychoruchowym. Istotnie wyższe u kobiet z bulimią ($M = 0,22$) w porównaniu z chorymi na anoreksję ($M = –0,22$) poczucie winy, niepokoju i podniecenia ruchowego, powiązane z niechęcią do podejmowania aktywności złożonej wskazuje, że czynnik ten stanowi istotny obszar oceny ich zachowania i stanu zdrowia.

TYPY DEPRESJI U KOBIET Z ANOREKSJĄ

W wyniku przeprowadzonej analizy wyróżniono dwa skupienia w grupie kobiet z anoreksją. Średnie dla poszczególnych czynników wraz z testem *F* (analiza wariancji) oraz oceną istotności różnic pomiędzy badanymi grupami przedstawiono w poniższej tabeli, wyodrębnione zaś skupienia zaprezentowano na rysunku.

Tabela 6.
Depresja – średnie skupień z analizą wariancji dla różnic pomiędzy grupami kobiet z anoreksją

Czynnik	A1 (n = 13)	A2 (n = 42)	F	p
Czynnik 1	0,68	0,28	1,61	0,211
Czynnik 2	–0,93	0,15	13,23	<0,001***
Czynnik 3	–0,38	0,09	1,83	0,181
Czynnik 4	1,27	-0,58	76,47	<0,001***
Czynnik 5	–0,39	0,26	3,03	0,088
Czynnik 6	0,65	-0,02	5,21	0,026*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A1 – depresja lękowa, A2 – depresja melancholiczna

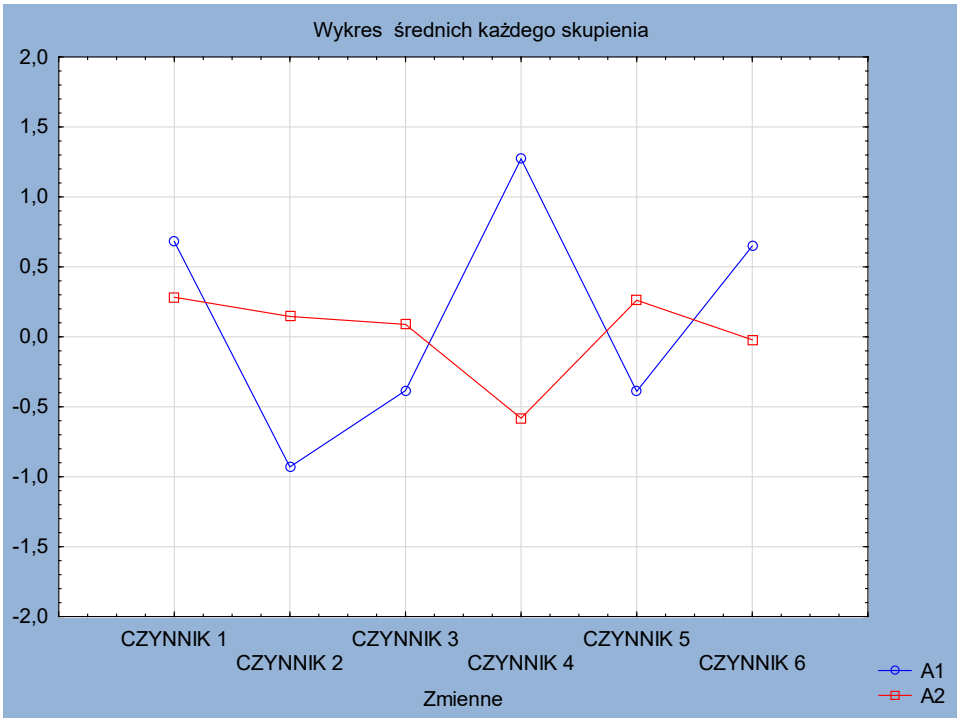
Źródło: opracowanie własne.

Wyróżnione skupienia chorych na anoreksję nie różniły się istotnie pod względem wartości trzech czynników, mianowicie: somatycznych zaburzeń depresyjnych (czynnik 1), braku wglądu w chorobę (czynnik 3) i objawów lęku (czynnik 5). Istotne różnice pomiędzy wyodrębnionymi grupami wystąpiły natomiast w przypadku pozostałych trzech czynników (tab. 6).

Najbardziej liczne, drugie skupienie, jest reprezentowane przez 42 kobiety z anoreksją, co w odniesieniu do całej podgrupy badanych wynosi 84%. Kobiety należące do tego skupienia, w porównaniu z kobietami ze znacznie mniej licznego skupienia pierwszego, odznaczały się przeciętnymi wartościami wszystkich czynników i dość niskim poziomem napięcia psychicznego (rys. 7). Na przeciętnym poziomie występowały u nich somatyczne objawy ogólne (utrata libido, popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania), a także objawy lęku i problemy związane z funkcjonowaniem przewodu pokarmowego. Na zbliżonym poziomie znajdowały się objawy hipochondryczne, zaburzenia rytmu snu i czuwania oraz

objawy związane ze spadkiem masy ciała i brakiem względu w chorobę. Badane charakteryzowały się ponadto przeciętnym nasileniem objawów lęku, depresyjnego nastroju i zniechęcenia do życia. Kobiety z anoreksją należące do skupienia drugiego w porównaniu z kobietami ze skupienia pierwszego odznaczały się zdecydowanie niższym poziomem niepokoju i podniecenia ruchowego oraz poczucia winy ($p < 0{,}001$). Typ ten charakteryzuje *depresję melancholiczną*.

Wykres 2.
Typy depresji kobiet z anoreksją



Źródło: opracowanie własne.

Pierwsze, mniej liczne skupienie jest reprezentowane przez 13 kobiet z anoreksją, co stanowi 26% całości badanej grupy (tab. 6). Osoby należące do tego skupienia, w porównaniu z osobami ze skupienia pierwszego, odznaczały się wysokim poziomem napięcia psychoruchowego (czynnik 4), podwyższonymi objawami somatycznymi (czynnik 1) i większym zniechęceniem do życia (czynnik 6). Badane charakteryzowały się ponadto mniejszym nasileniem objawów hipochondrycznych (czynnik 2). Zatem kobiety z rozpoznaniem anoreksji należące do

skupienia pierwszego w porównaniu z kobietami ze skupienia drugiego wyróżniały się zdecydowanie wyższym niepokojem, podnieceniem ruchowym i poczuciem winy, a także nasileniem lęku somatycznego i występującymi objawami somatycznymi oraz podwyższonym nastrojem depresyjnym i ogólnym zniechęceniem do życia. W mniejszym nasileniu występowały u nich zaburzenia hipochondryczne oraz problemy ze snem, przejawiające się wczesnym wybudzaniem się i bardzo płytkim oraz przerywanym snem. Typ ten utożsamia *depresję lękową*.

TYPY DEPRESJI U KOBIET Z BULIMIĄ

Przeprowadzona analiza w grupie kobiet z bulimią pozwoliła na wyodrębnienie również dwóch skupień. Średnie dla czynników wraz z testem *F* (analiza wariancji) oraz oceną istotności różnic pomiędzy badanymi grupami przedstawiono w poniższej tabeli, natomiast wyodrębnione skupienia zaprezentowano na rysunku.

Tabela 7.
Depresja – średnie skupień z analizą wariancji dla różnic pomiędzy grupami kobiet z bulimią

Czynnik	B1 (n = 30)	B2 (n = 20)	F	p
Czynnik 1	–0,59	–0,06	5,32	0,025*
Czynnik 2	–0,34	0,59	12,45	<0,001***
Czynnik 3	–0,34	0,33	7,09	0,010*
Czynnik 4	0,24	0,20	0,02	0,881
Czynnik 5	0,01	–0,12	0,39	0,537
Czynnik 6	0,47	–1,02	54,20	<0,001***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

B1 – atypowa postać depresji, B2 – depresja hipochondryczna

Źródło: opracowanie własne.

Wyróżnione grupy kobiet z bulimią nie różnią się istotnie pod względem nasilenia dwóch czynników, mianowicie: napięcia psychicznego (czynnik 4) oraz depresyjnych objawów lękowych (czynnik 5). Istotne różnice pomiędzy wyróżnionymi grupami związane są z objawami hipochondrycznymi (czynnik 2), zniechę-

ceniem do życia (czynnik 6), brakiem wglądu w chorobę (czynnik 3), depresyjnymi zaburzeniami somatycznymi (czynnik 1).

W grupie kobiet z bulimią najbardziej liczne pierwsze skupienie jest reprezentowane przez 30 osób, co w odniesieniu do całej grupy badanych wynosi 60% (tab. 7). Kobiety należące do tego skupienia w porównaniu z kobietami ze skupienia drugiego odznaczają się wysokim poziomem zniechęcenia do życia i podwyższonym napięciem psychoruchowym oraz niższym natężeniem depresyjnych objawów somatycznych. Badane charakteryzują się również istotnie mniejszym spadkiem masy ciała i wyparcia świadomości depresji jako choroby. Typ ten tworzą kobiety z *atypową postacią depresji*.

Wykres 3.
Typy depresji kobiet z bulimią

Źródło: opracowanie własne.

Drugie co do liczebności skupienie jest reprezentowane przez 20 kobiet z bulimią, co stanowi 40% badanej grupy (tab. 7). Osoby wchodzące do skupienia drugiego w porównaniu z kobietami ze skupienia pierwszego cechuje istotnie

wyższe natężenie objawów hipochondrycznych (tj. zaabsorbowanie problemem własnego ciała, nasilony lęk o własne zdrowie i życie), większy spadek masy ciała i brak wglądu w chorobę. Badane odznaczają się również istotnie mniejszą utratą energii życiowej, spadkiem nasilenia myśli i tendencji samobójczych oraz obniżeniem objawów depresyjnych lęku i problemów związanych z zasypaniem. Typ ten wiąże się z *depresją hipochondryczną.*

DYSKUSJA WYNIKÓW

Skuteczne zapobieganie chorobom, aktywne uczestniczenie w procesie leczenia i kontrolowanie swojego zdrowia wymaga zarówno zwiększania kompetencji zdrowotnych, jak i rozwijania umiejętności psychospołecznych, utożsamianych w edukacji zdrowotnej z umiejętnościami życiowymi (Woynarowska, 2017). Edukacja zdrowotna powinna stać się również istotnym i wspomagającym elementem terapii zaburzeń odżywiania, ich zapobiegania oraz promocji zdrowia. Jak wynika z licznych danych, zaburzenia te rozprzestrzeniają się, obejmując różne grupy społeczne i etniczne, tym samym przyczyniając się do ich globalizacji, stanowiąc nie tylko poważny problem medyczny, ale również społeczny i ekonomiczny. Z anoreksją i bulimią współwystępują zaburzenia afektywne, wpływając niekorzystnie na przebieg zaburzeń odżywiania, jak również proces leczenia i rokowanie.

Celem niniejszego opracowania była ocena nasilenia i struktury depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Rezultaty porównań międzygrupowych pozwalają stwierdzić, że chore na anoreksję charakteryzowały się większym niż osoby z bulimią poziomem depresji, co koresponduje z wcześniejszymi doniesieniami empirycznymi innych autorów (Dalgleish i in., 2001; Sala, Simon, 2011), wykazuje jednak sprzeczność z wynikami badań Brytek (2006), które ujawniły, że pacjentki z rozpoznaniem bulimii odznaczają się wyższym poziomem lęku i depresji.

Analiza nasilenia objawów depresyjnych pokazała, że u większości kobiet z anoreksją i bulimią występowała umiarkowana lub ciężka depresja, co zostało potwierdzone również przez innych badaczy (Herzog 1984; Kaye i in., 1998; Padraig i in., 2008). Współwystępowanie depresji powinno być zatem uwzględniane zarówno w procesie diagnostycznym, jak i podczas planowania leczenia osób z zaburzeniami odżywiania.

Wykazano, że za strukturę zależności pomiędzy poszczególnymi pytaniami *HAM-D* odpowiedzialnych jest sześć czynników odnoszących się do: zaburzeń somatycznych, objawów hipochondrycznych, braku wglądu w chorobę, napięcia psychoruchowego, objawów lękowych, utraty energii życiowej. Wieloczynnikowa struktura depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania pozostaje w zgodzie z kry-

teriami diagnostycznymi opracowanymi w ramach ICD-11 (2018) oraz DSM-5 (2015). Porównanie wartości czynnikowych depresji u chorych z anoreksją i bulimią ujawniło istotne różnice pomiędzy wyodrębnionymi ze względu na postać zaburzeń odżywiania grupami. Kobiety z rozpoznaniem anoreksji charakteryzowały się nasileniem depresyjnych objawów somatycznych, natomiast osoby z bulimią napięciem psychoruchowym, co wskazuje na istotne obszary ich zachowania i stanu zdrowia. Otrzymane w tym zakresie wyniki są zgodne z ustaleniami Sali i Simona (2011), które dowiodły, że na etapie badania kwalifikacyjnego, osoby z anoreksją w porównaniu z chorymi na bulimię odznaczały się istotnie większym nasileniem objawów somatyzacji i depresji z niepokojem, co było powiązane z motywacją do podjęcia leczenia. Zdaniem autorów uzyskany rezultat ma istotne znaczenie dla praktyki, albowiem podjęcie decyzji i zaangażowanie osób z rozpoznaniem anoreksji w proces leczenia, może sprzyjać obniżeniu współwystępujących zaburzeń psychicznych.

Istotną rolę w obrazie anoreksji pełni lęk przed przyrostem masy ciała i zniekształceniem sylwetki, ponieważ prowadzi on do restrykcyjnych ograniczeń żywieniowych oraz nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych. W zależności od stopnia wyniszczenia organizmu powstają liczne zaburzenia somatyczne, które nierzadko prowadzą do trwałych zmian w funkcjonowaniu wielu narządów, a nawet do zagrożenia życia. U części chorych objawy depresyjne są ściśle powiązane z ostrą fazą choroby i wraz z normalizacją sposobu odżywiania oraz zwiększeniem masy ciała nierzadko ustępują (Herpetz-Dahlman, 2008). Osoby z bulimią ujawniają nieprawidłowy obraz własnego ciała, jednak w przeciwieństwie do pacjentów z anoreksję nie zaprzeczają chorobie i nie pomniejszają jej objawów. Zaburzeniu często towarzyszy poczucie winy i dyskomfortu psychicznego, wysoki niepokój, tendencja do zachowań destrukcyjnych, takich jak samouszkodzenia, które depresja może nasilać (Fisher, Le Grange, 2007; Wiatrowska, 2019).

Na podstawie przeprowadzonej analizy wyróżniono po dwa skupienia, w każdej z wyodrębnionych ze względu na postać zaburzenia grup kobiet. U chorych z rozpoznaniem anoreksji zaznaczyła się dominacja skupienia utożsamianego z depresją melancholiczną, która zdaniem Rybakowskiego (2016), stanowi najbardziej typowy obraz depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej. Depresja melancholiczna odznacza się przejmującym smutkiem z anhedonią, gorszym samopoczuciem w godzinach rannych, wczesnym budzeniem się, spadkiem masy ciała, brakiem apetytu, niepokojem psychoruchowym. Mniej liczne skupienie odpowiadało depresji lękowej, charakteryzującej się ciężkimi i głębokimi objawami oraz wysokim ryzykiem prób samobójczych. W grupie kobiet z bulimią najbardziej liczne okazało się skupienie uosabiające depresję atypową, która istotnie częściej niż inne postacie depresji współwystępuje z zaburzeniami psychicznymi (Posternak,

Zimmerman, 2002), w tym żarłocznością psychiczną (Rybakowski i in., 2014). W depresji atypowej występują odwrócone objawy somatyczne w porównaniu z depresją melancholiczną, takie jak: nadmierna senność, niepohamowane łaknienie, gorsze samopoczucie w godzinach wieczornych, reaktywność nastroju. Mniej liczne skupienie reprezentowały osoby z hipochondryczną postacią depresji, która jest powiązana z nadmierną dbałością o zdrowie i obawami przed chorobą oraz zaabsorbowaniem własnym ciałem i wyglądem. Nieprawidłowa postawą wobec własnego ciała, charakterystyczna dla osób z zaburzeniami odżywiania, wyraża niezadowolenie z cech ogólnych (masa lub kształt sylwetki) oraz poszczególnych jego części (bioder, brzucha, ramion), a także lęk przed przyrostem masy ciała i zniekształceniem sylwetki, które mogą sprzyjać u osób z bulimią nieprawidłowym zachowaniom kompensacyjnym (Andersona i in., 2013) oraz nasilać współistniejące zaburzenia psychiczne.

WNIOSKI

Przeprowadzone analizy wykazały różnice w nasileniu objawów i strukturze depresji u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną. Osoby z anoreksją odznaczają się wyższym niż kobiety z rozpoznaniem bulimii poziomem depresji. U kobiet z jadłowstrętem psychicznym depresja jest związana z objawami somatycznymi, u chorych na bulimię psychiczną z napięciem psychoruchowym. Analiza skupień wykazała różnice pomiędzy badanymi. Depresja melancholiczna dominowała w grupie kobiet z anoreksją, natomiast w grupie z bulimią przeważała postać atypowa. U chorych na anoreksję wyłoniła się również lękowa postać depresji, u kobiet z rozpoznaniem bulimii depresja hipochondryczna. Ocena struktury i nasilenia objawów depresji, a zwłaszcza dynamiki objawów w czasie epizodu, wydaje się szczególnie istotna z punktu widzenia przebiegu zaburzeń odżywiania, jak również procesu leczenia i rokowania. Istotnym i wspomagającym elementem terapii zaburzeń odżywiania oraz ich zapobiegania powinna stać się edukacja zdrowotna, obejmująca osoby chore, ich rodziny i opiekunów pozarodzinnych.

OGRANICZENIA BADAŃ

W kolejnym projekcie badawczym warto sprawdzić różnice międzypłciowe w zakresie oceny nasilenia i struktury depresji, z wykorzystaniem narzędzi samoobserwacyjnych. Należałoby włączyć do badań osoby znajdujące się w okresie dojrzewania, u których zagrożenie zaburzeniami odżywiania jest największe (Morrison, 2016;

Kucharska, Wilkos, 2016; Wiatrowska, 2019) oraz późnej dorosłości, które również zmagają się z rozmaitymi zaburzeniami psychicznymi (Rajewski, 2012; Maine, 2013; Rybakowski, 2016). Interesujące wydaje się zweryfikowanie, czy badane grupy różniłaby się poziomem depresji ze względu na podział wiekowy oraz inne nieuwzględnione w badaniu cechy społeczno-demograficzne (np. wykształcenie, stan cywilny, środowisko zamieszkania, liczna rodzeństwa, kolejność urodzenia, typ rodziny pochodzenia). Wartościowe poznawczo, jak również aplikacyjnie byłoby poszukiwanie predyktorów, które mogą istotnie oddziaływać na charakter powiązań między różnymi postaciami zaburzeń odżywiania a depresją.

BIBLIOGRAFIA

Anderson, D.A., Jason, M.L., Young, De K.P. (2013). Proces oceny. Rozwój metod badania klinicznego w zaburzeniach odżywiania się. W: M. Maine. B.H. McGilley. D.W. Bunnell (red.). *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką* (s. 75–92). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Berkman, N.D., Lohr, K.N., Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293–309.

Bizeul, C., Brun, J.M., Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry*, 18, 119–123.

Brytek, A. (2006). Objawy depresji i lęku u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. *Psychoterapia*, 3(138), 43–53.

Brytek-Matera, A. (2020). Emocje i ich regulacja a jedzenie: wzajemne współzależności. W: A. Brytek-Matera (red.). *Psychodietetyka* (s. 181–195). Warszawa: PZWL.

Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., de Silva, P., Treasure, J. (2001). Perceived control ofevents in the world in eating disorders: A preliminary study. *Personality and Individual Differences*, 31, 453–460.

DSM-5 (2015). Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. Wrocław: Edra Urban & Partner.

Fisher, S., Le Grange, D. (2007). Comorbidity and Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 751–753.

Giel, K.E., Wittorf, A., Wolkenstein, L., Klinberg, S., Drimmer, E., Schönenberg, M., Rapp, A.M., Fallgatter, A.J., Hautzinger, M., Zipfel, S. (2012). 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 Research*, 200(2–3), 538–543.

Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S., Chalder, T. (2011). Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 310–325. https://doi.org/10.1348/014466510X519215. Epub 2011 Mar 8.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–62.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 6(4), 278–296.

Herpetz-Dahlman, B. (2008). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 31–37.

Herzog, D.B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry*, 141(12), 1594–1597.

Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Keddler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.

Kaye, W.H., Greeno, C.G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, L.R., Weltzin, T.E., Mann, J.J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 927–935.

Keel, P.K., Klump, K.L., Miller, K.B., McGue, M., Iacono, W.G. (2005). Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 99–105.

Kucharska, K., Wilkos, E. (2016). Zaburzenia odżywiania. W: M. Jarema (red.). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 417–454). Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Lindmeier, C. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). World Health Organization. Pobrano 7, Listopada, 2019 z: http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

Maine, M. (2013). Lata przyrostu masy ciała: zaburzenia odżywiania się i rozpacz z powodu obrazu ciała u dojrzałych kobiet. W: M. Maine. B.H. McGilley. D.W. Bunnellu (red.). *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką* (s. 307–324). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wyd. UJ.

Padraig, W., Stern, J., Phelan, M. (2008). *Psychiatria. Sedno*. Tom 1. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Pilska, M., Jeżewska-Zychowicz, M. (2008). *Psychologia żywienia*. Warszawa: Wyd. SGGW.

Posternak, M.A., Zimmerman, M. (2002). Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 70–76.

Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., Madeley, M.C. (2009). Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 357–365.

Pużyński, S., Wciórka, J. (2002). Narzędzia oceny stanu psychicznego. W: *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii* (s. 275–291). Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner.

Ragby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R., Bagby, Marshall, M.B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161, 2163–2177.

Rajewski, A. (2012). Zaburzenia odżywiania. W: I. Namysłowska (red.). *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 275–291). Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Rybakowski, J. (2016). Zaburzenia afektywne. W: M. Jarema (red.). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 153–192) Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Rybakowski, J.K., Kaminska, K., Charytonik, J., Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. (2014). Temperamental dimensions of the TEMPS-A in females with co-morbid bipolar disorder and bulimia. *The Journal of Affective Disorders*, 164, 90–93.

Sala, P., Simon, W. (2011). Nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych oraz poczucia koherencji u chorych z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(3), 185–191.

Sihvola, E., Keski-Rahkonen, A., Dick, D.M., Hoek, H.W., Raevuori, A., Rose, R.J., Pulkkinen, L., Marttunen, M., Kaprio, J. (2009). Prospective associations of early-onset Axis I disorders with developing eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 20–25.

Silberg, J.L., Bulik, C.M., The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1317–1326.

Wiatrowska, A. (2009). *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*. Lublin: Wyd. UMCS.

Wiatrowska, A. (2019). *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania*. Lublin: Wyd. UMCS.

THE SEVERITY OF SYMPTOMS AND THE STRUCTURE OF DEPRESSION IN WOMEN WITH EATING DISORDERS

Introduction: The relations between eating disorders and depression indicate a multi-directional and complex character. Depression can predispose to and sustain the symptoms of the disorder, affect the course of treatment and contribute to the risk of relapse and deepened psychopathological consequences.
Research Aim: The aim of the undertaken studies was to determine the symptoms and the structure of depression in women with anorexia and bulimia nervosa.
Method: Totally, 100 women with eating disorders, including 50 with anorexia and 50 with bulimia, were studied based on the diagnostic criteria DSM-V (2015). *The 21-item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)* was used in the research.
Results: The analyses revealed differences in the severity of symptoms and the structure of depression. Depression in anorectic persons is related to somatic symptoms, while in bulimic persons with psychomotor tension. Cluster analysis showed differences between the examined persons. Melancholic depression prevailed in the group of women with anorexia, whereas in persons with bulimia atypical depression was predominant. The anxious form of depression also occurred in anorectic women, while in bulimic persons hypochondriac depression was observed.
Conclusions: The assessment of the severity and the structure of depression in persons with eating disorders plays a significant role in the diagnostic process, the treatment plan and in prognosis.

Keywords: depression, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa