

Predyktory poprawy objawowej w zaburzeniach odżywiania się. Analiza wstępna*

Predictors of symptomatic improvement in eating disorders. Preliminary analysis

Patrycja Cygankiewicz, Dorota Solecka, Maciej Wojciech Pilecki,
Barbara Józeфіk

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
Kierownik: (p.o.) dr n. med. M. W. Pilecki

Summary

Aim. The article discusses the preliminary results of a follow-up study carried out in 2009-2010 on former patients with a diagnosis of anorexia nervosa and bulimia nervosa, first seen in 2001-2004 at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, the Jagiellonian University Medical College in Krakow. At that time they had been taking part in a research project, whose aim was to define the relationships among the psychopathological picture of eating disorders, self-image and family relations and also the influence of socio-cultural factors. The aim of the current study is to attempt to define factors influencing the course and prognosis of eating disorders in the studied group.

Method. Results from the Eating Disorder Inventory Questionnaire (EDI) and the Polish version of Family Assessment Measure (KOR) in the first study were juxtaposed with the clinical state and parameters of psychosocial functioning of the studied women assessed on the basis of the follow-up study.

Results. In the studied group, 13 girls suffered from anorexia nervosa – restricting type, 6 from anorexia nervosa binge-eating/purging type, and 6 from bulimia. In the studied group, there was complete symptomatic improvement in 12 persons (48%), subclinical symptoms continued to be observed in 9 persons (36%), and 4 persons (16%) met full diagnostic criteria for eating disorders. The most favourable course was observed in the group with a diagnosis of anorexia nervosa restricting type. The least favourable was observed in the group with a diagnosis of bulimia. Results. In the studied group, 13 girls suffered from anorexia nervosa – restricting type, 6 from anorexia nervosa binge-eating/purging type, and 6 from bulimia. In the studied group, there was complete symptomatic improvement in 12 persons (48%), subclinical symptoms continued to be observed in 9 persons (36%), and 4 persons (16%) met full diagnostic criteria for eating disorders. The most favourable course was observed in the

* Artykuł przedstawia wstępne wyniki rozpoczętych w ramach programu statutowego UJ CM (K/ZDS/001061) dwu prac doktorskich: mgr Doroty Soleckiej i mgr Patrycji Cygankiewicz.

Autorki miały równy wkład w powstanie niniejszej pracy.

group with a diagnosis of anorexia nervosa restricting type. The least favourable was observed in the group with a diagnosis of bulimia.

Conclusions. The occurrence of symptoms of bingeing and purging turned out to be a negative prognostic factor in the whole group of patients suffering from eating disorders. A smaller starting declared intensity of aspiring to slimness and level of dissatisfaction with own body by patients measured with the EDI, and satisfaction in the area of communication and emotional commitment on the part of the mother (of the patient) in her relationship with her husband (the father of the patient) measured with the KOR were positive prognostic factors. The significant overrepresentation of patients with a diagnosis of restrictive anorexia in the group of persons with clinical improvement may have an influence on the obtained results.

Słowa kluczowe: anoreksja i bulimia psychiczna, katamneza, predyktory rokowania

Key words: anorexia and bulimia nervosa, catamnesis, prognostic predictors

Wstęp

Zaburzenia jedzenia zaliczają się do zaburzeń przewlekłych i charakteryzujących się częstymi nawrotami. Pomimo intensywnych oddziaływań leczniczych, brak znaczącej poprawy objawowej może wystąpić u co czwartego pacjenta cierpiącego na objawy bulimii psychicznej i co drugiego, u którego postawiono diagnozę anoreksji psychicznej [1, 2, 3]. Zarazem, kilka lat po zakończeniu leczenia jedynie połowa pacjentów z zaburzeniami odżywiania się nie doświadcza żadnych zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych [4].

Warto zwrócić uwagę, że badania nad skutecznością leczenia zaburzeń odżywiania się napotykać wiele trudności o charakterze metodologicznym, wynikających m.in. z różnic pomiędzy poszczególnymi programami leczniczymi [1, 4]. Mimo problemów metodologicznych, zidentyfikowano niektóre z czynników wpływających na rokowanie leczenia. Do istotnych zalicza się m.in. obraz kliniczny i sytuację rodzinną [5, 6]. Na przykład krytycyzm rodzicielski, a w szczególności krytyczne komentarze matki stanowią silny negatywny predyktor wyników leczenia [7, 8, 9, 10]. Rezultaty niektórych badań pokazują, że z pozytywnymi wynikami leczenia wiążą się dobre relacje z rodzicami [11]. W przypadku anoreksji do innych korzystnych predyktorów prognostycznych zalicza się także szybkie rozpoczęcie właściwego leczenia oraz dobre przystosowanie społeczne w okresie poprzedzającym zachorowanie [12, 13]. Predyktorami negatywnego rokowania w przypadku bulimii są między innymi: współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, utrzymywanie się niskiej wagi oraz psychiczne zaburzenia wśród członków rodziny, a w anoreksji współwystępowanie objawów bulimicznych [14]. Opisanie czynników korzystnego rokowania w chwili rozpoczęcia leczenia ma podstawowe znaczenie w kontekście doboru metod leczenia właściwych dla danej pacjentki. Z praktyki klinicznej wynika, iż ogólne reguły leczenia muszą być modyfikowane zależnie od nasilenia objawów klinicznych, przebiegu choroby, kontekstu rodzinnego oraz ogólnej sytuacji życiowej pacjenta. Obszarem wciąż pozostającym do eksploracji są zagadnienia dotyczące czynników odpowiedzialnych za nasilenie się objawów oraz niskie wskaźniki poprawy.

Z tej perspektywy badania próbujące stawiać sobie za cel ocenę predyktorów poprawy objawowej w zaburzeniach odżywiania się oraz opis funkcjonowania psychospołecznego byłych pacjentek w kilka lat po zakończeniu leczenia wydają się poznawczo istotne i klinicznie przydatne.

Material

W latach 2001–2004, w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM, przeprowadzono szeroko zakrojone badania, których celem było określenie zależności pomiędzy obrazem psychopatologicznym zaburzeń odżywiania się, obrazem siebie pacjentek w okresie dojrzewania, relacjami rodzinnymi oraz wpływem czynników socjokulturowych¹. Badaniami objęte zostały wówczas dziewczęta w wieku od 13 do 20 lat ($n = 112$), z rozpoznaniem anoreksji psychicznej typ restrykcyjny (AnR; $n = 54$), anoreksji psychicznej typ żarłoczno-wydalający (AnŻW; $n = 22$), bulimii psychicznej (Bn; $n = 36$), które konsultowane były w klinice po raz pierwszy. W badaniach uczestniczyli także rodzice pacjentek.

W 2009 roku podjęto badania katamnesticzne obejmujące byłe pacjentki z zaburzeniami odżywiania się biorące udział w projekcie w latach 2001–2004². Celem było zbadanie ich psychospołecznego funkcjonowania, określenie, czy występują u nich objawy psychopatologiczne, a jeżeli tak, to w jakim nasileniu, oraz dokonanie analizy czynników wpływających na przebieg choroby i rokowanie. Artykuł przedstawia analizę katamnezy obejmującej dane uzyskane od zbadanych w pierwszym etapie projektu 25 byłych pacjentek.

Metoda

Badania rozpoczęto w 2009 roku. Były one poprzedzone uaktualnieniem adresów pozwalających na skontaktowanie się z byłymi pacjentkami. W pierwszym okresie badania udało się nawiązać kontakt z 31 byłymi pacjentkami. Sześć odmówiło udziału w badaniu – 3 bezpośrednio w trakcie rozmowy telefonicznej i – 3 nie zgłaszając się na badanie. W przebadanej grupie było 13 kobiet z rozpoznaniem (z okresu pierwszego badania) anoreksji o typie restrykcyjnym, 6 kobiet z anoreksją o typie żarłoczno-wydalającym oraz 6 z diagnozą bulimii. W 25-osobowej grupie kobiet średnia wieku wynosiła 23 lata.

Badanie obejmowało dwa etapy. W pierwszym, podczas rozmowy telefonicznej, osoby badane zostały poinformowane o projekcie, tj. celu i formie badania, a następnie poproszone o wyrażenie zgody na wzięcie w nim udziału. Po wstępnym wyrażeniu zgody ustalono termin przeprowadzenia badania. W drugim etapie przeprowadzano wywiad, a następnie osoba badana samodzielnie wypełniała kwestionariusze. W badaniu posłużono się specjalnie skonstruowanym na jego potrzeby ustrukturyzowanym wywiadem typu „follow-up” – oceniającym obecny stan kliniczny byłych pacjentek i ich sytuację społeczno-zawodową – oraz wynikami z badań w latach 2001–2004. Ponadto zastosowano Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania się oraz Kwestionariusze Oceny Rodziny.

Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania się – EDI (The Eating Disorder Inventory), składa się z 64 stwierdzeń obejmujących poznawczo-behawioralne aspekty zaburzeń jedzenia, pogrupowanych w 8 skal [15]. Używany jest w warunkach polskich w badaniach dotyczących problematyki zaburzeń odżywiania się [16, 17]. W badaniu w latach 2001–2004 zastosowano procedurę normalizacji wyników na podstawie średnich i odchyłeń standardowych w grupie kontrolnej [6].

¹ Projekt był realizowany w ramach grantu KBN 6PO5E09021 pod kierunkiem Barbary Józefik.

² Projekt uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej UJ nr KBET/112/B/2008.

Kwestionariusze Oceny Rodziny – KOR są adaptacją do polskich warunków [18] niemieckiej wersji kwestionariusza Family Assessment Measure FAM III, autorów Steinhauera, Santa Barbary i Skinnera [19]. Pozwalają na wielostronny, oparty na siedmiu skalach, opis systemu rodzinnego. Były objęte w Polsce procedurą standaryzacyjną [18].

Metody statystyczne

Z uwagi na stwierdzenie istotnych różnic w wariancji badanych zmiennych, dane przedstawiono zarówno w postaci mediany (Me) jak i średniej, wraz z odchyleniem standardowym (SD). Przeprowadzono analizę zmiennych stanu klinicznego (brak poprawy, umiarkowana poprawa, całkowita poprawa objawowa) oraz wyników kwestionariuszy. Do międzygrupowych porównań wyników zastosowano test Kruskala–Wallisa, który stanowi nieparametryczny odpowiednik jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Przyjęto graniczny poziom istotności $\alpha = 0,05$, przy czym, ze względu na to, że są to badania wstępne, dopuszczono zwiększenie tego poziomu do $\alpha = 0,1$. Na wykresach pokazano porównania między grupami w zakresie wyników różniących je istotnie. Pozostałe wyniki, nie różnicujące badanych grup (6 podskal kwestionariusza KOR, 5 podskal kwestionariusza EDI), nie zostały umieszczone w niniejszej publikacji.

Wyniki

Przebadane osoby zostały przyporządkowane do trzech grup (zmienna stanu klinicznego): z całkowitą poprawą objawową (GPO), z umiarkowaną poprawą objawową (GS) oraz bez poprawy objawowej (GBPO). Przydział do grup został dokonany, wg kryteriów DSM-IV-TR [20], na podstawie danych z wywiadu katamnesticznego. Grupa GPO obejmowała osoby, które nie spełniały żadnego z kryteriów zaburzeń odżywiania się wg DSM-IV-TR. Grupa GS wykazywała umiarkowaną poprawę objawową, spełniając kryteria EDNOS wg DSM-IV-TR. Osoby zakwalifikowane do grupy GBPO spełniały wszystkie kryteria zaburzeń odżywiania się według DSM-IV-TR.

Zmienną stanu klinicznego w poszczególnych grupach podano w tabeli 1.

Tabela 1. Zmienna stanu klinicznego

Rozpoznanie / Kategoria poprawy	AnR	AnŻW	Bn	Suma
GPO	10	2	0	12 (48%)
GS	2	2	5	9 (36%)
GBPO	1	2	1	4 (16%)
Suma	13	6	6	25

W przebadanej grupie u 12 osób wystąpiła całkowita poprawa objawowa, u 9 nadal obserwowano cechy subkliniczne zaburzeń, 4 osoby spełniały pełne kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania się. Dodatkowe dane dotyczące psychopatologii, uzyskane dzięki ustrukturuowanemu wywiadowi klinicznemu, zawarte są w tabeli 2.

Tabela 2. **Obraz psychopatologiczny**

Zmienne \ Rozpoznanie	GPO	GS	GBPO
Średni BMI	21,0 (2,3)	20,1 (2,9)	17,2 (2,7)
BMI minimum	18,60	17,16	13,62
BMI maksimum	27,34	27,03	19,53
Miesiączka regularna	10	4	2
Miesiączka regularna/leki	2	2	1
Miesiączka nieregularna	0	3	0
Brak miesiączki	0	0	1
Objawy bulimiczne	0	5	3
Objawy restrykcyjne	1	5	3
Subiektywne poczucie choroby	3	4	3

Wśród badanych 21 kobiet regularnie miesiączkuje, z czego 5 przyjmuje antykoncepcyjne środki hormonalne (co utrudnia ocenę regularności cyklu). Jedna kobieta ujawniła pierwotny brak miesiączki. Jej waga przy wzroście 167 cm utrzymuje się na poziomie 38 kg (BMI = 13,6). Na tle całej grupy 10 pacjentek ma subiektywne poczucie choroby, u 9 kobiet utrzymują się objawy restrykcyjne, 8 kobiet doświadcza objawów bulimicznych.

Historię leczenia przedstawia tabela 3.

Tabela 3. **Historia leczenia**

Leczenie \ Rozpoznanie	GPO	GS	GBPO
Hospitalizacja	7	2	2
Farmakoterapia psychiatryczna	5	4	1
Systematyczne leczenie ambulatoryjne	11	8	4

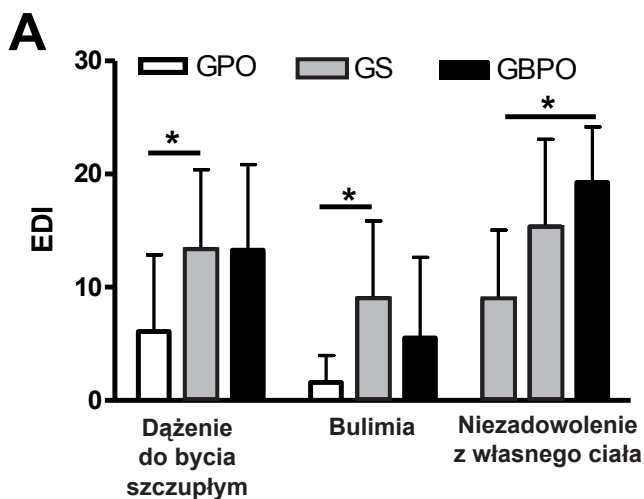
Systematycznej psychoterapii poddawane były 23 pacjentki, 10 kobiet miało wprowadzoną farmakoterapię psychiatryczną, 11 byłych pacjentek było hospitalizowanych w bezpośrednim związku z zaburzeniami odżywiania się.

Analizę funkcjonowania psychospołecznego, z podziałem na poszczególne grupy, przedstawia tabela 4 – *na następnej stronie*. Większość badanych nie mieszka z rodziną pochodzenia. Nadal jednak większość z nich pozostaje w zależności finansowej od rodziców. Regularnie spotyka się z rówieśnikami 19 byłych pacjentek, mając stałą grupę odniesienia. W grupie badanej 17 osób jest aktualnie w związku z mężczyzną, a współżycie seksualne podjęły 22 z 25 kobiet. Trzy kobiety mają dzieci.

Porównanie wyników osób badanych w odniesieniu do grup poprawy klinicznej osiągniętych w podskalach kwestionariusza EDI przedstawia rys. 1 – *na następnej stronie*.

Tabela 4. Sytuacja życiowa badanych

Funkcjonowanie	Rozpoznanie	GPO	GS	GBPO
	Mieszka z rodziną pochodzenia		5	4
Mieszka z partnerem/koleżanką/samotnie		7	5	2
Na utrzymaniu rodziny		5	3	2
Częściowo na utrzymaniu rodziny		5	3	1
Niezależność finansowa		2	3	1
Własny krąg znajomych		12	5	2
Podjęcie współżycia seksualnego		11	9	2
Aktualna relacja z partnerem/mężem		8	8	1
Posiadanie dzieci		2	1	0

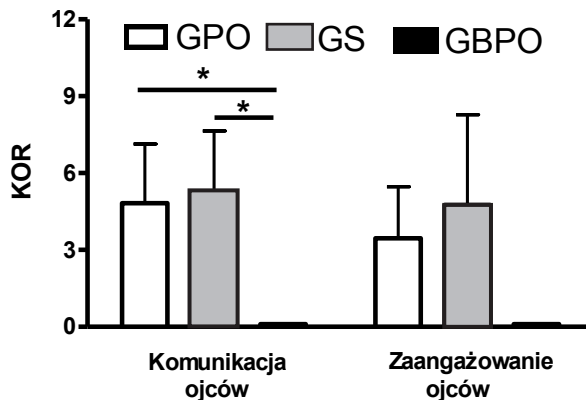


Rys. 1. Wyniki kwestionariusza EDI w podskalach dążenie do bycia szczupłym, bulimia i niezadowolenie z własnego ciała (A) w grupie z poprawą objawową (GPO, białe słupki), subklinicznej (GS, szare słupki) oraz bez poprawy objawowej (GBPO, czarne słupki).

Dane pokazane jako średnie \pm SD. * dla $p < 0,05$ w teście post hoc Bonferroniego

Osoby z grupy z poprawą objawową (mediana, Me 3) w porównaniu z osobami z grupy subklinicznej (Me 17) osiągały istotnie niższe wyniki w podskali kwestionariusza EDI dążenia do bycia szczupłym ($\chi^2(2) = 6,33$; $p < 0,05$). Podobnie osoby z grupy GPO miały istotnie mniejsze nasilenie objawów bulimicznych ocenianych za pomocą kwestionariusza EDI w porównaniu z osobami z grupy GS (Me odpowiednio 1 i 8; $\chi^2(2) = 6,94$, $p < 0,05$). Z kolei u osób z grupy bez poprawy objawowej wyniki w skali niezadowolenia ze swojego ciała były dwukrotnie wyższe niż u osób z grupy GPO (Me odpowiednio 19, 6,5; $\chi^2(2) = 6,56$, $p < 0,05$).

Wyniki kwestionariusza KOR w podskalach, w obrębie których analiza statystyczna za pomocą testu Kruskala–Wallisa wykazała istotne różnice ($p < 0,1$), przedstawia rys. 2.



Rys. 2. Wyniki kwestionariusza KOR w podskalach komunikacja ojców w opisie matki, zaangażowanie uczuciowe ojców w opisie matki w grupie z poprawą objawową (GPO, białe słupki), subklinicznej (GS, szare słupki) oraz bez poprawy objawowej (GBPO, czarne słupki). Dane pokazane jako średnie \pm SD. * dla $p < 0,05$; w teście *post hoc* Bonferroniego

Analizą objęto zmienne stanu klinicznego byłych pacjentek i wyniki podskal KOR uzyskane przez matki, ojców i córki w trakcie badania w latach 2001–2004, w poszczególnych grupach. Matki osób z grupy bez poprawy objawowej (GBPO) w porównaniu z matkami osób z grup GPO i GS istotnie gorzej opisują ojców w zakresie komunikacji (Me odpowiednio GBPO 0, GPO 5 i GS 6; $\chi^2(2) = 4,74$, $p < 0,1$). Dla podskali zaangażowania ojców test Kruskala–Wallisa wykazał istotne różnice międzygrupowe ($\chi^2(2) = 4,67$, $p < 0,1$), jednakże analiza za pomocą testów *post hoc* nie wykazała istotnych różnic (Me GPO 3, GS 5 i GBPO 0; testy *post hoc* $p > 0,1$).

Omówienie wyników

Artykuł omawia wyniki uzyskane w badaniu katamnesticznym 25 kobiet, byłych pacjentek, z diagnozą zaburzeń odżywiania się. Dane obejmujące całą grupę byłych pacjentek, w liczbie 49, są aktualnie kompletowane i opracowywane – po zestawieniu z danymi uzyskanymi w czasie chorowania pacjentek będą przedmiotem dalszych publikacji. Opracowanie ma charakter wstępnej analizy. Wnioskowanie utrudniają małe liczebności w poszczególnych grupach, chociaż jednocześnie wyniki dostarczają wartościowych danych i ujawniają interesujące zależności.

Uzyskane rezultaty pokazują, że w grupie z całkowitą poprawą objawową największy procent stanowią osoby z wyjściową diagnozą AnR; mniej optymistyczne, choć trudne do oceny z powodu małej liczebności grupy, są dane kobiet z wyjściową diagnozą Bn i AnŻW. Badanie ujawniło, że 10 osób na 13 z AnR jest w stanie poprawy objawowej, co stanowi bardzo wysoki wynik dla tej grupy diagnostycznej. Trzeba wziąć jednak pod uwagę, że

odpowiedzi pacjentek z AnR często nie odzwierciedlają rzeczywistości, a są wyrazem różnorodnych zaprzeczeń [6, 21]. Należy zaznaczyć, że nie przeprowadzono badania fizykalnego pacjenta i nie ważono ich, co mogłoby zweryfikować uzyskane dane.

Dane z wywiadu pokazują, że 10 byłych pacjentek uważa się za zdrowe. Jak wskazują wyniki ankiety, pomimo utrzymujących się objawów restrykcyjnych i bulimicznych, większość byłych pacjentek jest niezależna finansowo częściowo lub całkowicie, utrzymuje regularne relacje interpersonalne i jest w związku z mężczyzną. Mała liczebność grup, zwłaszcza grupy bez poprawy klinicznej, utrudnia ocenę zależności między stanem klinicznym a badanymi aspektami jakości życia. Przewlekłe chorowanie wydaje się jednak powiązane z brakiem stabilnych relacji uczuciowych.

Wystąpienie objawów bulimicznych stanowiło w badanej grupie negatywny czynnik rokowania. Wyniki te zbieżne są z katamnesticznymi badaniami, m.in. Keel i wsp. [22] oraz Vaz [23], które pokazują, że duże nasilenie objawów jest predyktorem złego rokowania, szczególnie dla osób z diagnozą bulimii psychicznej.

W prezentowanych badaniach grupa subkliniczna w kwestionariuszu EDI ujawniła duże nasilenie dążenia do szczupłości i koncentrację na diecie, tendencję do zachowań bulimicznych oraz niezadowolenie z własnego ciała w porównaniu z grupą z pełną poprawą objawową. Najbardziej niezadowolona z wyglądu własnego ciała była grupa bez poprawy objawowej w porównaniu z grupą z poprawą objawową. W badaniach Cogley i Keel [24] nad bulimią psychiczną niezadowolenie z własnego ciała było najwyższe w grupie bez całkowitej poprawy objawowej. Dorosłe kobiety mające zaburzenia odżywiania się w okresie adolescencji, u których w zakresie tych trzech czynników (dążenie do szczupłości, bulimia i niezadowolenie z własnego ciała) wykazano najsilniejszą zmianę w badaniach katamnesticznych, odczuwały największą poprawę objawową [25]. Oznaczałoby to, że obraz kliniczny, jak wskazano powyżej, może stanowić istotny prognostyk przebiegu zaburzeń odżywiania się. Taki wynik potwierdza potrzebę rozróżnienia grup diagnostycznych w analizie wyników badań katamnesticznych. Analiza z uwzględnieniem takiego podziału zostanie dokonana na dalszym etapie badań. W prezentowanej pracy o uzyskanych wynikach mogło jednak również zadecydować to, że pacjentki z AnR (których znacząca nadreprezentacja wystąpiła w grupie z poprawą kliniczną) miały w przeciwieństwie do pacjentek z Bn niskie wyniki w tych skalach w czasie pierwszego badania w latach 2001–2004 [6].

W prezentowanym materiale istotne okazały się zależności pomiędzy poprawą objawową pacjentek a opisami uzyskanymi od ich matek, które w okresie chorowania córek (lata 2001–2004) opisywały swych mężów w skalach: komunikacja oraz zaangażowanie emocjonalne. Matki pacjentek z grupy, która uzyskała poprawę, i z grupy subklinicznej oceniały w okresie chorowania córek znacznie lepiej swoich mężów niż matki pacjentek bez poprawy objawowej. Można przypuszczać, że nie spełniająca oczekiwań komunikacja i zaangażowanie emocjonalne współmałżonka generuje konflikty, co w konsekwencji utrudnia parze wspieranie się i radzenie sobie z chorobą córki. Wyniki te mogłyby także sugerować włączanie córki w konflikty małżeńskie rodziców. Rezultaty te powinny być interpretowane jednak z ostrożnością ze względu na małą grupę i wyniki analizy statystycznej, w której prawdopodobieństwo popełnienia błędu pierwszego rodzaju (odrzućcenia hipotezy zerowej, która jest prawdziwa)

wynosiło mniej niż 10%, ale więcej niż 5% ($p < 0,1$). Wyniki prezentowanych badań są zgodne z wynikami badań nad perspektywą członków rodziny wśród pacjentek z poprawą objawową – wśród zaistniałych zmian wymieniano polepszenie się komunikacji, zaprzestanie triangulowania córki przez rodziców oraz doświadczenie bliskości emocjonalnej między członkami rodziny [26].

Wnioski

1. W przebiegu zaburzeń odżywiania się, traktowanych jako jedna grupa kliniczna, mniejsze wyjściowe deklarowane nasilenie dążenia do szczupłości oraz niższy poziom niezadowolenia z własnego ciała jest czynnikiem korzystnego rokowania; wystąpienie objawów objadania się i wymiotowania jest czynnikiem złego rokowania.
2. Pozytywna relacja małżeńska (zadowolenie, w zakresie komunikacji i zaangażowania uczuciowego, matki pacjentki w relacji ze swoim mężem, ojcem pacjentki) bez względu na typ diagnozy w obrębie zaburzeń odżywiania się wpływa korzystnie na rokowanie.

Предикторы симптоматического улучшения при нарушениях питания. Предварительный анализ

Содержание

Задание. В статье представлены предварительные результаты проводимых в 2009–2010 годах катамнестических исследований бывших пациенток с диагнозом анорексии и булимии, которые были впервые консультированы в 2001–2004 годах в Клинике психиатрии детей и молодежи Коллегиум Медикум в Кракове. В то время они принимали участие в исследовательской программе, заданием которой было определение зависимости между психопатологической картиной нарушений питания, собственной личностью, семейными отношениями, а также влиянием социо-культурных факторов. Заданием, проводимых в настоящее время исследований, является проба определения факторов, влияющих на течение и прогноз нарушений питания в исследованной группе.

Метод. Результаты исследованием Глоссарием нарушений питания ЭДИ, Глоссарием оценки семьи КОР из первого исследования были сравнены с оцененным, на основании катамнестического исследования, клиническим состоянием и параметрами психосоциального функционирования исследованных женщин.

Результаты. В исследованной группе 13 девушек страдали психической анорексией – реструкционный тип, 6 пациенток психической анорексией – тип обжорство-выделительный, 6 девушек с булимией. В исследованной группе у 12 больных (48%) наступило полное симптоматическое улучшение, у 9 (36%) далее наблюдались субклинические нарушения, 4 девушки (16%) были с полными диагностическими критериями нарушений питания. Наиболее положительное течение было в группе больных реструкционной анорексией. Наименее доложительный результат был в группе булимии.

Выводы. Появление симптомов обжорства и рвоты оказалось фактором плохого прогноза. Фактором положительного прогноза были, оцененные Глоссарием ЭДИ меньшее, предварительно декларирование усиление охоты похудеть, а также картины отрицательной оценки собственного тела пациенток, оцененное глоссарием КОР. Удовлетворение в радиусе коммуникации и эмоциональное чувство у матери пациентки в реляций со своим мужем – отцом пациентки. На полученные результаты может иметь влияние значительная надинтерпретация в группе больных с клиническим улучшением пациенток с диагнозом реструкционной анорексии.

Prädiktoren für Symptomenverbesserung in Essstörungen. Preliminäre Analyse

Zusammenfassung

Ziel. Der Artikel bespricht die Vorergebnisse der katamnesticen Studie aus den Jahren 2009 – 2010 an den ehemaligen Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa und Bulimie. Die Patientinnen wurden das erste Mal in den Jahren 2001 – 2004 in der Psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche der Jagiellonen Universität in Krakau beraten. Sie nahmen damals an einem Forschungsprojekt teil, dessen Ziel war, die Abhängigkeiten zwischen dem psychopathologischen Bild der Essstörungen, eigenem Bild, Familienbeziehungen und dem Einfluss der soziokulturellen Faktoren zu bestimmen. Das Ziel der zur Zeit geführten Studien ist der Versuch, die Faktoren zu bestimmen, die den Verlauf und Prognosen der Essstörungen in der untersuchten Gruppe beeinflussen.

Methode. Die Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung von Essstörungen EDI, Fragebogens für Beurteilung der Familie, aus der ersten Untersuchung wurden mit dem klinischen Zustand zusammengestellt, der aufgrund einer katamnesticen Untersuchung beurteilt wurde. Dabei wurden auch die Parameter der psychosozialen Funktionsfähigkeit der untersuchten Frauen berücksichtigt.

Ergebnisse. In der befragten Gruppe litten 13 Mädchen an Anorexia nervosa vom restriktiven Typ, 6 an Anorexia nervosa vom Purging-Typ, 6 an Bulimie. In der untersuchten Gruppe trat bei 12 Personen (48%) eine völlige Symptomenverbesserung auf, bei 9 (36%) wurden immer noch subklinische Eigenschaften der Störungen festgestellt, 4 Personen (16%) erfüllten volle diagnostische Kriterien für Essstörungen. Der ungünstigste Verlauf wurde in der Gruppe mit der Diagnose Anorexia nervosa vom restriktiven Typ bewiesen.

Schlussfolgerungen. omen Überessen und Erbrechen zeigte sich als ein Faktor der negativen Prognosen. Als Faktor der positiven Prognosen erwiesen sich der mit dem EDI Fragebogen gemessene kleinerer Drang zum Dünnsein und Level der Unzufriedenheit mit eigenem Körper der Patientinnen und Gefühlsengagement bei der Mutter der Patientin in der Beziehung mit ihrem Mann, dem Vater der Patientin. Auf die erhaltenen Ergebnisse kann die große Übervertretung in der Gruppe der Personen mit klinischer Verbesserung der Patientinnen mit der Diagnose restriktive Anorexia einen Einfluss haben.

Les indices de l'amélioration symptomatique dans les troubles du comportement alimentaire. L'analyse préliminaire

Résumé

Objectif. L'article présente les résultats préliminaires des recherches à long terme (années 2009-2010) des patientes souffrant de l'anorexie mentale et de la boulimie, diagnostiquées pour la première fois durant les années 2001-2004 à la Clinique Psychiatrique des Enfants et des Adolescents de l'Université Jagellonne de Cracovie. Autrefois ces patientes ont participé au projet scientifique analysant les relations de l'image psychopathologique des troubles du comportement alimentaire et de l'image de soi, des relations en familles et l'influence des facteurs socio-cultureaux. L'étude vise à définir les facteurs influant sur le cours et le pronostic des troubles du comportement alimentaire dans ce groupe examiné.

Méthode. Les résultats de the Eating Disorder Inventory Questionnaire (EDI) et de la version polonaise de Family Assesment Measure (KOR) du premier examen sont juxtaposés à l'état clinique et le fonctionnement clinique de ces femmes examinés à long terme.

Résultats. Dans le groupe examiné 13 filles souffrent de l'anorexie mentale – type restrictif, 6 – de al boulimie/vomissements, 6 – de la boulimie. Dans ce groupe examiné on note l'amélioration symptomatique complète chez 12 patientes (48%), chez 9 (36%) patientes on note encore la présence de caractéristiques cliniques de ces troubles, chez 4 patientes (16%) on note les troubles remplissant tous les critères diagnostiques. Le cours de maladie est le plus favorable dans le groupe avec l'anorexie restrictive, le moins – dans le groupe avec la boulimie.

Conclusions. La présence des symptômes de voracité et de vomissement est le facteur du pronostic négatif. Comme les facteurs du pronostic favorable on peut traiter : faible intensité de l'aspiration

déclarée au début de devenir maigre et le niveau peu élevé du mécontentement de son corps /mesurés avec le questionnaire EDI/ainsi que le contentement de la communication et de l'engagement émotionnel de la mère du patiente dans les relations avec son mari/ le père du patiente/ – mesurés avec le questionnaire KOR. La surreprésentation des patientes avec l'anorexie restrictive dans le groupe avec l'amélioration symptomatique clinique peut aussi influencer sur ces résultats obtenus.

Piśmiennictwo

1. Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman P, Kalucy R, Esterman A. *Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study*. Lancet 2001; 9264: 1254–1257.
2. Quadflieg N, Fichter MM. *The course and outcome of bulimia nervosa*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2003; 12: 99–109.
3. Fichter MM, Quadflieg N. *Long-term stability of eating disorders diagnoses*. Int. J. Eat. Disord. 2007; 40: 61–66.
4. Steinhausen HC, Boyadjieva S, Griogoroiu-Serbanescu M, Neumärker KJ. *The outcome of adolescent eating disorders*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2003; 12: 91–98.
5. Vandereycken W. *Families of patients with eating disorders*. W: Fairburn CG, Brownell KD, red. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. London: Guilford Press; 2002, s. 215–220.
6. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
7. Dare C, Eisler I, Russell GFM, Szmukler GI. *The clinical and theoretical impact of controlled trail of family therapy in anorexia nervosa*. J. Marital Fam. Ther. 1990; 16: 39–57.
8. Szmukler GI, Dare C. *The Maudsley Hospital study of family therapy in anorexia and bulimia nervosa*. W: Woodside B, Shekter-Wolfson L, red. *Family approaches in treatment of eating disorders*. Washington, London: American Psychiatric Press; 1991, s. 70–83.
9. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M. *Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion*. Int. J. Eat. Disord. 1992; 14: 177–192.
10. Tozzi F, Thornton LM, Klump K, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Strober M, Woodside DB. *Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover*. Am. J. Psychiatry 2005; 162: 732–740.
11. Richard M. *Effective treatment of eating disorders in Europe: treatment outcome and its predictor*. Europ. Eat. Disord. Rev. 2005; 13: 169–179.
12. Herzog W, Rathner G, Vandereycken W. *Long term course of anorexia nervosa. A review of the literature*. W: Herzog W, Deter HG, Vandereycken W, red. *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 1992, s. 15–29.
13. Lask B, Bryant Waugh R. red. *Anorexia and related eating disorders childhood and adolescence*. Hove UK: Psychology Press Ltd; 2000.
14. Abraham S, Llewellyn-Jones D. *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995.
15. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. *Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia and bulimia*. Int. J. Eat. Disord. 1983; 1: 871–878.
16. Iniewicz G. *Obraz siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną*. Psychiatr. Pol. 2005; 4: 709–717.
17. Żechowski C. *Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się*. Praca doktorska, promotor: prof. I. Namysłowska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2002.
18. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 36: 29–40.

19. Steinhauer PD, Santa Barbara J, Skinner HA. *The process model of family functioning*. Can. J. Psychiatry 1984; 29: 77–88.
20. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM- IV-TR*. Washington DC: APA; 2000.
21. Lawrence M. *Body, mother, mind: anorexia, feminity and the intrusive object*. Int. J. Psychoanal. 2002; 83: 837–850.
22. Keel PK, Mitchell JE, Davis TL, Fieselman S, Crow SJ. *Impact of definitions on the description and prediction of bulimia nervosa outcome*. Int. J. Eat. Disord. 2000; 28: 377–386.
23. Vaz FJ. *Outcome of bulimia nervosa: prognostic indicators*. J. Psychosom. Res. 1998; 45: 391–400.
24. Cogley CB, Keel PK. *Requiring remission of undue influence of weight and shape on self-evaluation in the definition of recovery for bulimia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 34: 200–210.
25. Nilsson K, Hägglöf B. *Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in Northern Sweden*. Europ. Eat. Disord. Rev. 2005; 13: 89–100.
26. Espíndola CR, Blay SL. *Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review*. 2009; 43: 1–9.

Adres: Barbara Józefik
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 12.03.2011
Zrecenzowano: 16.03.2011
Otrzymano po poprawie: 1.12.2011
Przyjęto do druku: 15.03.2012
Adiustacja: L. Sz.