

Ewa Barg¹, Krzysztof Urban², Joanna Terlecka², Sylwia Trzaska², Marcin Grabowski³

¹Katedra i Klinika Endokrynologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

²Praktyka Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu

³Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kogo może dotyczyć *anorexia nervosa*? Analiza materiału własnego

Who may become a victim of anorexia nervosa? Analysis of own's group

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2006, tom 2, nr 2, s. 43–49

STRESZCZENIE

WSTĘP. Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) jest zespołem objawów uwarunkowanych czynnikami biologicznymi i psychologicznymi, które ujawniają się w sprzyjających warunkach środowiskowych i społecznych.

Celem pracy była próba określenia, kto jest predysponowany do jadłowstrętu psychicznego oraz jakie są główne czynniki prowadzące do tej choroby.

MATERIAŁ I METODA. Badaniem ankietowym objęto 26 pacjentów (25 dziewcząt i 1 chłopiec w wieku 12–18 lat) z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego oraz ich rodziców.

WYNIKI. Głównym powodem rozpoczęcia odchudzania było niezadowolenie z własnego wyglądu (72%). Aż 40% pacjentów wiązało chorobę z sytuacjami stresowymi, zarówno w domu (28% rodziców i 32% dzieci), jak i w szkole (prawie 40% dzieci i rodziców). Żaden z pacjentów nie miał problemów z nauką. Około 88% dzieci, aby schudnąć, ograniczało ilość pożywienia i liczyło kalorie, a 65% intensywnie ćwiczyło. Tylko 4 dzieci szukało pomocy u lekarza, a aż 36% dzieci nie kontynuowało psychoterapii po opuszczeniu kliniki. Wśród rodziców 22% wykonywało zawód nauczyciela.

WNIOSKI. 1. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym to głównie dziewczynki w wieku 13–16 lat, mieszkające w dużych miastach,

pochodzące z pełnych rodzin, gdzie panowały dobre warunki materialne, a rodzice są dobrze wykształceni i czynni zawodowo. Dziewczynki nie mają problemów z nauką, ale trudno jest im zaakceptować własny wygląd.

2. Zawód nauczyciela wśród rodziców dzieci chorujących na jadłowstręt psychiczny występuje zdecydowanie częściej niż inne zawody.

3. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym zamieszkali w środowisku wiejskim kontynuują psychoterapię częściej niż dzieci mieszkające w mieście.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, zaburzenia miesiączkowania, odchudzanie

ABSTRACT

INTRODUCTION. The aim of the study was to find reasons of occurrence and development of anorexia nervosa.

MATERIAL AND METHODS. A questionnaire study was provided among 26 patients, who were treated at Department of Endocrinology For Children and Adolescents in Wrocław.

RESULTS. The major reason of starting losing weight was lost of physical appearance acceptation (72%). Family conflicts, as a possible reason, indicated 28% of parents and 32% of children. 88% of children used food limitation and counting calories and 65% intensive exercise to loose weight. Only 4 patients looked for a medical help. 36% didn't continue psychotherapy after leaving the Clinic.

CONCLUSIONS. 1. The most of patients with anorexia nervosa are girls between 13–16 years who live in city with whole family in good social conditions and whose parents are well educated and job active. Girls have no problems at school but they are not accept their physical appearance.

2. The children of better educated parents visited a doctor earlier than children of worse educated parents.

Adres do korespondencji: dr med. Ewa Barg
Katedra i Klinika Endokrynologii Wieku Rozwojowego
Akademia Medyczna we Wrocławiu
ul. Hoene-Wrońskiego 13, 50-376 Wrocław
e-mail: ebarg@dilnet.wroc.pl
Copyright © 2006 Via Medica

Nadesłano: 15.05.2006 Przyjęto do druku: 17.07.2006

3. Children from the country continue psychotherapy more often than children from the city.

Key words: anorexia nervosa, menstruation disorders, weight reducing

Wstęp

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) występuje w literaturze medycznej od około 150 lat, jednak opisy przypadków pojawiały się już znacznie wcześniej [1]. Nazwa *anorexia* pochodzi od greckich słów „an” — ‚brak’, ‚pozbawienie’ oraz „orexis” — apetyt. W ciągu wielu ostatnich lat modele etiopatologiczne zmieniły się od czysto biologicznych do czysto psychologicznych [1]. Obecnie uważa się, że jadłowstręt psychiczny jest zespołem objawów uwarunkowanych czynnikami biologicznymi i psychologicznymi, które ujawniają się w sprzyjających warunkach środowiskowych i społecznych (rodzinnych) [1–3]. Ostatnie doniesienia z zakresu biologii molekularnej sugerują istnienie genetycznego uwarunkowania predyspozycji do wystąpienia zachorowania [1–3], a prowadzone badania są ukierunkowane na poszukiwanie genetycznego podłoża zaburzeń odżywiania. W rodzinach, w których u co najmniej dwojga z najbliższych krewnych rozpoznano jadłowstręt psychiczny, stwierdzono występowanie zmian dysmorficznych w zakresie ramienia krótkiego chromosomu 1 [1]. Badania z zakresu neuroendokrynologii wskazują na możliwy związek ujawnienia jadłowstrętu z występowaniem określonych alleli genów receptorów serotoninowych (5-HT_{2A}), dopaminowych i estrogenowych (β), jednak wyniki nie są jednoznaczne [1].

Jadłowstręt psychiczny charakteryzuje się świadomą i celową utratą masy ciała poprzez ograniczanie przyjmowania pokarmów, niezwiązane z brakiem apetytu [4] oraz intensywne ćwiczenia fizyczne, stosowanie środków przeczyszczających i odwadniających. Nieodłącznym elementem obrazu choroby jest zaburzenie postrzegania kształtu własnego ciała [3, 4]. W efekcie dochodzi do złożonej dysfunkcji układu endokrynnego i licznych zaburzeń metabolicznych [3, 5–8].

Aby dokonać rozpoznania jadłowstrętu psychicznego, należy stwierdzić określone objawy kliniczne wyszczególnione w amerykańskiej klasyfikacji chorób (DSM IV-R, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition-Revised*) lub Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization — International Classification of Diseases, ICD-10*).

W rozpoznaniu różnicowym należy wykluczyć zarówno organiczne przyczyny wyniszczenia, do których zalicza się choroby nowotworowe, guzy mózgu, zaburzenia

jelitowe, takie jak choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół złego wchłaniania, cukrzycę, chorobę Gravesa-Basedowa, przewlekłe infekcje, w tym AIDS, jak również choroby o podłożu psychicznym — depresję, schizofrenię, nerwicę, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne [6, 7].

Anorexia nervosa dotyczy najczęściej dziewcząt w okresie pokwitania i młodych kobiet. Zachorowalność wśród chłopców jest sporadyczna [3, 5, 6, 9–12].

Cel pracy

Celem pracy była próba określenia, kto jest predysponowany do jadłowstrętu psychicznego oraz jakie są główne czynniki prowadzące do tej choroby.

Materiał i metoda

Spośród 86 pacjentów z rozpoznaniem *anorexia nervosa*, hospitalizowanych w Klinice Endokrynologii Wieku Rozwojowego we Wrocławiu, w badaniu kwestionariuszowym wzięło udział 26 osób (25 dziewcząt i 1 chłopiec) w wieku 12–18 lat; pozostali pacjenci odmówili udziału. W żadnym przypadku nie występowała organiczna przyczyna wyniszczenia.

Rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego dokonano zgodnie z obowiązującymi kryteriami ICD-10.

W celu zobiektywizowania badania przygotowano osobną ankietę dla pacjentów i osobną dla ich rodziców. Pytania dotyczyły danych socjalnych, takich jak miejsce zamieszkania, skład rodziny i jej sytuacja materialna, wiek pacjenta, wiek rodziców, wykształcenie i zawód rodziców. W dalszej części zarówno pacjentów, jak i ich rodziców, pytano o przyczyny i okoliczności wystąpienia choroby. Do pacjentów skierowano także pytania na temat metod stosowanych w celu obniżenia masy ciała, objawów choroby i kolejności ich występowania oraz wiedzy o schorzeniu.

W opracowaniu statystycznym posłużono się pakietem STATISTICA 6.0. Stosowano test χ^2 z poprawką Yatesa oraz obliczano współczynniki korelacji liniowej Pearsona.

Wyniki

W badanej grupie średni wiek pacjenta wynosił 14,5 roku. Najmłodsi pacjenci mieli 12, a najstarsi 18 lat. Połowę ankietowanych stanowiły dzieci w wieku między 13. a 16. rokiem życia, w grupie poniżej 13. roku

życia było 8 pacjentów, a powyżej 16. roku życia — 5 pacjentów.

Aż 80% pacjentów mieszkało w mieście, w większości byli to mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców, a tylko 20% na wsi.

W domach jednorodzinnych mieszkało 28% badanych, 56% w mieszkaniach w bloku i większość (61%) miała własny pokój.

Swoją sytuację materialną 43% zapytanych rodziców określiło jako co najmniej dobrą. Żadna z rodzin nie określiła jej jako złej.

W badanej grupie dzieci i młodzieży 92,3% pacjentów wywodziło się z rodzin pełnych, jedynie 6,7% opiekował się tylko jeden rodzic — matka. Zaledwie 11,5% badanych było jedynakami, 88,5% miało rodzeństwo, z czego 73,9% tylko jedno; przeważali starsi bracia. Występowanie w rodzinie różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, przede wszystkim stanów depresyjnych i nerwic, podało 20,8% pacjentów. W żadnej rodzinie nie stwierdzono wystąpienia przypadku anoreksji.

Różnica wieku między dziećmi a rodzicami mieszcząca się w przedziale 20–35 lat w przypadku matek dotyczyła 87,5%, natomiast między dziećmi a ojcami — 81,8%. Różnica wieku powyżej 35 lat występowała u 12,5% matek i 18,2% ojców. W żadnym przypadku różnica wieku między rodzicami a dzieckiem nie była mniejsza niż 20 lat.

Ponad 70% zarówno matek, jak i ojców, miało wykształcenie co najmniej średnie. Ponad 92% rodziców było czynnych zawodowo — 22,8% matek pracowało w zawodzie nauczyciela (tab. 1).

Na podstawie przeprowadzonego badania próbowano określić możliwe przyczyny choroby z punktu widzenia pacjentów oraz ich rodziców (tab. 2).

Mimo że znaczna część ankietowanych dzieci (42,3%) oraz rodziców (34,6%) nie wskazała konkretnego wydarzenia, problemu czy też sytuacji bezpośrednio związanej z początkiem choroby, to jednak większość zauważała związek między wystąpieniem objawów jadłowstrętu a ściśle określonymi sytuacjami stresowymi. Blisko 40% dzieci i rodziców początek choroby wiązało z szeroko rozumianymi problemami szkol-

Tabela 2. Przyczyny choroby

	Konflikty w rodzinie		Problemy szkolne		Brak uchwytnej przyczyny	
	Dzieci	Rodzice	Dzieci	Rodzice	Dzieci	Rodzice
n	8	8	10	10	11	9
%	30,8	30,8	38,4	38,4	42,3	34,6

nymi, obejmującymi zarówno zmianę szkoły, jak i konflikty z nauczycielami lub z kolegami. Kłopoty z nauką miało tylko jedno dziecko.

Ponad 30%, zarówno dzieci, jak i rodziców, wskazywało na problemy rodzinne jako możliwą przyczynę choroby. U niewielkiego odsetka ankietowanych choroba dziecka była poprzedzona takimi wydarzeniami, jak śmierć bliskiej osoby (7,7%), zawód miłosny (7,7%) czy rozwód rodziców (3,8%).

Najczęstszymi objawami zaobserwowanymi przez obie strony były: zaburzenia menstruacyjne u dziewcząt, zmiana zachowania oraz zmiana nawyków żywieniowych. Jednak największą uwagę rodziców zwróciło nadmierne chudnięcie, natomiast dziewczęta najbardziej zaniepokoił zanik miesiączki (tab. 3).

Zaparcia pojawiły się u 18 pacjentów (69,2%), osłabienie — u 19 (73,1%), a omdlenia — u 6 dzieci (23,1%).

Potrzeby zgłoszenia się do lekarza nie odczuwało aż 84,6% pacjentów. Większość (80,8%) zgłaszała się do lekarza pod wpływem rodziców. Od momentu rozpoczęcia się choroby do czasu zasięgnięcia porady lekarskiej w 53,8% przypadków miało co najmniej 6 miesięcy, w 27,2% przypadków okres ten wynosił 12 i więcej miesięcy. W tym czasie utrata masy ciała u 61,9% ankietowanych przekraczała 10 kg.

Stwierdzono zależność między wykształceniem rodziców a czasem upływającym od początku choroby do pierwszej wizyty lekarskiej. W grupie dzieci, których przynajmniej jedno z rodziców miało wykształcenie wyższe, 100% ankietowanych zgłosiło się po poradę lekarską do 11 miesięcy od początku choroby, natomiast w grupie dzieci rodziców gorzej wykształconych odsetek ten wynosił tylko 66,6%. W tych przypadkach

Tabela 1. Sytuacja rodzinna

	Rodzina pełna	Rodzeństwo		Wykształcenie rodziców					
		Tak	Nie	Wyższe		Średnie		Zawodowe	
				Matka	Ojciec	Matka	Ojciec	Matka	Ojciec
n	24	23	3	8	6	12	14	4	5
%	92,3	88,5	11,5	30,8	23,1	46,2	53,8	15,4	19,2

Tabela 3. Objawy choroby

	Zanik miesiączki*		Zmiana nawyków żywieniowych		Zaburzenia zachowania		Nadmierne chudnięcie
	Dzieci	Rodzice	Dzieci	Rodzice	Dzieci	Rodzice	Rodzice
n	25	18	23	18	22	18	21
%	100	69,2	88,5	69,2	84,6	69,2	80,2

*dotyczy dziewcząt

zgłaszano się do lekarza rok i później od pojawienia się pierwszych objawów choroby.

Jako najważniejsze przyczyny rozpoczęcia odchudzania wymieniano:

- niezadowolenie z własnego wyglądu — 79,2%;
- wizerunek kobiety w mediach — 66,7%;
- presja otoczenia — 50% przypadków.

U 80% badanych występował lęk przed otyłością i przyczyniał się do rozpoczęcia odchudzania. W tej grupie dzieci w przebiegu choroby obserwowano utratę masy ciała przekraczającą 15 kg w 36,8% przypadków. Tak znacznego ubytku masy ciała nie odnotowano u żadnego z pacjentów nieodczuwających lęku przed otyłością.

Po przeanalizowaniu zależności masy ciała od wieku okazało się, że w momencie wystąpienia choroby w 44% przypadków masa ciała ankietowanych nie przekraczała 75. centyla należnego dla wieku. Tylko u 11,5% dzieci badanych masa przekraczała 97. centyl, czyli jedynie w tych przypadkach była powyżej normy wiekowej.

Wszyscy ankietowani deklarowali, że przed chorobą jedzenie sprawiało im przyjemność, a w czasie trwania choroby u 45,8% pacjentów jedzenie łądziło napięcia psychiczne.

Nie wykazano wpływu wieku dziecka, wykształcenia rodziców czy sytuacji materialnej rodziny na utratę masy ciała chorującego dziecka. Nie stwierdzono również związku między utratą masy ciała a kontynuacją psychoterapii po opuszczeniu kliniki.

Z metod stosowanych w celu obniżenia masy ciała najczęściej wymieniano: dietę i liczenie kalorii, intensywne ćwiczenia fizyczne, stosowanie środków przeczyszczających i moczopędnych, prowokowanie wymiotów (tab. 4).

W badanej grupie problem jadłowstrętu psychicznego nie był znany wcześniej u 65,4% ankietowanych. Dla pozostałych (34,6%) głównym źródłem informacji była prasa kobieca.

Spośród wszystkich pacjentów, którzy rozpoczęli psychoterapię podczas pobytu w szpitalu, po opuszczeniu kliniki kontynuowało ją tylko 65,4%. Na kontynuację terapii psychologicznej miało wpływ miejsce zamieszkania pacjentów i wiek rodziców. Psychoterapię kontynuowało 100% dzieci wiejskich i tylko 52,6% dzieci zamieszkałych w mieście. Psychoterapię częściej (72,7%) kontynuowały dzieci rodziców starszych (wiek rodziców powyżej 31. roku życia w momencie urodzenia się dziecka) niż rodziców młodszych (wiek poniżej 30. roku życia w momencie urodzenia się dziecka) — 58,3% przypadków. Jednak ze względu na małą liczebność grupy różnice te nie były istotne statystycznie. Nie stwierdzono korelacji między wykształceniem rodziców lub sytuacją materialną rodziny a poszpitalną kontynuacją psychoterapii.

Omówienie wyników

Jadłowstręt psychiczny najczęściej występuje u dziewcząt i młodych kobiet i może dotyczyć od 0,5–1% [6, 12] do 2,0% populacji [3, 4]. Subkliniczne zaburzenia odżywiania pojawiają się u co najmniej 5% młodych kobiet, a w niektórych środowiskach (gimnastyczki, insulinozależne diabetyczki) obejmują ponad 1/3 populacji [13, 14]. W badanej grupie u żadnego z pacjentów nie stwierdzono innej współistniejącej choroby mogącej prowadzić do utraty masy ciała.

Grupę największego ryzyka stanowi dorastająca młodzież między 12. a 25. rokiem życia [3, 6, 11, 12],

Tabela 4. Stosowana metoda

	Dieta i liczenie kalorii	Intensywne ćwiczenia fizyczne	Środki przeczyszczające	Prowokacja wymiotów	Leki moczopędne	Wszystkie
n	24	18	9	4	2	1
%	92,3	69,2	34,6	15,4	7,7	3,8

jednak objawy choroby mogą wystąpić nawet do okresu menopauzy [5, 13]. Zachorowalność wśród chłopców jest niewielka [3, 5, 6, 9–11]. Stosunek zachorowań mężczyzn do kobiet wynosi od 1:9–10 [4, 12] do 1:20–30 [13, 15]. Także w badanej grupie wśród 86 przypadków rozpoznanego jadłowstrętu psychicznego tylko 2 dotyczyły chłopców. Prawdopodobnie wiąże się to ze znacznie mniejszą potrzebą posiadania szczupłej sylwetki i pragnieniem podobania się [9]. Ponadto przyrost masy ciała w okresie dojrzewania wśród chłopców tłumaczy się naturalnym i pożądanym rozwojem tkanki mięśniowej [1].

Etiologia *anorexii* pozostaje nieznana, jednak istnieją wyraźne uwarunkowania psychiczne, społeczne i biologiczne [2, 3, 12, 16]. Jako przyczynę jadłowstrętu wskazuje się często, lansowany w kręgu cywilizacji zachodniej, model zdrowia i piękna oparty na ekstremalnie szczupłej sylwetce [17]. W badanej grupie blisko 80% ankietowanych przyznało, że rozpoczęło restrykcyjną dietę z powodu niezadowolenia z własnego wyglądu, który nie przystawał do wizji medialnej. Jednak fakt występowania jadłowstrętu psychicznego we wszystkich kręgach kulturowych oraz opisy przypadków sięgające czasów średniowiecznych (obecnie np. w „Żywotach świętych”) przeczą tezie, jakoby presja medialna była jedynym lub głównym czynnikiem sprawczym choroby [1, 3, 18].

W licznych badaniach wyodrębniono wiele czynników ryzyka rozwoju jadłowstrętu psychicznego. Można je podzielić na 2 grupy [3]:

- ogólne: płeć żeńska, wiek okołopokwitaniowy i wczesnej dorosłości, zamieszkiwanie w krajach cywilizacji zachodniej;
- wszelkiego typu zaburzenia odżywiania, depresje, kłopoty rodzinne (słaby kontakt z rodzicami, wysokie wymagania wobec dzieci, konflikty między rodzicami), niska samoocena, nadużycia seksualne, krytyczne komentarze na temat jedzenia, masy czy kształtu ciała ze strony rodziny lub otoczenia, perfekcjonizm, zaburzenia lękowe.

Większość populacji, bo aż 96%, stanowiły dziewczęta; wszystkie w wieku okołopokwitaniowym i wczesno-młodzieńczym, wychowane w duchu cywilizacji zachodniej, w większości pochodzące z dobrze sytuowanych rodzin, perfekcjonistki, odnoszące sukcesy w szkole. Różnica wieku między rodzicami a dziećmi, mogąca stanowić przyczynę konfliktów rodzinnych, nie odegrała w badanej grupie istotnej roli jako czynnik generujący chorobę. Zaobserwowano jednak, że najliczniej reprezentowaną grupą zawodową wśród matek pacjentów z jadłowstrętem były nauczycielki — 22,8%. Jest to obserwacja wykazana także przez

innych autorów [19]. Prawdopodobnie nauczycielska tendencja do oceniania i korygowania postępowania wraz z wysokimi wymaganiami i oczekiwaniami w stosunku do własnych dzieci jest jedną z przyczyn ujawnienia się choroby.

Ponad 1/3 ankietowanych zarówno dzieci, jak i rodziców nie wskazała żadnej uchwytnej przyczyny choroby. Według wielu autorów [1, 4, 6] jej rozwój wydaje się być reakcją na pojawiające się w okresie dojrzewania wymagania dotyczące funkcjonowania społecznego oraz seksualnego. Początek choroby wiąże się z niedojrzałą osobowością i niedostatecznym rozwojem psychosocjalnym w stosunku do dojrzewania płciowego. Pojawiające się objawy dojrzewania, w postaci miesiączki czy rozwoju drugorzędowych cech płciowych u nieprzygotowanych psychicznie do nowej roli społecznej dziewcząt, są przez nie odbierane jako obce, nienaturalne i zbyt obciążające [8, 10, 20]. W badanej grupie u żadnej dziewczynki nie stwierdzono przyczyny anoreksji jako reakcji na wystąpienie miesiączki lub objawów dojrzewania.

Niektórzy autorzy wskazują, że u podłoża choroby mogą leżeć ostre lub przewlekłe sytuacje stresowe (konflikty w rodzinie, utrata życiowego partnera) [1, 3]. Także w badanej grupie 69,2% ankietowanych wiązało początek choroby z wydarzeniami stresowymi w domu lub szkole.

Analogiczne, do opisanych w niniejszej pracy, objawy jadłowstrętu oraz metody obniżenia masy ciała wymieniają także inni autorzy [3, 5, 7, 9, 10, 15, 17]. Rzadkie stosowanie środków moczopędnych w badanej grupie wiąże się zapewne z ich ograniczoną dostępnością w polskich warunkach.

Mimo że wszystkie pacjentki w badanej grupie utraciły miesiączkę, to ponad 80% nie odczuwało potrzeby zgłoszenia się do lekarza i tylko nacisk rodziców doprowadził do konsultacji lekarskiej. Podobne spostrzeżenia przytaczają inni autorzy — pacjentki z anoreksją, mając zaburzone postrzeganie własnego ciała, nie traktują zmian zachodzących w ich organizmie jako objawu choroby, a raczej jako wyraz doskonałej kontroli nad własnym ciałem. W związku z tym brakuje im motywacji do wizyty u lekarza i podjęcia leczenia [3].

Lepsze wykształcenie rodziców przyczynia się jednak do wcześniejszego zgłoszenia się do lekarza. W badanej grupie 100% dzieci z tych rodzin zgłosiło się do lekarza przed upływem 11 miesięcy od momentu wystąpienia objawów choroby w porównaniu z grupą około 2/3 dzieci z rodzin gorzej wykształconych.

Powszechnie zaakceptowaną metodą leczenia, po opanowaniu ostrych objawów skrajnego wyniszczenia i zaburzeń wodno-elektrolitowych, są różne formy

psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej [3–5, 9, 12]. Niektórzy autorzy wskazują na większą skuteczność terapii rodzinnej niż terapii indywidualnej [3, 12].

W czasie pobytu na oddziale całą badaną grupę objęto psychoterapią. Jednak prawie 35% ankietowanych po opuszczeniu kliniki nie kontynuowało psychoterapii. Nie wiązało się to ani ze złą sytuacją materialną rodziny (koszty psychoterapii), ani z brakiem dostępu do psychoterapeuty. Prawdopodobnie należy to powiązać z, wciąż obecnym w polskim społeczeństwie, uczuciem wstydu i zażenowania towarzyszącym leczeniu psychologicznemu, a zwłaszcza psychiatrycznemu. W badanej grupie kontynuowały psychoterapię wszystkie pacjentki pochodzące z małych miejscowości, natomiast tylko 2/3 pacjentek z większych miast, także dzieci, których rodzice mieli w momencie urodzenia dziecka więcej niż 31 lat.

Kontynuowanie terapii przez pacjentki z małych miejscowości należy wiązać raczej z innym niż miejsce zamieszkania miejscem terapii oraz prawdopodobnie większymi możliwościami czasowymi ich rodziców. Istotny pozostaje także wiek rodziców, sugerujący bardziej dojrzałe spojrzenie na życie.

Farmakoterapia, w tym z użyciem sugerowanej w niektórych publikacjach fluoksetyny [3, 12], nie była stosowana w opisywanej grupie.

Efekty kompleksowego leczenia są zróżnicowane i zależą od wielu czynników, między innymi wieku pacjenta w momencie ujawnienia się choroby, czasu jej trwania, współistnienia zaburzeń psychicznych oraz sytuacji psychospołecznej rodziny. Za wyleczone uznaje się osoby zdolne do utrzymania masy ciała w granicach 85–100% masy należnej oraz, w przypadku kobiet, regularnie miesiączkujące.

Uważa się, że 40% pacjentek zostaje wyleczonych, stan 30% polepsza się, a u pozostałych 30% jadłowstręt nie ustępuje [3]. Braeutigam i wsp. [10] podają za Crispem, że po 6 latach od rozpoczęcia terapii 64 spośród 100 pacjentek uzyskało prawidłową masę ciała, 32 miało różnego stopnia niedowagę, 2 nadwagę i 2 zmarły. Podobny odsetek wyleczeń (68%) podają Steinhausen i wsp. [21]. W badanej grupie blisko 35% pacjentek nie kontynuowało terapii po opuszczeniu kliniki i objawy choroby nadal występowały.

W prospektywnych badaniach grupy 84 pacjentów po 21 latach od pierwszej hospitalizacji stwierdzono pełne wyzdrowienie w 50,6%, 10,4% pacjentów wciąż spełniało kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicz-

nego, a 15,6% zmarło z przyczyn zależnych od *anorexii* [22]. U chorych z właściwą motywacją — szczególnie, gdy terapią można objąć całą rodzinę — rokowanie jest dobre [5]. W przypadkach zaniedbanych z krańcowym wycieńczeniem i wtórnymi następstwami somatycznymi odsetek zgonów waha się w granicach od 1–3% [3] do 5–15% [22]. W analizowanej grupie nie stwierdzono żadnego przypadku skrajnego wyniszczenia lub zgonu.

Najczęstsze przyczyny zgonów wśród chorych na jadłowstręt psychiczny to komplikacje spowodowane odwodnieniem i zaburzeniami elektrolitowymi, a także infekcje — zapalenie płuc, posocznica oraz samobójstwa [3, 20]. W badanej grupie nie odnotowano żadnej próby samobójstwa.

Wnioski

1. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym to głównie dziewczynki w wieku 13–16 lat, mieszkające w dużych miastach, pochodzące z pełnych rodzin, z domów, gdzie są dobre warunki materialne, a rodzice są dobrze wykształceni i czynni zawodowo. Dziewczynki nie mają problemów z nauką w szkole, jednak trudno jest im zaakceptować własny wygląd.

2. Zawód nauczyciela wśród rodziców dzieci chorujących na jadłowstręt psychiczny jest zdecydowanie częstszy niż inne zawody.

3. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym mieszkający w środowisku wiejskim kontynuują psychoterapię częściej niż dzieci pochodzące z miast.

Podsumowanie

Jadłowstręt psychiczny występuje u dziewcząt dobrze się uczących, pochodzących z zamożnych, dobrze wykształconych rodzin, mieszkających w dużym mieście. Jednak ani wykształcenie rodziców, ani miejsce zamieszkania nie przyczyniają się do lepszych efektów terapii tej choroby, choć rodzice lepiej wykształceni zgłaszają się ze swoimi dziećmi do lekarza znacznie wcześniej.

Obowiązki zawodowe rodziców, prowadzące do zapewnienia dobrej sytuacji materialnej rodziny, ale ograniczające możliwości czasowe przeznaczone dla rodziny oraz wysokie wymagania rodziców wobec siebie i dzieci, czyli sytuacje sprzyjające stresom, mogą przyczynić się do ujawnienia choroby.

Piśmiennictwo

1. Schmidt U.: Aethiology of eating disorders in the 21st century. New answer to old questions. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 12: (supl. 1): 30–37.
2. Steiner H., Kwan W., Shaffer T.G. i wsp.: Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 12 (supl. 1): 138–146.
3. Yager J., Andersen A.E.: Clinical practice. Anorexia nervosa. *N. Engl. J. Med.* 2005; 353: 1481–1488.
4. Fairburn C., Harrison P.: Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407–416.
5. Hatmaker G.: Boys with eating disorders. *J. Sch. Nurs.* 2005; 21: 329–332.
6. Bochereau D., Clervoy P., Corcos M., Girardon N.: Eating disorders. Anorexia nervosa in adolescents. *Presse Med.* 1999; 28: 89–99.
7. Halvorsen I., Andersen A., Heyerdahl S.: Girls with anorexia nervosa as young adults. Self-reported and parent-reported emotional and behavioural problems compared with siblings. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 14: 397–406.
8. Bilikiewicz A.: *Psychiatria*, wyd. 2. PZWL, Warszawa 2000; 320–322.
9. Komender J., Tomaszewicz-Libudzic C.: Jadłowstręt psychiczny u dzieci. *MediPress Pediaatria* 1996; 2: 3.
10. McDermott B.M., Jaffa T.: Eating disorders in children and adolescents: an update. *Curr. Opin. Psychiatry* 2005; 18: 407–410.
11. Fleitlich B.W., Ariona M.A., Cobelo A., Kordas T.A.: Adolescent-onset anorexia nervosa. *J. Pediatr (Rio J.)*. 2000; 76 (supl. 3): 323–329.
12. Romeo F.: Adolescent boys and Anorexia nervosa. *Adolescence* 1994; 29: 643–647.
13. Braeutigam W., Christian P., von Rad M.: *Psychosomatische Medizin*, 5. Auflage. Thieme, Stuttgart 1992; 273–292.
14. Tamburrino M.B., McGinnis R.A.: Anorexia nervosa. A review. *Panminerva Med.* 2002; 44: 301–311.
15. Chambry J., Corcos M., Guilbaud O., Jeammet P.: Masculine anorexia nervosa: realities and perspectives. *Ann. Med. Interne [Paris]* 2002; 153 (3 supl.): 1S61–1S67.
16. Rabe-Jabłońska J.: Anorexia nervosa in adult women. *Psychiatr. Pol.* 2003; 37: 29–37.
17. Childress A.C., Brewerton T.D., Hodges E.L., Jarrell M.P.: The Kids' Eating Disorders Survey [KEDS]: a study of middle school students. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1993; 32: 843–850.
18. Keel P.K., Klump K.L.: Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications conceptualizing their etiology. *Psychol Bull.* 2003; 129: 747–769.
19. Iwanicka Z., Wąsikowa R., Barg E. i wsp.: Aspekty kliniczne i leczenie jadłowstrętu psychicznego. *Pediatr. Pol.* 1994; 69: 403–407.
20. Sohlberg S., Strober M.: Personality in Anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 1994; 378: 1–15.
21. Steinhausen H.C., Speidel R.: Outcome in adolescent eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 14: 487–496.
22. Zipfel S., Lowe B., Reas D.L. i wsp.: Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000; 355: 721–722.