



Nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych oraz poczucia koherencji u chorych z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej

Non-specific psychopathological symptoms, motivational factors and sense of coherence in patients with anorexia and bulimia nervosa

PAWEŁ SALA, WITOLD SIMON

Klinika Nerwic, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

STRESZCZENIE

Cel. Celem badania była analiza różnic pomiędzy osobami z anoreksją i bulimią psychiczną pod względem nasilenia nieswoistych ogólnych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych i poczucia koherencji, oraz określenie wzajemnych zależności tych zmiennych.

Metody. Zbadano 35 pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej i 35 pacjentek z rozpoznaniem bulimii psychicznej (według kryteriów ICD-10). Grupę porównawczą stanowiło 35 osób z zaburzeniami nerwicowymi. Jako narzędzi do badań zastosowano polską adaptację kwestionariusza objawowego HSCL, Kwestionariusz Motywacji oraz Kwestionariusz Koherencji SOC-29. Pacjentki były badane na etapie kwalifikacji do leczenia oraz na etapie przyjęcia do szpitala.

Wyniki. Na etapie kwalifikacji pacjentki leczone z powodu anoreksji cechowały się większym natężeniem ogólnych objawów psychopatologicznych oraz większą motywacją do leczenia w porównaniu do chorych z bulimią psychiczną. Przy przyjęciu różnice były nieistotne statystycznie. Poczucie koherencji było obniżone.

Wnioski. U chorych z rozpoznaniem anoreksji psychicznej nieswoiste objawy psychopatologiczne mogą się wiązać z większą motywacją do leczenia. Natężenie poczucia koherencji nie różnicuje chorych z obu typami zaburzeń odżywiania.

SUMMARY

Objectives. The aim of the study was to compare patients with either anorexia or bulimia nervosa for differences in severity of non-specific psychopathological symptoms, motivational factors and sense of coherence levels, and to establish mutual relationships between these variables.

Methods. Two groups of 35 patients each, diagnosed with either anorexia nervosa or bulimia nervosa by the ICD-10 criteria, and a comparative group of 35 patients with neurotic disorders were examined using a number of questionnaires: the HSCL in a Polish adaptation for symptom assessment, a Motivation Questionnaire (KM), and the Orientation to Life (SOC-29) scale to measure sense of coherence. The participants were examined twice, at the time of qualification for inpatient treatment (T1), and on admission (T2).

Results. At T1 (qualification for treatment) patients with anorexia as compared to those with bulimia revealed more severe non-specific psychopathological symptoms and higher motivation to treatment. On admission (T2) the differences were no longer significant. In both groups sense of coherence was lower.

Conclusions. In patients with anorexia nervosa non-specific psychopathological symptoms may be associated with higher motivation to treatment. The level of sense of coherence did not differentiate between the two types of eating disorders.

Słowa kluczowe: anoreksja psychiczna/bulimia psychiczna/poczucie koherencji/motywacja do leczenia

Key words: anorexia nervosa/bulimia nervosa/sense of coherence/treatment motivation

Nasilenie różnorodnych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych oraz poczucia koherencji u chorych z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej stanowi przedmiot interesującej debaty w literaturze. Rozbieżności najczęściej dotyczą tego czy i w jakim stopniu lęk i depresją mogą być uważane za: (1) czynniki poprzedzające wystąpienie zaburzeń odżywiania się; (2) wtórne konsekwencje anoreksji i bulimii lub (3) objawy czy też zespoły kliniczne współwystępujące z nimi.

W części prac można znaleźć pogląd, że zaburzenia lękowe i zaburzenia odżywiania się (szczególnie anoreksja psychiczna) charakteryzują się wspólnym podłożem etiopatogenetycznym związanym z występowaniem podobnych predyspozycji osobowościowych, takich jak unikanie i lęklivość oraz zahamowanie behawioralne [1]. Można więc wnioskować, że wymienione cechy mogą w istotnym stopniu zwiększać ryzyko zachorowania na jadłowstręt psychiczny.

Mimo objawów anorektycznych, bulimicznych, towarzyszących im objawów depresyjnych i lękowych osoby z zaburzeniami odżywiania się niechętnie podejmują leczenie lub zwlekają z tą decyzją – średnio 4 lata [2]. Wydaje się, że tacy pacjenci opóźniają podjęcie psychoterapii, ponieważ szczególnie w początkowym okresie chorowania nie są świadomi wagi swojego stanu. Ponadto, w odniesieniu do anoreksji dążenie do szczupłości oraz odchudzanie się daje poczucie „sukcesu”, swoiste poczucie kontroli, co bywa postrzegane jako remedium na problemy natury interpersonalnej i wewnątrzpsychicznej. W efekcie osoby zgłaszające się do lekarza często pomijają objawy swoiste dotyczące postaw wobec jedzenia i wyglądu, a koncentrują się raczej na nieswoistych objawach somatycznych i na różnego typu objawach lękowo-depresyjnych. Osoby z rozpoznaniem anoreksji cechują się dość często niską motywacją do leczenia. W wielu sytuacjach podejmują terapię dopiero pod presją rodziny, znajomych lub kolegów z pracy. W opinii autorów przedstawione fakty uzasadniają potrzebę badania nieswoistych objawów psychopatologicznych i ich związków z czynnikami motywacyjnymi.

Z wymienionymi powyżej zagadnieniami wiąże się sformułowane przez Antonovsky'ego pojęcie poczucia koherencji [3]. Zgodnie z definicją jest to globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wyłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce oraz (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania. Na poczucie koherencji składają się odpowiednio do powyższej definicji trzy zasadnicze elementy: poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. Stwierdzono, że natężenie lęku i depresji jest odwrotnie proporcjonalne do poziomu poczucia koherencji, zwłaszcza wobec poczucia zrozumiałości i zaradności [4, 5]. Poczucie sensowności ma w większym stopniu charakter emocjonalno-motywacyjny. Badania Bażyńskiej i wsp. [6] wykazały, że osoby z zaburzeniami odżywiania, z zaburzeniami psychotycznymi oraz z nerwicami i zaburzeniami osobowości nie wykazywały między sobą różnic pod względem poziomu koherencji. Wyjątkiem była jedynie składowa sensowności, która była istotnie wyższa w grupie nerwic i zaburzeń osobowości od pozostałych dwóch grup.

CEL

Celem badania było porównanie osób z anoreksją i bulimią psychiczną z grupą z zaburzeniami nerwicowymi jako grupą porównawczą pod względem nasilenia

nieswoistych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych i poczucia koherencji oraz określenia wzajemnych zależności tych zmiennych. Badano następujące hipotezy:

1. nasilenie nieswoistych objawów psychopatologicznych, jest zbliżone w grupach osób z anoreksją, bulimią i jest mniejsze niż w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi,
2. poziom motywacji w grupie chorych z anoreksją psychiczną jest niższy niż w grupie chorych z bulimią psychiczną,
3. poczucie koherencji jest obniżone w obu podgrupach zaburzeń odżywiania się.

BADANE OSOBY

Rekrutację przeprowadzono wśród chorych dorosłych, powyżej 18 r.ż., leczonych w oddziale całodobowym Kliniki Nerwic. Wykluczono osoby, u których rozpoznano współwystępowanie zaburzeń osobowości, nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych. W badaniu uczestniczyło 35 pacjentek z rozpoznaniem *anorexia nervosa* (AN) oraz odpowiednia grupa 35 pacjentek z rozpoznaniem *bulimia nervosa* (BN). Grupę porównawczą stanowiło 35 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych (ZN). Diagnozę ustalano według kryteriów badawczych ICD-10. Obydwie grupy chorych z zaburzeniami odżywiania się były istotnie młodsze od pacjentek z grupy porównawczej (ZN=33,2±9,9, p=0,000). Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji (AN=24,0±3,4) były istotnie starsze od bulimiczek (BN=22,1±2,3; p=0,040).

Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji (AN=18,2±3,3) zaczynały chorować znacząco później od bulimiczek (BN=16,8±2,1; p=0,040). Czas trwania zaburzeń odżywiania się w obu grupach nie różnił się w sposób istotny statystycznie. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami badanymi a grupą porównawczą (ZN=20,45±10,9).

Rozpoznanie w grupie ZN kształtowały się następująco: agorafobia z napadami paniki – 22,86%; specyficzne postacie fobii – 2,86%; zaburzenia lękowe z napadami lęku – 8,57%; zaburzenia lękowe uogólnione – 8,57%; zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane – 37,14%; inne mieszane zaburzenia lękowe – 2,87%; zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – 5,71%; zaburzenia adaptacyjne – 2,87%; dysocjacyjne zaburzenia ruchu – 2,87%; zaburzenia somatyzacyjne – 2,87%; neurastenia – 2,87%.

W populacji chorych z zaburzeniami nerwicowymi (ZN) wskaźnik wagi ciała BMI wynosił 23,0±3,7; osoby z rozpoznaniem anoreksji psychicznej (AN): 16,6±1,6 i bulimii psychicznej (BN): 21,4±3,5.

METODA

Pacjentki były badane dwukrotnie:

1. badanie (T1): w czasie badania kwalifikacyjnego poprzedzającego przyjęcie do Kliniki (KM, HSCL);
2. badanie (T2): w czasie przyjęcia pacjenta do Kliniki (KM, HSCL, SOC-29)

Czas, jaki upłynął między badaniem T1 i T2 to okres oczekiwania na leczenie (przeciętnie wynosił kilka miesięcy). Wszystkie pacjentki uczestniczyły następnie w 10-tygodniowym programie intensywnej psychoterapii o modelu poznawczo-behawioralno-społecznym. Dynamika zmian w badanych grupach pomiędzy okresem przy kwalifikacji, przyjęciu i wypisaniu wraz z opisem psychoterapii będzie przedmiotem odrębnego opracowania.

W badaniu wykorzystywano następujące narzędzia:

Kwestionariusz objawów – tłumaczenie polskie HSCL-90 (*Hopkins Symptoms Checklist L. Derogatisa* [7] w opracowaniu M. Siwiak-Kobayashi [8] – do pomiaru nasilenia objawów psychopatologicznych. Niewielka modyfikacja kwestionariusza polega na usunięciu dwóch skal: skali ideacji paranoidalnej oraz psychotyizmu. Do badań zastosowano pozostałe 7 skal: somatyzacji (SOM), depresji z niepokojem (DN), depresji z zahamowaniem (DZ), obsesyjności (OB-K), agresji (AG), lęku fobicznego (LF) i nadwrażliwości interpersonalnej (NI). Test ma postać 72 krótkich stwierdzeń. Rzetelność testu mierzona pod kątem powtarzalności wyników wykazała korelacje dla 7 podskal w granicach od 0,73 do 0,87 przy $p < 0,0001$.

Kwestionariusz motywacji (KM) został opracowany przez T. Wysokińską-Gąsior i A. Matuszewskiego w latach 1976-1991 [9]. Kwestionariusz został zaprojektowany z myślą o badaniu różnych rodzajów motywacji do podjęcia psychoterapii. Składa się z 36 pytań zgrupowanych w czterech czynnikach wyodrębnionych w toku analizy czynnikowej: aktywności (AKT), krzywdy (KRZ), bezradności (BEZR) i zagrożenia (ZAGR). Każdy z nich obrazuje szczególny aspekt motywacji zróżnicowany pod względem motywów, oczekiwań i nastawień pacjenta. (1)

czynnik aktywności (określany przez oczekiwania i nastawienia, wyrażany przez świadomą potrzebę własnego rozwoju i gotowość do uczenia się), (2) czynnik krzywdy (typowy dla zewnętrznej motywacji), (3) czynnik bezradności (powiązany z dyskomfortem, frustracją i świadomością psychologicznego tła zaburzeń); (4) czynnik zagrożenia (odnoszący się do zagrożenia chorobą przy jednoczesnym pomijaniu jej tła intra- i interpersonalnego). KM znormalizowano na próbie 488 pacjentów nerwicowych. Normy KM wyrażono w staninowej skali standardowej. Korelacja test-retest wynosi średnio 0,5. Współczynnik rzetelności wynosi od 0,87 dla czynnika zagrożenia do 0,92 dla czynnika bezradności.

Kwestionariusz poczucia koherencji (SOC-29) opracowany przez A. Antonovsky'ego [10]. Poczucie koherencji to orientacja życiowa, która wiąże się z postrzeganiem świata jako zrozumiałego, sterowalnego i sensownego. Każde z tych trzech określeń stanowi odrębną składową poczucia koherencji; odpowiadają im także trzy skale Kwestionariusza SOC: zrozumiałość (ZROZ); zaradność (ZAR) i sensowność (SENS). Polska adaptacja SOC charakteryzuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi: Zgodność wewnętrzna obliczona na podstawie współczynnika α -Cronbacha dla poszczególnych podskal kwestionariusza wahała się w przedziale 0,72-0,74; dla całego kwestionariusza wartość współczynnika wyniosła 0,85. Rzetelność testu mierzona pod kątem powtarzalności wyników (*test-retest reliability*) wykazała, że korelacje test-retest dla 3 składowych SOC zawarły się w granicach 0,72–0,83 przy $p < 0,001$. Szczegółowe dane dotyczące narzędzia i jego składowych znajdują się w licznych pozycjach literatury [4, 10, 11]. Kwestionariusza SOC-29 nie stosowano w okresie kwalifikacji. Do opracowania statystycznego użyto licencjonowanego programu SPSS.

WYNIKI BADAŃ

Poziom objawów psychopatologicznych

Na etapie kwalifikacji (T1, tabl. 1) ujawniły się różnice pomiędzy grupami osób z zaburzeniami odży-

Tablica 1. Wyniki badania HSCL w czasie T1 przed podjęciem leczenia w grupach chorych z anoreksją, bulimią oraz z zaburzeniami nerwicowymi.

Table 1. HSCL mean scores at T1 (prior to treatment) in three groups of patients: with anorexia, bulimia, or neurotic disorders.

Objawy wg HSCL	Badane grupy			Istotność różnic (p)		
	AN n=35	BN n=35	ZN n=35	AN vs ZN	BN vs ZN	AN vs BN
objawy somatyczne	24,5 (±4,8)	21,2 (±5,3)	26,8 (±6,6)	ns	0,043	0,006
depresja z niepokojem	27,7 (±5,7)	24,8 (±5,8)	29,0 (±6,3)	ns	0,041	0,007
depresja z zahamowaniem	29,5 (±7,3)	28,5 (±5,4)	28,9 (±6,6)	ns	ns	ns
objawy obsesyjno-kompulsyjne	26,6 (±6,8)	24,4 (±5,5)	26,3 (±7,2)	ns	ns	ns
agresja	26,0 (±6,2)	24,4 (±5,5)	24,7 (±6,0)	ns	ns	ns
lęk fobiczny	21,4 (±6,9)	18,7 (±5,7)	31,1 (±8,3)	0,0001	0,0001	ns
nadwrażliwość interpersonalna	27,1 (±7,5)	25,0 (±7,3)	26,1 (±8,1)	ns	ns	ns

Grupy chorych: AN – anoreksja psychiczna, BN – bulimia psychiczna, ZN – zaburzenia nerwicowe, ns – nieistotne

wiania się. Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji w porównaniu z chorymi na bulimię cechowały się istotnie większym nasileniem objawów somatyzacji (SOM) i depresji z niepokojem (DN). Obie grupy chorych z zaburzeniami odżywiania się: pacjentki z jadłowstrętem psychicznym i z bulimią psychiczną różniły się istotnie statystycznie od grupy z zaburzeniami nerwicowymi mniejszym nasileniem lęku fobicznego ($p=0,0001$).

Przy przyjęciu (T2, tabl. 2) nie było już istotnych różnic między grupami chorych z anoreksją i bulimią. Natomiast obydwie podgrupy chorych z zaburzeniami odżywiania się wykazywały podobne różnice w stosunku do grupy zaburzeń nerwicowych. Obie podgrupy chorych z zaburzeniami odżywiania się cechowały się statystycznie znaczącym mniejszym nasileniem skali somatyzacji, depresji z niepokojem, lęku fobicznego oraz nadwrażliwości interpersonalnej od grupy chorych z zaburzeniami nerwicowymi.

Czynniki motywacyjne

Uwzględniono wyniki poniżej i powyżej przeciętnych według norm opracowanych dla Kwestionariusza Motywacji. Zaznaczone w tabl. 3 strzałki oznaczają średnie, których wartość jest powyżej lub poniżej prze-

ciętej. Porównanie uzyskanych wyników wskazuje, że osoby z jadłowstrętem psychicznym charakteryzowały się w okresie kwalifikacji wysokim poziomem czynnika aktywności, czynnik bezradności pozostawał na granicy wartości przeciętnej i ponadprzeciętnej [9].

W czasie badania kwalifikacyjnego (T1) pacjentki leczone z powodu AN cechowały się znamiennej- naj- większym czynnikiem aktywności – w porównaniu z grupą chorych na BN i w porównaniu z grupą ZN. Przy przyjęciu (T2) nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie natężenia czynników motywacyjnych pomiędzy badanymi grupami.

Poczucie koherencji

Poczucie koherencji badano dopiero na etapie przyjęcia (T2). Ogólne poczucie koherencji badane na etapie przyjęcia przybierało w poszczególnych grupach niskie wartości. U chorych z jadłowstrętem psychicznym: $102,9 \pm 24,6$; u chorych z bulimią psychiczną: $107,7 \pm 19,0$; w grupie zaburzeń nerwicowych: $102,3 \pm 22,2$. Niski poziom ogólnego poczucia koherencji wykazują wszystkie badane grupy.

Dokonano także analizy statystycznej zależności pomiędzy poszczególnymi zmiennymi stwierdzonymi

Tablica 2. Średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic między średnimi poszczególnych skal HSCL w czasie T2 w grupach chorych z anoreksją (AN), bulimią (BN) oraz z zaburzeniami nerwicowymi (ZN).

Table 2. Mean scores, standard deviations and significance of differences between particular HSCL subscales at T2 in patients with anorexia (AN), bulimia (BN) and neurotic disorders (ZN).

Objawy wg HSCL	Badane grupy			Istotność różnic (p)		
	AN n=35	BN n=35	ZN n=35	AN vs ZN	BN vs ZN	AN vs BN
objawy somatyczne	20,1 ($\pm 6,0$)	19,8 ($\pm 5,9$)	26,1 ($\pm 5,7$)	0,009	0,009	ns
depresja z niepokojem	25,5 ($\pm 5,8$)	23,9 ($\pm 6,7$)	28,7 ($\pm 5,7$)	ns	ns	ns
depresja z zahamowaniem	25,1 ($\pm 7,2$)	25,7 ($\pm 6,5$)	27,7 ($\pm 6,1$)	ns	ns	ns
objawy obsesyjno-kompulsyjne	22,2 ($\pm 5,7$)	22,1 ($\pm 6,9$)	24,1 ($\pm 6,6$)	ns	ns	ns
agresja	21,60 ($\pm 6,2$)	21,1 ($\pm 5,1$)	24,0 ($\pm 7,1$)	ns	ns	ns
lęk fobiczny	16,3 ($\pm 4,6$)	17,6 ($\pm 6,5$)	27,1 ($\pm 8,5$)	0,0001	0,021	ns
nadwrażliwość interpersonalna	24,7 ($\pm 6,7$)	23,0 ($\pm 7,6$)	27,5 ($\pm 7,8$)	0,024	0,008	ns

Grupy chorych: AN – anoreksja psychiczna, BN – bulimia psychiczna, ZN – zaburzenia nerwicowe, ns – nieistotne

Tablica 3. Średnie czynników kwestionariusza motywacji, odchylenia standardowe oraz poziomy istotności różnic pomiędzy chorymi z anoreksją (AN), bulimią (BN) i zaburzeniami nerwicowymi (ZN) badanie w czasie kwalifikacji (T1) oraz na etapie przyjęcia (T2).

Table 3. Mean values of the motivation questionnaire (KM) factors, standard deviations and significance of differences between groups of patients with anorexia (AN), bulimia (BN), and neurotic disorders (ZN) examined at T1 (qualification for treatment) and T2 (on admission).

Czynniki motywacyjne	Badanie przy kwalifikacji (T1) przed podjęciem leczenia				Badanie przy przyjęciu (T2)			
	AN n=35	BN n=35	ZN n=35	Istotność różnic (p) AN vs BN	AN n=35	BN n=35	ZN n=35	Istotność różnic (p) AN vs BN
Aktywność	71,1 \uparrow ($\pm 7,2$)	66,8 ($\pm 8,2$)	65,9 ($\pm 9,0$)	0,027	67,7 ($\pm 7,2$)	67,3 ($\pm 6,8$)	63,9 ($\pm 8,1$)	ns
Krzywdza	42,9 ($\pm 8,5$)	42,7 ($\pm 7,2$)	42,3 ($\pm 8,4$)	NS	40,5 ($\pm 8,1$)	38,3 \downarrow ($\pm 6,9$)	41,0 ($\pm 7,0$)	ns
Bezradność	40,3 ($\pm 5,2$)	38,5 ($\pm 4,7$)	38,7 ($\pm 4,7$)	NS	37,7 ($\pm 5,7$)	37,7 ($\pm 4,8$)	37,4 ($\pm 6,2$)	ns
Zagrożenie	29,9 ($\pm 4,2$)	28,6 ($\pm 3,4$)	29,9 ($\pm 3,5$)	NS	28,6 ($\pm 4,2$)	27,3 ($\pm 4,0$)	28,6 ($\pm 3,6$)	ns

Grupy chorych: AN – anoreksja psychiczna, BN – bulimia psychiczna, ZN – zaburzenia nerwicowe, ns – nieistotne strzałki oznaczają średnią, której wartość jest powyżej lub poniżej przeciętnej wg norm opracowanych dla Kwestionariusza

na etapie przyjęcia (T2). Posłużono się współczynnikiem korelacji (r-Pearsona). Korelacje nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych z natężeniem czynników motywacyjnych porównywane w czasie T2 pokazują (tabl. 4), że najczęściej istotnych statystycznie związków ujawnia się między nasileniem objawów mierzonych HSCL a natężeniem czynnika bezradności. Dotyczy to grupy pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej. Obydwie te grupy (AN i BN) różnią się od grupy porównawczej (ZN) silnymi korelacjami natręctw i czynnika bezradności (AN=0,43 istotność \leq 0,01; BN=0,43 istotność \leq 0,01; ZN=0,27 nieistotne statystycznie).

Wśród pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej (AN) przy przyjęciu stwierdzono liczne, istotne statystycznie ujemne korelacje między nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych a natężeniem wszystkich składowych poczucia koherencji (SOC). Natomiast w grupie pacjentek leczonych z powodu bulimii psychicznej (BN) takich korelacji odnotowano jedynie trzy (por. tabl. 5). W grupie zaburzeń nerwicowych (ZN), podobnie jak u pacjentek z anoreksją, stwierdzono znamienne statystycznie ujemne korelacje między ogólnym nasileniem objawów psychopatologicznych a natężeniem wszystkich składowych SOC.

Tablica 4. Korelacje (rho) objawów (mierzonych HSCL) z czynnikami motywacyjnymi (mierzonymi KM) – stan przy przyjęciu na leczenie (T2).

Table 4. Coefficients of correlation between severity of symptoms (measured using the HSCL) and motivational factors (measured with the KM questionnaire) at T2 (on admission).

Czynniki motywacyjne	Grupa	Objawy						
		somatyzacja	depresja z niepokojem	depresja z zahamowaniem	natręctwa	agresja-wrogość	lęk fobiczny	nadwrażliwość interpersonalna
Aktywność	AN	0,282	-0,034	0,062	0,138	0,249	0,012	0,054
	BN	0,093	0,220	0,144	0,171	-0,009	0,218	0,123
	ZN	-0,048	-0,040	0,219	0,141	0,436**	-0,094	0,496**
Krzywda	AN	0,174	0,174	0,270	0,207	0,279	0,196	0,228
	BN	0,361	0,346	0,324	0,079	0,419*	0,340	0,267
	ZN	-0,020	-0,074	0,196	-0,008	0,114	-0,137	0,198
Bezradność	AN	0,152	0,270	0,361	0,432**	0,392	0,261	0,603**
	BN	0,506**	0,314	0,330	0,429*	0,171	0,386	0,491**
	ZN	0,003	0,307	0,469**	0,265	0,363	0,147	0,590**
Zagrożenie	AN	0,428**	0,025	0,177	0,387	0,229	0,154	0,037
	BN	0,459**	0,162	0,155	0,130	0,372	0,376	0,335
	ZN	0,106	0,366	0,289	0,221	0,019	0,038	0,247

* – korelacja istotna na poziomie $\leq 0,05$ p $\geq 0,01$; ** – korelacja istotna na poziomie p $\leq 0,01$

Grupy chorych: AN – anoreksja psychiczna, BN – bulimia psychiczna, ZN – zaburzenia nerwicowe,

Tablica 5. Korelacje objawów (mierzonych HSCL) ze składowymi poczucia koherencji (mierzonymi SOC-29) – stan przy przyjęciu na leczenie (T2).

Table 5. Coefficients of correlation between severity of symptoms (measured using the HSCL) and sense of coherence (measured with the SOC-29 scale) at T2 (on admission).

Składowe poczucia koherencji	Grupa	Objawy						
		somatyzacja	depresja z niepokojem	depresja z zahamowaniem	natręctwa	agresja-wrogość	lęk fobiczny	nadwrażliwość interpersonalna
Zrozumiałość	AN	-0,336	-0,566**	-0,687**	-0,435**	-0,454**	-0,585**	-0,636**
	BN	0,267	-0,406**	-0,214	-0,195	-0,261	-0,101	0,134
	ZN	-0,289	-0,353	-0,481**	-0,579**	-0,429**	-0,140	-0,420**
Zaradność	AN	-0,356	-0,566**	-0,644**	-0,477**	-0,521**	-0,624**	-0,650**
	BN	0,041	-0,279	-0,312	-0,167	-0,277	-0,118	-0,150
	ZN	-0,214	-0,494**	-0,661**	-0,489	-0,659**	-0,155	-0,684**
Sensowność	AN	-0,436**	-0,597**	-0,736**	-0,545**	-0,553**	-0,564**	-0,621**
	BN	-0,054	-0,382	-0,412**	-0,324	-0,445	-0,171	0,016
	ZN	-0,016	-0,171	-0,521**	-0,220	-0,402**	-0,098	-0,528**
Poczucie koherencji	AN	-0,430**	-0,658**	-0,788**	-0,555**	-0,581**	-0,673**	-0,725**
	BN	0,117	-0,443*	-0,380	-0,278	-0,399	-0,117	0,002
	ZN	-0,185	-0,401	-0,655**	-0,496**	-0,589**	-0,153	-0,646**

* – korelacja istotna na poziomie $\leq 0,05$ p $\geq 0,01$; ** – korelacja istotna na poziomie p $\leq 0,01$

Grupy chorych: AN – anoreksja psychiczna, BN – bulimia psychiczna, ZN – zaburzenia nerwicowe,

DYSKUSJA

Na etapie kwalifikacji do psychoterapii osoby leczone z powodu anoreksji w porównaniu z pacjentkami z bulimią (BN) cechowały się większym nasileniem objawów somatyzacyjnych (SOM) i depresji z niepokojem (DN). W momencie rozpoczęcia leczenia, czyli przy przyjęciu na oddział, różnice między tymi dwiema grupami utraciły znamienność statystyczną. Można przypuszczać, że badanie kwalifikacyjne przed podjęciem leczenia, proponowana wówczas pacjentkom rozmowa z innymi chorymi aktualnie leczącymi się w oddziale oraz nawiązane w ten sposób relacje z osobami wyrażającymi chęć pomocy wiążą się z budowaniem nadziei na wyzdrowienie i poprawą samopoczucia wśród chorych z anoreksją psychiczną. Tak więc, mimo często niechętniej postawy tych chorych wobec leczenia, okazywanie nadziei i nawiązywanie pozytywnej relacji może mieć istotny korzystny wpływ na przyniesienie im ulgi.

Spośród składowych motywacyjnych badanych przy przyjęciu czynnik bezradności ma najwięcej dodatnich korelacji z ogólnym nasileniem objawów psychopatologicznych. Dotyczy to grupy pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej. Obydwie grupy badane różnią się od grupy chorych z zaburzeniami nerwicowymi silnymi dodatnimi korelacjami natężenia podskali natręctw z nasileniem czynnika bezradności. Pozwala to wyrazić przypuszczenie, że obsesyjne myślenie o wadze i wyglądzie w obydwu badanych grupach w podobny sposób przyczynia się do subiektywnego cierpienia i poczucia bezradności budujących konstruktywną motywację do podjęcia leczenia. Poczucie bezradności od dawna uważane jest za punkt wyjścia we właściwym zaangażowaniu się w psychoterapię [12].

Stwierdzony na etapie kwalifikacji wyższy czynnik aktywności wśród chorych z anoreksją w porównaniu do chorych z bulimią może wzbudzać pewne zaskoczenie. W literaturze dość powszechnie opisuje się chore z rozpoznaniem anoreksji psychicznej jako osoby posiadające niższą motywację do leczenia [13, 14]. Jednym z możliwych wytłumaczeń takich wyników może być fakt, że pacjentki z bulimią psychiczną dużo częściej znajdują pomoc w lecznictwie ambulatoryjnym łącznie z placówkami odwykowymi. Dużym problemem zaś jest słaba dostępność dla chorych na jadłowstręt psychiczny specjalistycznego leczenia obejmującego nie tylko leczenie powikłań medycznych oraz rehabilitację żywieniową, ale także intensywną psychoterapię. W związku z tym Klinika Nerwic jest nadal jednym ze stosunkowo niewielu ośrodków dającym pacjentkom realną nadzieję na skuteczne leczenie.

Intrygujące jest stwierdzenie, że w grupie chorych z jadłowstrętem cechujących się wyższym w porów-

naniu do grupy chorych z bulimią nasileniem motywacyjnego czynnika aktywności stwierdzono również odpowiednio wyższe nasilenie objawów depresji z niepokojem i objawów somatyzacji. Stwierdzone wyniki pozostają rozbieżne z badaniami przeprowadzonymi przez Brytek [15], która badając podobne grupy chorych wykazała większe nasilenie lęku i depresji u osób z bulimią psychiczną.

W naszej pracy w grupie chorych z anoreksją większe nasilenie objawów depresji z niepokojem i somatyzacji współlistnieje z większym poziomem motywacji do leczenia. To stwierdzenie wydaje się mieć istotne implikacje dla praktyki klinicznej. Oznaczałoby ono bowiem, że podczas gdy występowanie objawów anorektycznych dla wielu pacjentek może nie stanowić odpowiednio silnego bodźca do podjęcia i kontynuowania leczenia [16], to dążenie do zmniejszenia lęku i depresji w tej grupie chorych może być bardzo motywujące. Tak więc można sądzić, że doświadczony psychoterapeuta w pierwszym okresie leczenia nie powinien koncentrować się wyłącznie na odbudowie wagi ciała. Osoba poddawana takiemu leczeniu zwłaszcza w trybie ambulatoryjnym może nie być gotowa na wstępnym etapie na podjęcie takich zmian. Większe zaangażowanie pacjentki z objawami anoreksji w proces terapii może zapewnić przyniesienie jej ulgi w zakresie odczuwanego lęku, niepokoju i przygnębienia.

W badaniu nie stwierdzono różnic w natężeniu składowych poczucia koherencji w poszczególnych badanych grupach. W opinii autorów może to oznaczać, że badane grupy osób z zaburzeniami odżywiania się i z zaburzeniami nerwicowymi cechowały się zbliżonymi wobec siebie zasobami zdrowia (w rozumieniu Antonowsky'ego). Umożliwia to podjęcie skutecznej intensywnej psychoterapii poznawczo-behawioralno-społecznej w warunkach heterogennej społeczności terapeutycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Pallister E, Waller G. Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clin Psychology Rev.* 2008; 28 (3): 366-386.
2. Noordenbos G. Early Identification. W: Treasure J, Schmidt U, van Furth E. red. *Handbook of eating disorders*. Second Edition. West Sussex, England: John Wiley and Sons Ltd.; 2003. s.455-466.
3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPIiN; 1995.
4. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Difin; 2008.
5. Szymona K. Zaburzenia nerwicowe a poczucie koherencji – czynniki chroniące przed zachorowaniem. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi; 2008.
6. Bażyńska K, Bronowska Z, Namysłowska I, Żechowski C. Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów psychiatrycznego oddziału młodzieżowego. *Psychiatr Pol.* 2002; 36(1): 121-131.

7. Derogatis L. SCL-90-R – administration, scoring and procedures manual – II for the R (revised) version. Second Edition. Towson: Clinical Psychometric Research; 1992
8. Siwiak-Kobayashi M. Cognition and emotion. Oxford: BP Books; 1994.
9. Wysokińska-Gąsior T, Matuszewski A. Nerwice. Kwestionariusz motywacji do leczenia. Podręcznik. Warszawa: Ginter Wytwórnia Testów Psychologicznych; 1991.
10. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
11. Mroziak B, Czabała JC, Zwoliński M. Poczucie koherencji (SOC) jako determinant zdrowia psychicznego młodzieży. Łódź: Wyd Uniw Łódzkiego; 1996.
12. Czabała Cz. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: PWN; 2008.
13. Wallier J, Vibert S, Berthoz S, Huas C, Hubert T, Godart N. Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2009; 42: 639-647.
14. Treasure J, Bauer B. Assessment and motivation. W: Treasure J, Schmidt U, van Furth E. red. *Handbook of eating disorders.* Second Edition. West Sussex, England: John Wiley and Sons Ltd.; 2003. s. 219-231.
15. Brytek A. Objawy depresji i lęku u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. *Psychoterapia.* 2006; 138(3): 43-53.
16. Vitousek K, Watson S, Wilson T. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 1998; 18(4): 391-420.

Wpłynęło: 29.12.2010. Zrecenzowano: 03.03.2011. Przyjęto: 29.07.2011.

*Adres: dr n.med. Paweł Sala, Klinika Nerwic, Instytut Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, Tel. 22-4582700, e-mail: sala@ipin.edu.pl*