

POZIOM LĘKU I DEPRESJI WŚRÓD PACJENTÓW ODDZIAŁU LECZENIA OTYŁOŚCI

LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION AMONG OBESITY CLINIC INPATIENTS

Małgorzata Obara-Gołębiowska^{1,2}, Małgorzata Pietrzykowska³, Andrzej Molisz³, Katarzyna Nowicka-Sauer³

¹ Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

² Oddział Leczenia Otyłości, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

³ Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Medycyny Rodzinnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.25>

STRESZCZENIE

Wstęp. Otyłość wraz z zaburzeniami depresyjnymi są uznawane za jedno z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Współwystępowanie zaburzeń depresyjno-lękowych z otyłością utrudnia proces redukcji masy ciała.

Cel. Cele pracy to ocena poziomu depresji i lęku oraz analiza związku badanych zmiennych ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) oraz czynnikami socjodemograficznymi wśród pacjentów przebywających na Oddziale Leczenia Otyłości.

Materiał. W badaniu wzięło udział 82 pacjentów (79,3% kobiet i 20,7% mężczyzn). Średni wiek wyniósł 51,7 roku (SD = 12,2; zakres: 24–69 lat). Średni wskaźnik masy ciała (BMI) wyniósł 35,6 (SD = 5,53; zakres: 25–54,4).

Metody. W badaniu zastosowano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS).

Wyniki. W badanej grupie pacjentów 67,1% (55) osób uzyskało liczbę punktów wskazującą na podwyższony poziom lęku i/lub depresji. Podwyższony poziom lęku zaobserwowano u 41,5% badanych (34 osoby), u 15 osób (18,3%) zanotowano poziom lęku na poziomie patologicznym. Podwyższony poziom depresji zanotowano wśród 25,6% (21 osób), patologiczne nasilenie objawów depresyjnych wystąpiło u 11% badanych (9 osób). Wśród 9 osób z patologicznym poziomem depresji 7 badanych (77,8%) wykazało także patologiczny poziom lęku. Nie zanotowano istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem depresji i lęku a wartością wskaźnika BMI, wiekiem, płcią, wykształceniem oraz stanem cywilnym badanych.

Wnioski.

1. Podwyższone wskaźniki depresji lub/i lęku okazały się powszechne w grupie badanych pacjentów z nadwagą i otyłością.
2. Poziom depresji i lęku w badanej grupie nie był uwarunkowany zmiennymi socjodemograficznymi ani wskaźnikiem BMI.
3. Diagnoza oraz pomoc psychologiczna, a w niektórych przypadkach także interwencja psychiatryczna powinny być istotnymi elementami wspomagającymi leczenie nadwagi i otyłości.

Słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, lęk, depresja, Szpitalna Skala Lęku i Depresji.

ABSTRACT

Introduction. Obesity along with depressive disorders are the most common diseases of affluence. The coexistence of depressive-anxiety disorders with the obesity disturbs the process of body mass reduction.

Aim. To assess depression and anxiety levels and relationship between the studied variables and body mass index (BMI) and socio-demographic factors in Obesity Clinic patients.

Material. The study included 82 patients (79.3% females and 20.7% males). The mean age was 51.7 (SD = 12.2; range: 24–69 years). The mean body mass index (BMI) was 35.6 (SD = 5.53; range: 25–54.4).

Methods. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used.

Results. In the studied group of patients 67.1% (55 persons) got the number of points pointing at increased level of anxiety and/or depression. The increased level of anxiety was observed in 41.5% (34) persons, 15 persons (18.3%) demonstrated the pathological level of anxiety. The increased level of depression was noted in 25.6% (21 persons), the pathological level of depressive symptoms appeared in 11% (9 persons). Among 9 patients with pathological level of depression 7 patients (77.8%) also reported pathological anxiety. No significant relationship was noted between the levels of depression and anxiety and BMI, sex, education level and marital status.

Conclusions.

1. Increased levels of depression or/and anxiety turned out to be common in the group of examined patients.
2. The levels of depression and anxiety was not related to socio-demographic variables and BMI.
3. The psychological diagnosis and therapy and in some cases psychiatric intervention should be important components of treatment of overweight and obesity.

Keywords: overweight, obesity, anxiety, depression, Hospital Anxiety and Depression Scale.

Wstęp

Badania poświęcone analizie związku depresji i lęku z podwyższoną masą ciała dowiodły, że mogą one mieć wspólne biologiczne podłoże [1]. Jest ono związane z rozregulowaniem czynności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza oraz nieprawidłowościami ośrodkowego przekazywania serotonergicznego, noradrenergicznego oraz dopaminergicznego [2]. Zauważono, że stosunkowo często otyłość stanowi kliniczną manifestację depresji związanej ze zwiększeniem łaknienia, objadaniem się, zmniejszeniem aktywności fizycznej, a co za tym idzie – wzrostem masy ciała [3]. Coraz częściej uważa się, że depresja, której towarzyszy nadmierne łaknienie, jest jednym z elementów spektrum zaburzeń dwubiegunowych [5]. Doniesienia naukowe pokazują, że średnia częstość występowania depresji wśród osób korzystających ze specjalistycznej terapii otyłości wynosi 32% [4]. Z kolei analiza badawcza Kendlera i wsp. [6] pokazała trzy etiologicznie zróżnicowane zespoły objawów depresyjnych w grupie 1029 otyłych par bliźniaczek. Mianowicie u 28,9% par bliźniąt zdiagnozowano depresję atypową, u 6% – łagodną depresję typową, zaś 3,1% prezentowało objawy ciężkiej depresji typowej. Inne prace naukowe dodatkowo przedstawiają

różnice międzypleciowe w zakresie współwystępowania depresji i otyłości. Okazuje się, że otyłe kobiety są z reguły bardziej podatne na rozwój zaburzeń psychicznych niż otyli mężczyźni [7]. Również wiek jest czynnikiem różnicującym kobiety w zakresie jednoczesnego występowania u nich wysokiego BMI, depresji i lęku. Według badań Heo i wsp. [8] młode kobiety z wysoką masą ciała są znacznie bardziej narażone na zaburzenia depresyjno-lękowe niż starsze. Analiza danych pochodzących od 1794 osób wykazała związek depresji i otyłości u pacjentek poniżej 55. roku życia [4].

Wyniki longitudinalnych prac badawczych Hung-Yen i wsp. [9] podkreślają silny wzajemny związek otyłości oraz depresji. Pokazują one, że depresja zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju otyłości w przyszłości. Istnieje także zależność odwrotna, w której bycie otyłym wywołuje późniejszą depresję. Dodatkowo efektywna redukcja masy ciała okazuje się być czynnikiem obniżającym poziom depresji. Z kolei bycie depresyjnym utrudnia zmianę nawyków żywieniowych, a co za tym idzie – utratę kilogramów [9]. Zatem dokładne rozpoznanie współwystępowania tych problemów jest bardzo istotne w leczeniu nadwagi i otyłości.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej

Płeć	n (%)
kobiety	65 (79,3)
mężczyźni	17 (20,7)
Wykształcenie	
zawodowe	6 (7,3)
średnie	24 (29,3)
wyższe	52 (63,4)
Wiek (średnia 51,7; SD = 12,2)	
20–29 lat	5 (6,1)
30–39 lat	12 (14,6)
40–59 lat	16 (19,5)
50–59 lat	22 (26,8)
60 lat i powyżej	27 (33)
Stan cywilny (n = 81)	
zamężna/zonaty	54 (66,67)
po rozwodzie	9 (11,11)
wdowa/wdowiec	5 (6,17)
panna/kawaler	13 (16,05)
BMI (średnia 35,6; SD = 5,53)	
nadwaga (BMI: 25–29,9)	10 (12,2)
I stopień otyłości (BMI: 30–34,9)	32 (39,1)
II stopień otyłości (BMI: 35–39,9)	25 (30,4)
III stopień otyłości (BMI > 40)	15 (18,3)

Cel pracy

Celem badania była analiza poziomu depresji i lęku oraz ich współzależności ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) oraz danymi socjodemograficznymi w grupie pacjentów Oddziału Leczenia Otyłości.

Materiał i metody

Grupę badawczą stanowiło 82 pacjentów Oddziału Leczenia Otyłości, w tym 65 kobiet i 17 mężczyzn (odpowiednio: 79,3% i 20,7%). Średni wiek badanych wynosił 51,7 roku (SD = 12,2; zakres: 24–69 lat). Średni wskaźnik masy ciała wynosił 35,3 (SD = 5,5; zakres: 25–54,4). Jedynie 4 pacjentów (4,9%) deklarowało wcześniejsze leczenie zaburzeń depresyjnych. Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w **tabeli 1**.

Zastosowanym narzędziem badawczym była Szpitalna Skala Lęku i Depresji (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS) [10, 11] w polskiej adaptacji de Walden-Gałużsko i Majkovicza [12]. Kwestionariusz służy do badania poziomu lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych. Składa się z 14 pytań, w tym 7 pozycji badających lęk i 7 pozycji odnoszących się do objawów depresyjnych. Czułość podskali depresji wynosi 90,0%, swoistość – 92,2%. Czułość podskali lęku wynosi 86,5%, swoistość – 94,9%, Współczynnika α Cronbacha dla podskali depresji wynosi 0,9, dla podskali lęku – 0,8 [13]. Odpowiedzi oceniane są według 4-stopniowej skali likertowskiej (0–3). W obu podskalach punkty są sumowane. Wyniki od 0 do 7 punktów wskazują na poziom lęku i/lub depresji w zakresie normy, od 8 do 10 – wynik graniczny, natomiast wynik 11 punktów i powyżej wskazuje na patologiczny poziom mierzonych zmiennych.

Wszyscy pacjenci wyrazili zgodę na udział w badaniu. Na jego przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Analiza statystyczna

Do analizy otrzymanych wyników wykorzystano program statystyczny SPSS 22 oraz STATISTICA v. 12. Normalność rozkładu badanych zmiennych zweryfikowano za pomocą

testu Shapiro-Wilka. Dla celów szczegółowych analiz zastosowano test ANOVA rang Kruskalla-Wallisa, test serii Walda-Wolfowitz, test U-Manna Whithneya oraz test χ^2 . Siłę korelacji analizowano za pomocą testu rang Spearmana. Dla wszystkich analiz przyjęto poziom istotności $\alpha \leq 0,05$.

Wyniki

Ogółem w badanej grupie pacjentów ($n = 82$) 67,1% badanych (55 osób) uzyskało liczbę punktów wskazującą na poziom depresji i/lub lęku powyżej normy (powyżej 7 punktów). Podwyższony poziom depresji zanotowano u 25,6% pacjentów (21 osób), patologiczne nasilenie objawów depresyjnych wystąpiło u 11% badanych (9 osób). Podwyższony poziom lęku zaobserwowano u 41,5% badanych (34 osób), lęk na poziomie patologicznym – u 18,3% (15 osób). Wyniki prezentuje **tabela 2**. Stwierdzono także, iż 44,1% (15 osób) spośród 34 o podwyższonym poziomie lęku osiągnęło wynik wskazujący na jego nasilenie patologiczne oraz iż spośród 21 osób z podwyższonym poziomem depresji 42,9% osiągnęło wynik patologiczny.

W grupie 15 osób z patologicznym poziomem lęku u 73,3% (11 badanych) zaobserwowano także podwyższony poziom depresji, u 46,7% (7 osób) – patologiczny poziom depresji. Wśród 9 osób z patologicznym poziomem depresji tylko u 1 (11,1%) zanotowano poziom lęku w normie, zaś u 7 badanych (77,8%) zanotowano lęk na poziomie patologicznym.

Analiza związków poziomu depresji i lęku ze zmiennymi socjodemograficznymi ujawniła, iż poziom depresji i lęku nie różnicował istotnie statystycznie kobiet i mężczyzn, osób z różnym poziomem wykształcenia oraz osób pozostających w związkach i samotnych. Wyniki prezentuje **tabela 3**.

Dodatkowo przeprowadzono analizę porównawczą wartości wskaźnika BMI pomiędzy grupami osób z podwyższonym poziomem lęku i poziomem lęku w normie oraz pomiędzy grupami z podwyższonym poziomem depresji a grupą osób z depresją w normie. Analiza ta nie

Tabela 2. Liczba i odsetek pacjentów w poszczególnych kategoriach diagnostycznych podskali depresji i lęku w badanej grupie pacjentów ($n = 82$)

Kategoria	Depresja n (%)	Lęk n (%)
norma	61 (74,4)	48 (58,5)
powyżej normy (pow. 7 pkt.)	21 (25,6)	34 (41,5)
poziom graniczny (od 8 do 10 pkt.)	12 (14,6)	19 (23,2)
poziom patologiczny (11 pkt. i pow.)	9 (11,0)	15 (18,3)

ujawniła istotnych statystycznie różnic (odpowiednio: $p = 0,119$ oraz $p = 0,805$).

Analiza korelacji również ujawniła brak związku poziomu depresji z wiekiem ($R = 0,060$; $p = 0,591$) oraz BMI ($R = 0,056$; $p = 0,620$). Nieistotny okazał się także związek poziomu lęku z badanymi zmiennymi (wiek: $R = 0,028$; $p = 0,805$; BMI: $R = 0,140$; $p = 0,210$).

Dyskusja

Obecnie rzeczywistość wymusza na człowieku, aby był efektywny, twórczy, przedsiębiorczy, zaś wykładnikiem wartości, zwłaszcza w przypadku kobiet, jest często wygląd. Sytuacja ta stanowi dla wielu ludzi zbyt trudne wyzwanie, które staje się źródłem chronicznego stresu. Jego następstwem bywają zaburzenia psychiczne oraz przyrost masy ciała, mające niejednokrotnie wspólne biologiczne podłoże [2]. Tak więc nie bez powodu Światowa Organizacja Zdrowia uznała otyłość i depresję za jedno z najpowszechniejszych i najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych XXI wieku [12, 14]. Współwystępowanie nadmiaru kilogramów z problemami depresyjnymi i lękowymi zostało przedstawione w licznych pracach naukowych [9, 12, 14]. Również wyniki zaprezentowanego badania własnego wykonanego na Oddziale Leczenia Otyłości potwierdziły zaobserwowany przez innych autorów związek pomiędzy nadwagą lub otyłością a depresją i/lub lękiem. Okazało się, że w badanej grupie pacjentów ponad połowa uzyskała wynik świadczący o podwyższonym poziomie lęku i/lub depresji, przy czym zjawisko nasilonych objawów lękowych było częstsze niż objawów depresyjnych. Wynik sugerujący występowanie zaburzeń depresyjnych oraz konieczność interwencji terapeutycznej uzyskało 11%

osób z badanej grupy pacjentów z nadwagą bądź otyłością, zaś patologiczny poziom lęku, sugerujący potrzebę oddziaływań terapeutycznych, zanotowano u 18,3% pacjentów. Podobny odsetek osób otyłych (7,3%), szukających pomocy terapeutycznej, u których zdiagnozowano epizod depresyjny, zanotowali także Hung-Yen i wsp. [9]. W cytowanym badaniu różnego typu zaburzenia nastroju zanotowano u 27,1% badanych, przy czym najczęstszym zaburzeniem była dystymia, zaś zaburzenia lękowe stwierdzono u 18,2% osób. Wyniki obu badań, choć odmiennych metodologicznie, wydają się korespondować ze sobą.

Również analiza wyników otrzymanych przez Oyekcin i wsp. [15] pokazuje, że zaburzenia depresyjne oraz lękowe są jednymi z najczęstszych problemów psychicznych pojawiających się wśród osób otyłych. Autorzy ci sugerują, że może to być następstwem psychospołecznych następstw posiadania podwyższonej masy ciała.

Należy podkreślić, iż niniejszym badaniem objęto osoby, które dobrowolnie wzięły udział w płatnym turnusie w Oddziale Leczenia Otyłości, a ten fakt wydaje się pozostawać nie bez wpływu na uzyskane wyniki. W poprzednim naszym badaniu prowadzonym wśród otyłych pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej odsetek osób ze wstępnym rozpoznaniem zaburzeń lękowych i/lub depresyjnych był niższy i wyniósł 17,4% [16]. Ciekawym kierunkiem dalszych badań byłaby zatem analiza porównawcza częstości występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych wśród osób otyłych poszukujących i nieposzukujących pomocy terapeutycznej.

W badanej grupie osób z otyłością nie zanotowano różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie poziomu

Tabela 3. Poziom depresji i lęku w zależności od czynników socjodemograficznych

	Poziom depresji*	p	Poziom lęku*	p
Płeć				
kobiety	4,00 (0; 15)	0,486	6 (0; 18)	0,988
mężczyźni	4,00 (0; 10)		7 (0; 14)	
Wykształcenie				
zawodowe	5 (1; 8)	0,680	8,5 (5;12)	0,382
średnie	4 (0; 13)		5,5 (0; 15)	
wyższe	4 (0; 15)		6,5 (0; 18)	
Stan cywilny				
zamężna/żonaty	4 (0; 15)	0,964	7 (2; 18)	0,862
po rozwodzie	3 (0; 12)		3 (0; 14)	
wdowa/wdowiec	8 (0; 10)		8 (1; 11)	
panna/kawaler	4 (0; 12)		6 (0; 15)	

* Wyniki przedstawione za pomocą mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej (min.; maks.)

depresji i lęku. W cytowanym już badaniu Hung-Yen i wsp. [9] zaobserwowali dysproporcje w częstotliwości zaburzeń depresyjnych pomiędzy kobietami i mężczyznami, zaś zaburzenia lękowe występowały z identyczną niemal częstotliwością u obu płci. Nasze wyniki należy interpretować z dużą ostrożnością, jako że w badanej grupie pacjentów Oddziału Leczenia Otyłości kobiety stanowiły znaczącą większość (79,3%). Tak wysoka przewaga kobiet wśród naszych pacjentów może być spowodowana częstszą opinią o stygmatyzacji otyłości i częstszym podejmowaniem działań zmierzających do redukcji masy ciała przez kobiety. Badania wskazują także, iż to właśnie kobiety charakteryzuje wyższa świadomość posiadania nadwagi i otyłości [8, 17].

Wnioski wytykające z zaprezentowanego badania mają znaczenie dla praktyki klinicznej w leczeniu otyłości. Osoby z nadwagą lub otyłością powinny otrzymywać wsparcie psychologiczne w trakcie kuracji odchudzających ze względu na często podwyższony w ich grupie poziom lęku i/lub depresji. Dodatkowo należy zwracać uwagę na pacjentów, u których poziom lęku i/lub depresji jest na poziomie patologicznym, bowiem mogą oni wymagać interwencji farmakologicznej oraz kontynuacji oddziaływań psychoterapeutycznych po opuszczeniu oddziału. Zapewne jest to także grupa szczególnie narażona na niepowodzenia w zakresie zmiany nawyków żywieniowych. Jak wiadomo, kondycja psychiczna jest czynnikiem determinującym skuteczność oraz trwałość zmiany stylu życia powiązanej z celem, którym jest redukcja masy ciała [14, 16].

Wnioski

1. Podwyższone wskaźniki depresji lub/i lęku okazały się powszechne w grupie badanych pacjentów z nadwagą i otyłością.
2. Poziom depresji i lęku w badanej grupie nie był uwarunkowany zmiennymi socjodemograficznymi ani wskaźnikiem BMI.
3. Diagnoza oraz pomoc psychologiczna, a w niektórych przypadkach także interwencja psychiatryczna powinny być istotnymi elementami wspomagającymi leczenie nadwagi i otyłości.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Bornstein SR, Schuppenies A, Wong ML et al. Approaching the shared biology of obesity and depression: the stress axis

- as the locus of gene-environment interactions. *Mol Psychiatry*. 2006;11:892–902.
2. Vreeburg SA, Hoogendijk WJ, Van Pelt J. Major depressive disorder and hypothalamic pituitary-adrenal axis activity. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:617–626.
 3. Rosmond R. Obesity and depression: same disease, different names? *Med Hypotheses*. 2004;62:976–979.
 4. McElroy SL, Kotwa R, Malhotra S et al. Are Mood Disorders and Obesity Related? A Review for the Mental Health Professional. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:634–651.
 5. Smith DJ, Ghaemi SN. Hypomania in clinical practice. *Adv Psychiatr Treat*. 2006;12:110–120.
 6. Kendler KS, Eaves LJ, Walters EE et al. The identification and validation of distinct depressive syndromes in a populationbased sample of female twins. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:391–399.
 7. Claesson IM, Josefsson A, Sydsjo G. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. *BMC Public Health*. 2010;10:766.
 8. Heo M, Pietrobello A, Fontaine KR et al. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *Int J Obesity*. 2006;30:513–519.
 9. Hung-Yen L, Chih-Kun H, Chi-Ming T et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):1–8.
 10. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–370.
 11. Majkovicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. W: De Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny; 2000. 21–42.
 12. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 2004.
 13. Wichowicz HM, Wieczorek D. Badanie przesiewowe depresji poudarowej z użyciem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psychiatr Pol*. 2011;36(4):505–514.
 14. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S et al. Disability and treatment of specific mental disorders across the world. *Br J Psychiatry*. 2008;192:368–375.
 15. Oyekcin DG, Yildiz D, Şahin EM, Gür S. Depression and Anxiety in Obese Patients. *Tur J Endocrinol Metab*. 2011;15(4):121–124.
 16. Pietrzykowska M, Nowicka-Sauer K, Cwaliński T et al. Występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób z otyłością. *Fam Med Prim Care Rev*. 2014;16(2):146–147.
 17. Babińska Z, Bandosz P, Trzeciak BG et al. Świadomość posiadania nadwagi pierwszym krokiem w zapobieganiu otyłości i jej powikłaniom. *Fam Med Prim Care Rev*. 2006;8(3): 572–574.

Zaakceptowano do edycji: 2017-05-15
Zaakceptowano do publikacji: 2017-05-29

Adres do korespondencji:

Małgorzata Obara-Gołębiowska
Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
ul. Romana Prawocheńskiego 13, 10-725 Olsztyn
tel.: 89 524 62 29
e mail: malgorzata.obara@gmail.com