

Ida Zasada^{1,2}, Krzysztof M. Wilczyński^{1,2}, Anna Żmijowska^{1,2}, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

Jakość życia u chorych z jadłowstrętem psychicznym – badanie przeglądowe

Quality of life in anorexia nervosa patients – a review study

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wzrostu i Rozwoju, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiec, Polska

² Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sosnowiec, Polska

Adres do korespondencji: Lek. Ida Zasada, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, tel.: +48 505 080 321, e-mail: ida.zasada@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Zaburzenia odżywiania są jednostką kryterialną charakteryzującą się niewystarczającym lub nadmiernym wzorcem odżywiania czy też lękiem związanym z wyglądem własnego ciała. Jedną z ich postaci jest jadłowstręt psychiczny. Oprócz objawów psychicznych związanych między innymi z zaburzoną postrzeganiem własnego ciała charakterystyczne jest występowanie powikłań somatycznych wynikających ze znacznego ubytku wagi. W związku z faktem, że pomimo obniżenia obiektywnej jakości funkcjonowania osoby te rzadko poszukują pomocy lekarskiej, interesująca wydaje się ich subiektywna ocena jakości życia. **Cel:** Systematyczny przegląd piśmiennictwa dotyczącego badań na temat jakości życia u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. **Metoda:** Przegląd prac w języku polskim i angielskim z okresu ostatnich 5 lat (2013–2018), pozyskanych z elektronicznych baz MEDLINE/PubMed, Cochrane Library, Google Scholar, na podstawie słów kluczowych: „jadłowstręt psychiczny”, „zaburzenia odżywiania”, „jakość życia”, *anorexia nervosa*, *quality of life*, „QoL”, *eating disorders*, pojawiających się w tytułach oraz abstraktach. Wyżej wymienione bazy były przeglądane niezależnie przez każdego autora, a następnie wybrane publikacje zostały ze sobą zestawione w celu wykluczenia duplikatów. Ostatecznie do analizy włączono 25 publikacji, z czego 13 zostało poddanych szczegółowemu opracowaniu jako najbardziej zgodne z tematyką przeglądu. **Wnioski:** Badania wykazały niższą jakość życia u osób chorujących na jadłowstręt psychiczny. U osób, które podjęły leczenie, jakość życia może się poprawić, jednak i tak będzie niższa niż w populacji ogólnej, mimo remisji choroby.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, zaburzenia odżywiania, jakość życia

Abstract

Introduction: An eating disorder is a disease entity characterised by an inadequate or excessive eating pattern or anxiety over one's appearance. One of its possible forms is anorexia nervosa. Apart from the mental symptoms related to the distorted perception of one's own body, the hallmark of the condition is the presence of serious somatic complications caused by extreme weight loss. As the affected individuals rarely seek medical help despite an objective decline in overall functioning, it seems worthwhile investigating how they subjectively assess their own quality of life. **Aim:** To conduct a comprehensive review of studies investigating the quality of life of anorexia nervosa patients. **Method:** MEDLINE/PubMed, Cochrane Library and Google Scholar electronic repositories were searched for relevant studies in Polish and English published over the past 5 years (2013–2018), selected according to the use in titles and abstracts of the following keywords: “anorexia nervosa,” “eating disorders,” “quality of life,” “QoL” in Polish and English. The repositories were searched independently by each of the authors, and the selected publications were compared to exclude any duplicates. The review covered a total of 25 publications, out of which 13 were analysed in detail as best matches for this study. **Conclusions:** The reviewed studies demonstrated a deteriorated quality of life in patients suffering from anorexia nervosa. Patients who receive treatment may improve their quality of life, which, however, even in the case of remission has been found to remain lower than in the general population.

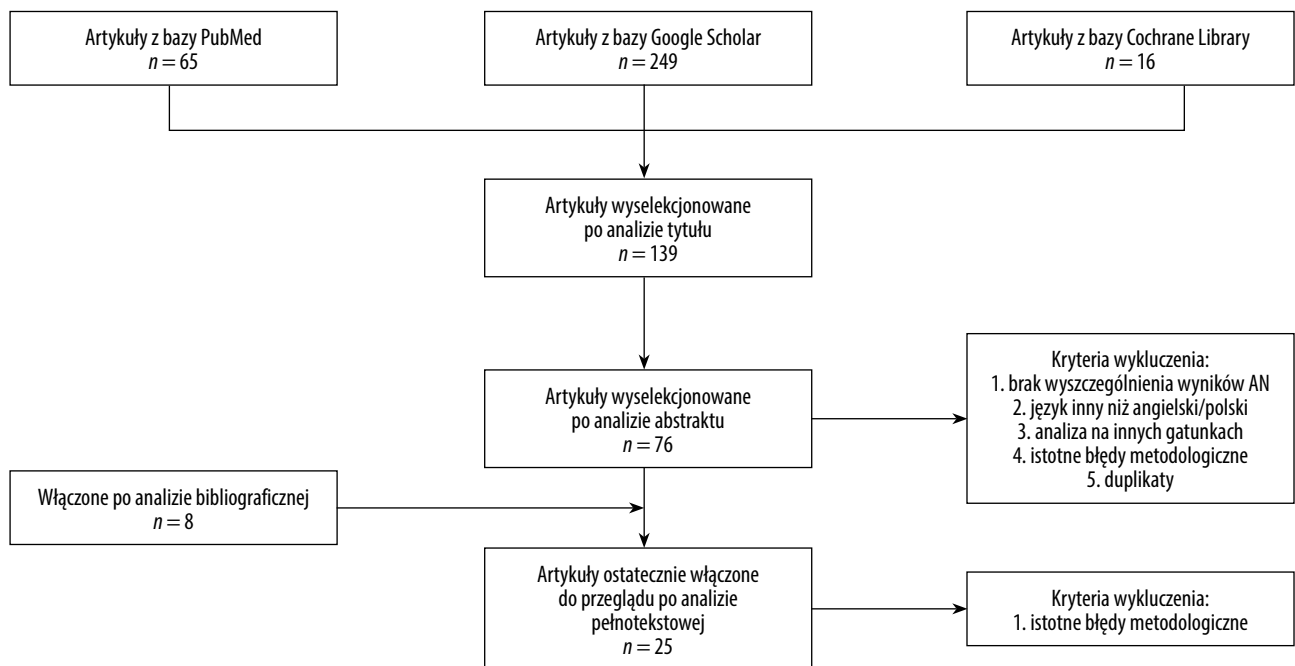
Keywords: anorexia nervosa, eating disorders, quality of life

WSTĘP

Zaburzenia odżywiania (*eating disorders*, ED) są jednostką kryterialną charakteryzującą się niewystarczającym bądź nadmiernym wzorcem odżywiania, lękiem związanym z wyglądem własnego ciała oraz zaburzonym jego postrzeganiem (Zipfel *et al.*, 2015). Jedną z postaci ED jest jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN). Jest to choroba charakteryzująca się działaniami ukierunkowanymi na zmniejszenie masy ciała, prowadzącymi do spadku jej wartości poniżej normy dla wieku i wzrostu, zaburzonym obrazem własnego ciała oraz zaburzającymi funkcjonowanie utrwalonymi obawami przed przytyciem. Konsekwencją są takie zachowania, jak przymusowe ważenie się, głodzenie (Nitsch *et al.*, 2012). Częstość występowania AN w ciągu całego życia wynosi od 1,2 do nawet 4% (Bulik *et al.*, 2006; Smink *et al.*, 2013). AN poza ww. objawami kryterialnymi towarzyszą liczne objawy somatyczne pochodzące z układów: sercowo-naczyniowego, pokarmowego, endokrynologicznego (Dobrzyńska i Rymaszewska, 2006). Często (50–75%) współwystępują zaburzenia lękowe oraz depresyjne (Pużyński *et al.*, 2011). AN to choroba o wysokim współczynniku umieralności (Crow *et al.*, 2009; Franko *et al.*, 2013), może mieć przewlekły charakter, a stan nawet 25% chorych może nie się nie poprawić pomimo leczenia. Powyższe informacje nasuwają podejrzenie, że jakość życia osób z AN będzie inna niż w populacji ogólnej. Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, zależne od indywidualnych celów i oczekiwań (WHOQOL Group, 1993).

METODA

Poniższe opracowanie jest analizą piśmiennictwa obejmującego prace z okresu ostatnich 5 lat (2013–2018) uzyskane w formie elektronicznej. Dokonano także przeglądu publikacji z lat wcześniejszych, jednakże przegląd systematyczny Sy i wsp. z 2013 roku był wyczerpującą analizą dostępnej wtedy literatury. Źródłem doniesień były elektroniczne bazy medyczne: MEDLINE/PubMed, Cochrane Library, Google Scholar. Artykuły zostały wyszukane na podstawie słów kluczowych: „jadłowstręt psychiczny”, „zaburzenia odżywiania”, „jakość życia”, *anorexia nervosa*, *quality of life*, „QoL”, *eating disorders*, pojawiających się w tytułach oraz abstraktach. Prace były wyszukiwane przez każdego autora osobno i poddane selekcji w trzech etapach. W pierwszym etapie autorzy osobno przeszukiwali ww. bazy i na podstawie tytułów i wstępnej analizy abstraktu oceniali, czy dane publikacje są zgodne z linią tematyczną przeglądu. W ten sposób wybrane artykuły zostały poddane dalszej selekcji na podstawie analizy abstraktu. Wykluczane były prace, w których nie wyszczególniano grupy osób z AN w analizie wyników, język był inny niż angielski/polski, badania przeprowadzono na innych gatunkach ssaków lub obecne były ewidentne błędy metodologiczne. Następnie włączone przez autorów doniesienia zostały ze sobą porównane celem wyłączenia duplikatów. Trzeci etap selekcji opierał się na pełnych tekstach zgromadzonych publikacji, zaś kryteriami wyłączenia były istotne błędy metodologiczne. Na tym etapie dokonano także analizy bibliografii zebranych prac i na jej podstawie zdecydowano o włączeniu kolejnych 8 publikacji do przeglądu. Finalnie autorzy



Ryc. 1. Procedura selekcji prac do przeglądu

Publikacja	Rodzaj	Zakres	Wyniki	Wnioski, komentarz
Ágh <i>et al.</i> , 2016	Przegląd systematyczny	Praca uwzględniała 69 publikacji, z czego 18 dotyczyło jakości życia związanej ze zdrowiem u osób z AN	Jakość życia osób z AN była znacząco niższa niż w populacji osób zdrowych. Wykazano, że AN wiązał się z dużym wskaźnikiem hospitalizacji oraz korzystania z opieki ambulatoryjnej i pomocy doraźnej w ramach np. SOR (szpitalny oddział ratunkowy)	W uwzględnionych badaniach wykorzystano 17 kwestionariuszy; najczęściej sięgano po SF-12 oraz SF-36. Część badań wykorzystywała pojedynczy kwestionariusz, inne porównywały kilka typów ankiet. Badania porównywały chorych z AN z populacją ogólną oraz poszczególne typy ED
Sy <i>et al.</i> , 2013	Przegląd systematyczny	23 publikacje	Jakość życia pacjentów z AN była niższa niż w populacji ogólnej oraz osób z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi, m.in. zaburzeniami nastroju, a także pacjentów z rozpoznanymi w przeszłości ED, obecnie w okresie remisji. Komponenty emocjonalne i społeczne były oceniane jako bardziej obniżone w stosunku do komponenty fizycznej	Przewlekłość zaburzenia, jego ciężkość i motywacja do zmiany były miarodajnymi wskaźnikami prognostycznymi zmian w jakości życia osób z AN. Zwrócono uwagę na fakt, że ogólne mierniki jakości życia mogły dawać mylne wyniki
Winkler <i>et al.</i> , 2014	Metaanaliza/przegląd systematyczny	Do analizy włączono 7 publikacji. Pacjenci z AN zostali włączeni do 5 badań ($n = 277$); średni wiek: 20,0–44,9 roku; BMI u pacjentów z AN: 15,4–22,6 kg/m ²	W przebiegu AN nie obserwowano istotnych różnic w zakresie jakości życia związanej z funkcjonowaniem i poczuciem bólu w porównaniu z populacją ogólną. Obserwowano istotnie niższe wyniki w zakresie jakości życia związanej ze stanem somatycznym, subiektywnym poczuciem zdrowia oraz stanem psychicznym. Ogólny wynik kwestionariusza SF-36 był istotnie niższy od normy obserwowanej w populacji ogólnej	Potwierdzono, że ogólna jakość życia u pacjentów z AN jest istotnie niższa niż w populacji ogólnej. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy AN a innymi ED
Linardon i Brennan, 2017	Metaanaliza	Do analizy zostały włączone 34 badania, w tym 23 RCT. W toku analizy wykluczono jeszcze 1 pozycję, finalnie analizując 33 prace. Autorzy oceniali jakość analizowanych publikacji: 17 z nich otrzymało ocenę przeciętną, 11 – dobrą, 6 – słabą	Porównywano wpływ CBT w różnych wariantach na jakość życia w AN. Wielkość efektu dla subiektywnej oceny jakości życia przed i po zastosowaniu terapii w grupie z AN wynosiła $g = 0,5$ (95% CI: 0,38–0,62; $p < 0,001$); dla dedykowanego kwestionariusza do oceny osób z ED wielkość efektu wynosiła $g = 0,55$ (95% CI: 0,42–0,69; $p < 0,001$). Efekt był istotnie większy przy zastosowaniu indywidualnej CBT w porównaniu z terapią grupową. Porównanie jakości życia przed leczeniem i w trakcie <i>follow-up</i> wykazało wielkość efektu $g = 0,81$ (95% CI: 0,63–0,99; $p < 0,001$); dla dedykowanego kwestionariusza wielkość efektu wynosiła $g = 0,52$ (95% CI: 0,27–0,77; $p < 0,001$)	Uzyskane wyniki wskazywały, że CBT wiązała się z przeciętną poprawą w zakresie jakości życia u pacjentów z AN. Równocześnie w porównaniu z innymi metodami terapii zastosowanie CBT jako jedyne przyniosło efekty Komentarz: należy pamiętać, że opisana metaanaliza jest oparta na względnie niewielkiej liczbie dobrej jakości publikacji RCT. Ograniczenie to uniemożliwiało także identyfikację domen kwestionariuszy jakości życia, których wyniki były najbardziej podatne na poprawę po CBT

SF-36 – Medical Outcomes Study (36-item) short form; **RCT** – randomizowane badanie kliniczne (*randomised controlled trial*); **95% CI** – 95-procentowy przedział ufności (*confidence interval*).

Tab. 1. Podsumowanie wybranych metaanaliz oraz prac przeglądowych

wspólnie wybrali 2 metaanalizy, 2 przeglądy systematyczne oraz 9 prac oryginalnych, z których wyodrębniono szczegółowe informacje, takie jak: autor, rok publikacji, badana populacja oraz wyniki badań. Zestawienie ww. publikacji zaprezentowano w tab. 1 i 2.

WYNIKI

Wyniki wybranych prac włączonych do przeglądu zostały streszczone i umieszczone w tabelach: wyniki metaanaliz oraz badań przeglądowych w tab. 1, natomiast wyniki badań oryginalnych – w tab. 2.

Podsumowanie wyników

Jakość życia jest subiektywną oceną pacjenta, dlatego badania w większości opierały się na danych z kwestionariuszy wypełnianych przez chorych. W wybranych do niniejszego przeglądu pracach autorzy korzystali zarówno z uniwersalnych kwestionariuszy dotyczących jakości życia,

jak i narzędzi skonstruowanych stricte dla pacjentów z ED. Autorzy częściej sięgali po kwestionariusze specyficzne dla ED (tab. 3). Mitchison i wsp. (2013) porównywali specyficzny dla ED kwestionariusz EDQOL (Eating Disorders Quality of Life Questionnaire) oraz ogólny HRQoL SF-12 [Medical Outcomes Study (12-item) short-form (SF-12)]. O ile EDQOL charakteryzował się silniejszą spójnością wewnętrzną oraz lepiej korelował ze wskaźnikami ciężkiego przebiegu choroby, o tyle niespecyficzny SF-12 lepiej korelował ze wskaźnikami upośledzenia funkcjonowania społecznego oraz lepiej prognozował zmiany zarówno w poziomie upośledzenia funkcjonowania społecznego, jak i ciężkości objawów w czasie. Sy i wsp. (2013) zwracają jednak uwagę, że ogólne mierniki jakości życia mogą dawać mylne wyniki. Jako przykład podają wzrost aktywności fizycznej, który w AN koreluje raczej z postępem choroby, a nie lepszym stanem zdrowia. Błędy te mogą wynikać z ograniczonego wglądu we własny stan somatyczny, bardzo często obserwowanego u osób z ED (Linardon i Brennan, 2017).

Lp.	Publikacja	Populacja	Wyniki	Metoda, komentarz
1	Martín <i>et al.</i> , 2017	n = 528; AN n = 260	Czynnikami predysponującymi do obniżonej jakości życia u pacjentów z AN były: leczenie lekami przeciwdepresyjnymi ($p = 0,009$), przyjmowanie substancji psychoaktywnych ($p = 0,03$), współtowarzyszące choroby organiczne ($p < 0,0001$)	Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariuszy: EAT-26, EDDS, HADS, SF-12, HeRQoLED-s
2	Pohjolainen <i>et al.</i> , 2016	n = 101; AN n = 47	Badanie wskazywało na znaczące obniżenie jakości życia pacjentów z AN przed rozpoczęciem leczenia. Po 8 latach jakość życia tych osób była nadal istotnie obniżona w stosunku do populacji ogólnej	Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariuszy 15D HRQoL oraz EDI, które pacjenci wypełniali przed rozpoczęciem i mniej więcej po 8 latach od rozpoczęcia leczenia
3	Weigel <i>et al.</i> , 2016	AN n = 218	Najbardziej niekorzystny wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia w przebiegu AN mają niski wskaźnik BMI, nasilone objawy depresyjne oraz liczne współistniejące skargi somatyczne	W badaniu wypełniano kwestionariusz EQ-VAS
4	Abbate-Daga <i>et al.</i> , 2014	AN n = 71	Jakość życia badanych osób była znacząco obniżona przy przyjęciu do szpitala i poprawiła się w momencie wypisu. Stwierdzono korelację pomiędzy jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia a obrazem klinicznym i profilem osobowościowym bez istotnej korelacji z wartościami BMI i wynikami CGI	Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariuszy EQ-5D, VAS, CGI, które pacjenci wypełniali na początku hospitalizacji oraz przy wypisie; ponadto po przyjęciu do szpitala wypełniali kwestionariusze SF-36, EDI-2, TCI
5	Ackard <i>et al.</i> , 2014	n = 195; AN n = 94	Remisja choroby wiązała się z poprawą jakości życia w aspektach psychologicznych, zdrowotnych/poznawczych, finansowych, a także szkolnych/zawodowych. Wskaźnik remisji zależał od zastosowanych kryteriów remisji. Jakość życia pacjentek w remisji choroby była wyższa niż pacjentek aktualnie chorujących i zbliżona do jakości życia osób zdrowych	W badaniu zastosowano kwestionariusze EDI-3SC, EDE-Q, EDDS, SF-36, EDQoL
6	Baiano <i>et al.</i> , 2014	n = 80; AN n = 33	Pacjenci z ED mieli niższą jakość życia niż osoby z populacji ogólnej. Jakość życia w poszczególnych rodzajach ED nie różni się znacząco	Wykorzystano kwestionariusz WHOQoL
7	Mason <i>et al.</i> , 2018	AN n = 82	Większa częstość zachowań restrykcyjnych i bulimicznych korelowała z niższą jakością życia osób z AN	Wykorzystano kwestionariusze EMA oraz EDQoL
8	Garcia <i>et al.</i> , 2017	n = 199; AN n = 88	Pacjenci z AN odznacali się niższą jakością życia. Autorzy jako przyczynę wskazywali zły obraz przeszłości oraz brak pozytywnych widoków na przyszłość. Wskazywali na potrzebę ukierunkowania oddziaływań terapeutycznych na wzmocnienie pozytywnych wspomnień i nauki czerpania przyjemności z teraźniejszych aspektów życia	Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariuszy Zimbardo Time Perspective Inventory, Ten Item Personality Inventory, Temporal Satisfaction with Life Scale
9	Young <i>et al.</i> , 2018	AN n = 78	Kompulsywne ćwiczenia były umiarkowanie związane z niższą jakością życia badanych. Autorzy wskazywali jednak, iż uwzględnienie tego aspektu w terapii może wpłynąć na zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny	W badaniu wykorzystano kwestionariusze EDE-Q, SF-12, K-10, Padua, EDQoL, ANSOCQ, CET

EAT-26 – Eating Attitudes Test-26; **EDDS** – Eating Disorder Diagnostic Scale; **HADS** – Hospital Anxiety and Depression Scale; **HeRQoLED-s** – Health-Related Quality of Life for Eating Disorders Questionnaire – short form; **HRQoL** – health-related quality of life; **EDI** – Eating Disorder Inventory; **EQ-VAS** – visual analog scale of the EQ-5D-3L; **CGI** – Clinical Global Impression; **EDI-2** – Eating Disorder Inventory-2; **TCI** – Temperament and Character Inventory; **EDI-3SC** – Eating Disorder Inventory-3 Symptom Checklist; **EDE-Q** – Eating Disorders Examination Questionnaire; **EDQoL** – Eating Disorders Quality of Life; **WHOQoL** – World Health Organization Quality of Life; **EMA** – Ecological Momentary Assessment; **K-10** – Kessler-10 item distress scale; **Padua** – Padua Inventory; **ANSOCQ** – Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire; **CET** – Compulsive Exercise Test.

Tab. 2. Podsumowanie wybranych prac oryginalnych

Autorzy prac wybranych do niniejszego przeglądu systematycznego przedstawili wyniki, które zgodnie wskazują na znacznie obniżoną jakość życia u osób z AN przed rozpoczęciem leczenia. Jest to o tyle interesujące, że większość osób z AN [67–83% (Hart *et al.*, 2011)] nie szuka pomocy lekarskiej, co mogłoby wskazywać na względnie wysoką subiektywną jakość życia. Zjawisko to jest jednak zdeterminowane psychopatologią AN – brakiem krytycyzmu i poczucia choroby oraz zaburzonym obrazem własnego ciała. Z podobnych założeń wyszli Sy i wsp. (2013). Z badań wynika, że około 50% przypadków AN nie jest rozpoznawanych przez system opieki zdrowotnej (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007), a jedynie 1/3 jest objęta opieką specjalistyczną (Hoek i van Hoeken, 2003). Niski poziom jakości życia w momencie rozpoczęcia leczenia najczęściej wynika ze znaczącego pogorszenia się stanu somatycznego, co może stanowić bodziec do uzyskania powierzchownego krytycyzmu wobec swojego stanu zdrowia, a co za tym idzie – do podjęcia leczenia. Tezę tę wydają się potwierdzać m.in. wyniki badania Weigel i wsp. (2016), według których najistotniejszymi czynnikami negatywnie wpływającymi

na jakość życia w AN są niski wskaźnik masy ciała (*body mass index*, BMI), objawy depresyjne oraz liczne współistniejące skargi somatyczne. Badania wykazywały poprawę jakości życia w przypadku podjęcia leczenia. Ackard i wsp. (2014) stwierdzili, że jakość życia pacjentek w remisji jest porównywalna z jakością życia osób zdrowych. Odmienne wyniki uzyskali

Kwestionariusz	Publikacje	Zakres liczebności grup (AN n)
EDDS	Martín <i>et al.</i> , 2017 Ackard <i>et al.</i> , 2014	94–260
EDQoL	Ackard <i>et al.</i> , 2014 Mason <i>et al.</i> , 2018 Young <i>et al.</i> , 2018	78–94
SF-12	Martín <i>et al.</i> , 2017 Young <i>et al.</i> , 2018	78–260
EQ-VAS	Abbate-Daga <i>et al.</i> , 2014 Weigel <i>et al.</i> , 2016	71–218
SF-36	Abbate-Daga <i>et al.</i> , 2014 Ackard <i>et al.</i> , 2014	71–94

Tab. 3. Kwestionariusze najczęściej wybierane przez autorów prac

Pohjolainen i wsp. (2016), odnotowując, że co prawda jakość życia chorych po leczeniu wzrasta, jest jednak nadal znacząco niższa niż populacji ogólnej. Badania Areemit i wsp. (2010) oraz de la Rie i wsp. (2005) wskazują ponadto, że osoby najbliższe pacjentowi z ED – rodzeństwo i rodzice – także oceniają swoją jakość życia jako gorszą.

Jedyną metodą terapii o wykazanej w literaturze istotnej statystycznie skuteczności w podnoszeniu jakości życia osób z ED jest terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioural therapy*, CBT). Według Linardona i Brennan (2017) obserwowane wielkości efektu dla różnicy pomiędzy jakością życia przed i po leczeniu wynoszą około 0,5 (g), co wskazuje na przeciętną siłę efektu terapii. Wydaje się, iż spośród różnych metod CBT najskuteczniejsza jest terapia indywidualna, następnie grupowa, a najslabszy efekt wiązać można z terapią samopomocową (Linardon i Brennan, 2017). Niewątpliwą zaletą prezentowanego przeglądu jest fakt, że bazy danych były przeszukiwane niezależnie przez wszystkich autorów, co minimalizowało ryzyko pominięcia istotnych publikacji. Jednakże pomimo precyzyjnej selekcji artykułów należy pamiętać, że większość analizowanych badań oryginalnych, na których opierają się również ujęte w naszym badaniu przeglądy literatury i metaanalizy, jest oparta na badaniach kwestionariuszowych. Subiektywna natura tego typu narzędzi sprawia, że są one podatne na manipulację ze strony osoby badanej, co może odgrywać istotną rolę zwłaszcza w grupach klinicznych wykazujących tendencję do dysymulacji.

WNIOSKI

Systematyczny przegląd publikacji z okresu ostatnich 5 lat dotyczący badania jakości życia u osób chorujących na jadłowstręt psychiczny zgodnie wskazywał na wyraźne jej obniżenie w momencie podejmowania leczenia. Badania opierały się na kwestionariuszach badających ogólną jakość życia oraz ankietach specyficznych dla zaburzeń odżywiania. Analizowane prace wykazały, iż podjęcie leczenia wpływa pozytywnie na jakość życia, jednak nawet po kilku latach od zakończenia terapii i utrzymywania się remisji jakość życia może być nadal niższa niż w populacji ogólnej.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

Abbate-Daga G, Facchini F, Marzola E et al.: Health-related quality of life in adult inpatients affected by anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22: 285–291.

Ackard DM, Richter SA, Egan AM et al.: What does remission tell us about women with eating disorders? Investigating applications of various remission definitions and their associations with quality of life. *J Psychosom Res* 2014; 76: 12–18.

Ágh T, Kovács G, Supina D et al.: A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2016; 21: 353–364.

Areemit RS, Katzman DK, Pinhas L et al.: The experience of siblings of adolescents with eating disorders. *J Adolesc Health* 2010; 46: 569–576.

Baiano M, Salvo P, Righetti P et al.: Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study and a comprehensive review. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 165.

Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F et al.: Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 305–312.

Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA et al.: Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1342–1346.

de la Rie SM, van Furth EF, De Koning A et al.: The quality of life of family caregivers of eating disorder patients. *Eat Disord* 2005; 13: 345–351.

Dobrzyńska E, Rymaszewska J: Jadłowstręt psychiczny – ciągłe wyzwanie dla współczesnej medycyny. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2006; 4: 165–170.

Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT et al.: A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 917–925.

Garcia D, Granjard A, Lundblad S et al.: A dark past, a restrained present, and an apocalyptic future: time perspective, personality, and life satisfaction among anorexia nervosa patients. *PeerJ* 2017; 5: e3801.

Hart LM, Granillo MT, Jorm AF et al.: Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 727–735.

Hoek HW, van Hoeken D: Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383–396.

Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES et al.: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1259–1265.

Linardon J, Brennan L: The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2017; 50: 715–730.

Martín J, Padierna A, Loroño A et al.: Predictors of quality of life in patients with eating disorders. *Eur Psychiatry* 2017; 45: 182–189.

Mason TB, Wonderlich SA, Crosby RD et al.: Associations among eating disorder behaviors and eating disorder quality of life in adult women with anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 2018; 267: 108–111.

Mitchison D, Hay P, Engel S et al.: Assessment of quality of life in people with severe and enduring anorexia nervosa: a comparison of generic and specific instruments. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 284.

Nitsch K, Prajs E, Kurpisz J et al.: Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatr Psychol Klin* 2012; 12: 176–182.

Pohjolainen V, Koponen S, Räsänen P et al.: Long-term health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res* 2016; 25: 2341–2346.

Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria. Tom 2: Psychiatria kliniczna*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.

Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW: Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 543–548.

Sy R, Ponton K, De Marco P et al.: Quality of life in anorexia nervosa: a review of the literature. *Eat Disord* 2013; 21: 206–222.

Weigel A, König HH, Gumz A et al.: Correlates of health related quality of life in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016; 49: 630–634.

WHOQOL Group: Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2: 153–159.

Winkler LA, Christiansen E, Lichtenstein MB et al.: Quality of life in eating disorders: a meta-analysis. *Psychiatry Res* 2014; 219: 1–9.

Young S, Touyz S, Meyer C et al.: Relationships between compulsive exercise, quality of life, psychological distress and motivation to change in adults with anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2018; 6: 2.

Zipfel S, Giel KE, Bulik CM et al.: Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 1099–1111.