



Cechy indywidualne u pacjentek z poszczególnymi podtypami jadłowstrętu psychicznego

Individual traits in patients with different subtypes of anorexia nervosa

ANNA CWOJDZIŃSKA¹, FILIP RYBAKOWSKI²

Z: 1. Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (studentka)

2. Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej w Poznaniu

STRESZCZENIE

Cel. Celem badania była analiza różnic osobowościowych pomiędzy grupami pacjentek z poszczególnymi podtypami jadłowstrętu psychicznego i osób zdrowych.

Metody. Zbadano 109 pacjentek hospitalizowanych z powodu z jadłowstrętu psychicznego typu restrykcyjnego oraz 39 pacjentek z jadłowstrętem typu bulimicznego wg kryteriów ICD-10 i DSM-IV. Grupę kontrolną stanowiło 100 uczennic szkół średnich i studentek bez epizodu zaburzeń odżywiania w wywiadzie. Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu polskiej wersji kwestionariusza TCI Cloningera.

Wyniki. Wyniki badań potwierdzają istnienie różnic na poziomie wymiarów osobowości między osobami zdrowymi i chorymi na zaburzenia odżywiania, a także pomiędzy osobami z poszczególnymi podtypami jadłowstrętu psychicznego.

Wnioski. Różnice cech osobowości pomiędzy osobami badanymi mogą mieć znaczenie etiopatogenetyczne.

SUMMARY

Background. The aim of the study was to analyse differences in personality traits, both intergroup, i.e. when comparing anorexic patients with healthy controls, and between patient groups with various subtypes of anorexia nervosa.

Methods. The study group included 109 female patients hospitalised for anorexia nervosa of the restrictive type and 39 patients with anorexia of the bulimic type diagnosed by the ICD-10 and DSM-IV criteria. The control group consisted of 100 females, high school or college students, with no history of eating disorders. The TCI questionnaire by Cloninger in a Polish adaptation was used in the study.

Results. Differences at the level of personality dimensions were found both between healthy controls and patients with eating disorders, and between patients with various subtypes of anorexia nervosa.

Conclusions. The differences in personality traits found in the study may be of importance as regards etiopathogenesis of eating disorders.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny / podtypy jadłowstrętu psychicznego / osobowość / TCI

Key words: anorexia / anorexia subtypes / personality / TCI

Wiele osób chorujących na zaburzenia psychiczne wykazuje zespoły specyficznych cech indywidualnych. Częste jest również współwystępowanie u tych samych pacjentów zaburzeń z kręgu zarówno osi I, jak i II wg klasyfikacji DSM-IV. Także w przypadku pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (JP) wyróżniono szereg charakterystyk indywidualnych, wśród których wymienia się m.in. takie, jak: negatywny perfekcjonizm, skłonności do zachowań obsesyjno-kompulsywnych [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], niska samoocena, poczucie braku efektywności, nasiloną potrzebę kontroli, sztywność myślenia, ograniczona spontaniczność, inicjatywa i ekspresja emocjonalna. Osoby cierpiące na typ bulimiczny (tzw. żarłoczno-wydalający) mogą mieć natomiast problemy z kontrolą impulsów, przejawiać większą labilność nastroju oraz skłonności do uzależnień (od alkoholu, nikotyny czy marihuany, ale także środków przeczyszczających [8]) i ryzykownych zachowań (np. seksualnych) [1]. Częste są wśród pacjentek także zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia osobowości typu narcystycznego i borderline, przy czym występują tu one częściej niż u cierpiących na inne zaburzenia z kręgu osi I [5, 7, 9, 10, 11, 12, 13].

Wiele z badań poświęconych cechom osobowości osób z zaburzeniami odżywiania zostało przeprowadzonych z użyciem Inwentarza Temperamentu i Charakteru (*Temperament and Character Inventory* – TCI) R.C. Cloningera.

Kwestionariusz ten oparty jest o psychobiologiczną teorię osobowości, która zakłada, że biologiczną bazę dla rozwoju cech osobowości stanowi temperament, który rozumieć można jako indywidualny zestaw zachowań, przejawianych na bodźce ze środowiska, uwarunkowany w dużej mierze genetycznie. Składają się na niego następujące wymiary (definicje za Hornowską [14]):

- *poszukiwanie nowości* – skłonność do aktywnego reagowania na nowe bodźce (zawiera cztery podwymiary: ciekawość poznawcza, impulsywność, ekstrawagancja i nieuporządkowanie),
- *unikanie szkody* – skłonność do hamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne (zawiera cztery podwymiary: pesymizm, lęk przed niepewnością, lęk społeczny, męczliwość i astenia),
- *uzależnienie od nagrody* – tendencja do podtrzymywania zachowania w odpowiedzi na pozytywne wzmocnienia

Tablica 1. Cechy antropologiczne

Grupa badawcza	Wiek		Waga (w kg)		Wzrost (w cm)		BMI	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
Grupa kontrolna	20,9	1,3	60	9,8	169	7,6	21,0	0,3
Anoreksja, postać restrykcyjna	17,3	0,3	42	5,1	164	6,5	15,7	0,3
Anoreksja, postać bulimiczna	18,3	0,3	41	8,2	163	5,8	15,2	0,3
Analiza wariancji	F (df = 2) (między grupami)		73,720		113,191		12,066	
	p (między grupami)		0,000		0,000		0,000	

(zawiera trzy podwymiary: sentymentalność, przywiązanie i zależność),

- *wytrwałość* – zdolność do samodzielnego podtrzymywania danego rodzaju aktywności (nie zawiera podwymiary).

Charakter kształtowany jest w trakcie rozwoju osobniczego i związany jest z właściwościami osoby oraz sposobem, w jaki postrzega ona samą siebie. Do wymiarów charakteru należą (definicje za Hornowską [14]):

- *samokierowanie* – zdolność człowieka do kontrolowania, regulowania i dostosowania własnego zachowania w celu adaptacji do sytuacji (zawiera pięć podwymiary: odpowiedzialność, celowość postępowania, zaradność, samoakceptacja i dobre nawyki),
- *skłonność do współpracy* – zdolność człowieka do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób (zawiera pięć podwymiary: tolerancja, empatia, gotowość do niesienia pomocy, wyrozumiałość i zintegrowane sumienie),
- *autotranscendencja* (zdolność do oderwania się od własnej osoby) – poczucie danej osoby, że jest ona częścią wszechświata, wymiar ten związany jest z duchowością (zawiera trzy podwymiary: kreatywne przekraczanie Ja, transpersonalna identyfikacja i akceptacja duchowości).

W badaniach pacjentek z jadłowstrętem psychicznym zaobserwowano, że wyniki uzyskiwane przez nie w kwestionariuszu TCI różnią się od uzyskiwanych przez osoby z grupy kontrolnej. Jako charakterystyczne dla osób z anoreksją podawane są podwyższone wyniki na wymiarze *unikania szkody* i obniżone na wymiarze *samokierowania* [15]. W niektórych doniesieniach pojawiają się informacje o dodatkowo obniżonym *poszukiwaniu nowości* i *skłonności do współpracy* [16] oraz podwyższonej *wytrwałości* [17], przy czym niezależnie od uzyskiwanych szczegółowych charakterystyk osoby cierpiące na odmianę restrykcyjną zaburzenia wykazywały najbardziej spójne zespoły cech.

Mimo szeroko zakrojonych badań z użyciem TCI, do tej pory opublikowano niewiele opracowań analizujących podobieństwa i różnice między badanymi grupami na poziomie poszczególnych podwymiary osobowości.

CEL

Celem badania było wzajemne porównanie osób z typem restrykcyjnym i bulimicznym jadłowstrętu psychicznego oraz zdrowych osób z grupy kontrolnej pod względem charakterystyk osobowościowych i temperamentalnych na poziomie głębszym niż zakładany przez dotychczasowe analizy – t.j. na poziomie podwymiary.

BADANE OSOBY

W skład badanej próby wchodziły pacjentki hospitalizowane z powodu jadłowstrętu psychicznego w Klinice Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Poznaniu. Rozpoznanie ustalono na podstawie kryteriów zawartych w ICD-10 [18] i DSM-IV [1]. W czasie badania pacjentki nie wykazywały objawów innych zaburzeń osi I (oprócz objawów depresyjnych) ani zaburzeń osobowości. Badaniem objęto 39 pacjentek z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego i 109 – typu restrykcyjnego. Grupa kontrolna została dobrana spośród uczennic szkół średnich i studentek, u których w wywiadzie nie odnotowano epizodu zaburzeń odżywiania. Liczebność grupy kontrolnej wynosiła 100 osób.

Średni wiek osób badanych to $17,3 \pm 0,3$ lat w przypadku grupy restrykcyjnej, $18,3 \pm 0,3$ w przypadku grupy bulimicznej i $20,9 \pm 0,1$ lat w przypadku grupy kontrolnej. Średnia wartość wskaźnika masy ciała (*body mass index*, BMI) wynosiła dla grup restrykcyjnej i bulimicznej, odpowiednio: $15,7 \pm 0,3$ i $15,2 \pm 0,3$, a dla grupy kontrolnej – $21,0 \pm 0,3$ (tabl. 1).

METODY

Osoby zostały poddane badaniu polską wersją kwestionariusza do badania osobowości TCI Cloningera, wymagającą ustosunkowania się (*tak/nie*) do twierdzeń odnoszących się do poszczególnych wymiarów osobowości – *poszukiwania nowości* (40 twierdzeń), *unikania szkody* (35 twierdzeń), *zależności od nagrody* (24 twierdzenia), *wytrwałości* (8 twierdzeń), *samokierowania* (44 twierdzenia), *skłonności do współpracy* (42 twierdzenia) i *autotranscendencji* (33 twierdzenia).

Analiza statystyczna dokonana została przy zastosowaniu analizy wariancji ANOVA, z testem *post-hoc* Tukeya.

WYNIKI

Analiza na poziomie pełnych wymiarów wykazała, że grupy kliniczne uzyskują wyższe wyniki w wymiarach *unikania szkody* i *wytrwałości*. W wymiarze *samokierowania* wyniki grup klinicznych są obniżone w stosunku do grupy kontrolnej, przy czym pacjentki z anoreksją typu bulimicznego uzyskują tu wyniki najniższe spośród wszystkich badanych grup. W wymiarze *autotranscendencji* pacjentki bulimiczne uzyskują wyniki wyższe niż pacjentki restryk-

Tablica 2. Średnie i odchylenia standardowe na poziomie pełnych wymiarów

Wymiary kwestionariusza TCI	Grupa kontrolna		Grupa bulimiczna		Grupa restrykcyjna		Analiza wariancji	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	F (df = 2)	p
Poszukiwanie nowości	19,6	6,6	20,0	4,7	17,4	5,5	3,505	0,032
Unikanie szkody	16,8	6,3	22,6	6,4	20,7	6,1	12,268	0,000
Zależność od nagrody	15,4	3,5	16,4	3,3	15,3	3,7	1,006	0,368
Wyrwałość	3,8	1,9	4,7	1,6	4,8	1,8	6,899	0,001
Samokierowanie	28,2	8,1	20,5	8,1	25,3	7,8	9,957	0,000
Skłonność do współpracy	32,6	5,4	30,9	7,4	33,1	6,5	1,361	0,259
Autotranscendencja	16,2	6,0	17,9	6,0	14,7	5,5	3,472	0,033

cyjne. Na poziomie wymiarów *poszukiwania nowości*, *zależności od nagrody* i *skłonności do współpracy* istotnych różnic nie stwierdzono (tabl. 2 i 3).

Na poziomie podwymiarów analiza ukazała statystycznie istotne różnice międzygrupowe m.in. w obrębie wymiarów, które w analizie skal głównych nie różnicowały grup. W obrębie wymiaru *poszukiwanie nowości* stwierdzono, że w podwymiarze *impulsywności* osoby z restrykcyjnym typem JP osiągają wyniki niższe niż grupa kontrolna, *ekstrawagancja* u osób z typem bulimicznym jest istotnie wyższa niż u restrykcyjnych, a w podwymiarze *nieuporządkowania* wyniki osób z typem bulimicznym są wyższe niż dwóch pozostałych badanych grup. Poziom *ciekawości poznawczej* nie różnicował grup.

W obrębie wymiaru *unikanie szkody* osoby z JP (niezależnie od typu) wykazywały podwyższony poziom *pesymizmu* oraz *męczliwości i astenii*; natomiast *lęk przed niepewnością* był w grupie o typie bulimicznym wyższy niż w grupie kontrolnej. Poziom *lęku społecznego* nie różnicował grup.

Zależność to jedyny podwymiar *zależności od nagrody*, w którym zaobserwowano istotne różnice międzygrupowe

– była ona podwyższona u osób z typem bulimicznym JP w stosunku do grupy kontrolnej. Na poziomie *sentymentalności* i *przywiązania* brak było istotnych różnic.

W obrębie *samokierowania* osoby z grup klinicznych uzyskały wyniki niższe w stosunku do grupy kontrolnej w podwymiarze *odpowiedzialności*, przy czym grupa osób o typie bulimicznym uzyskała wyniki najniższe spośród wszystkich badanych grup.

Celowość postępowania i *samoakceptacja* w grupie bulimicznej były istotnie niższe niż w grupie kontrolnej, a w podwymiarze *dobrych nawyków* niższe niż w grupie restrykcyjnej. W zakresie *zaradności* obie grupy kliniczne uzyskały wyniki obniżone.

W podwymiarach *skłonności do współpracy* istotnych różnic nie stwierdzono.

Zdolność do *kreatywnego przekraczania Ja*, wartość podwymiaru *autotranscendencji*, były niższe w grupie restrykcyjnej w stosunku do wyników grupy bulimicznej. W zakresie zdolności do *transpersonalnej identyfikacji* i *akceptacji duchowości* istotnych różnic międzygrupowych nie stwierdzono (tabl. 4 i 5).

Tablica 3. Istotność różnic międzygrupowych uzyskana na poziomie analizy pełnych wymiarów

Wymiar	Grupy porównywane	Test Tukeya (p)
Poszukiwanie nowości	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,947
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,056
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,103
Unikanie szkody	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,000
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,000
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,317
Zależność od nagrody	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,439
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,977
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,352
Wyrwałość	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,037
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,002
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,995
Samokierowanie	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,000
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,065
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,018
Skłonności do współpracy	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,404
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,880
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,230
Autotranscendencja	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,365
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,259
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,032

Tablica 4. Wartości średnich i odchyłeń standardowych uzyskane na poziomie podwymiarów

Wymiar	Podwymiar	Grupa kontrolna		Grupa bulimiczna		Grupa restrykcyjna		Analiza wariancji	
		średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	F (df = 2)	p
Poszukiwanie nowości	ciekawość poznawcza	6,11	2,61	5,33	1,77	5,58	2,56	1,633	0,198
	impulsywność	4,29	2,35	3,76	1,81	3,44	2,05	2,969	0,054
	ekstrawagancja	5,00	2,23	5,63	2,41	4,38	2,30	3,164	0,044
	nieuporządkowanie	4,22	2,04	5,30	2,02	4,02	1,78	4,396	0,014
Unikanie szkody	pesymizm	4,98	2,40	7,41	1,94	6,71	2,57	15,347	0
	lęk przed niepewnością	3,92	2,00	4,83	1,98	4,51	1,64	4,184	0,017
	lęk społeczny	4,17	1,82	4,93	1,99	4,66	1,58	2,975	0,053
	męczliwość i astenia	3,74	1,83	5,38	2,52	4,76	2,06	6,996	0,001
Zależność od nagrody	sentymentalność	6,84	2,14	7,58	2,22	7,02	2,26	1,545	0,216
	przywiązanie	5,32	1,68	4,72	1,90	4,61	1,99	2,932	0,056
	zależność	3,25	1,52	4,06	1,19	3,67	1,35	3,607	0,029
Wytrwałość		3,79	1,89	4,74	1,63	4,77	1,80	6,899	0,001
Samokierowanie	odpowiedzialność	5,87	1,98	3,93	2,43	4,81	2,07	11,044	0
	celowość postępowania	5,39	1,95	4,24	1,84	4,98	2,09	3,309	0,036
	zaradność	3,13	1,54	1,86	1,45	2,58	1,43	7,422	0,001
	samoakceptacja	5,89	3,64	4,41	2,35	5,35	2,51	2,915	0,057
	dobrze nawyki	7,93	1,97	6,03	2,44	7,54	2,20	9,380	0
Skłonność do współpracy	tolerancja	6,78	1,14	6,20	1,89	6,70	1,48	1,034	0,274
	empatia	5,56	1,47	4,89	1,34	5,25	1,54	0,916	0,402
	gotowość do niesienia pomocy	6,10	1,34	5,58	1,61	5,93	1,51	0,575	0,563
	wyrozumiałość	7,51	2,45	7,51	2,94	8,00	2,67	0,863	0,424
	zintegrowane sumienie	6,97	1,46	6,68	1,85	7,24	1,41	1,012	0,366
Autotranscendencja	kreatywne przekraczanie Ja	5,83	2,45	6,79	2,00	5,06	2,28	5,785	0,004
	transpersonalna identyfikacja	3,58	2,11	4,34	2,31	3,50	1,79	1,460	0,235
	akceptacja duchowości	6,78	2,66	6,79	2,96	6,14	2,62	0,635	0,531

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki badań potwierdzają występowanie różnic na poziomie wymiarów osobowości między osobami zdrowymi i chorymi na zaburzenia odżywiania. Osoby z grupy klinicznej uzyskują wyższe wyniki w wymiarach *unikania szkody* i *wytrwałości*. W wymiarze *samokierowania* wyniki grup klinicznych są obniżone w stosunku do grupy kontrolnej, przy czym pacjentki z JP o typie bulimicznym uzyskują tu wyniki najniższe spośród wszystkich badanych grup. W wymiarze *autotranscendencji* pacjentki bulimiczne uzyskują wyniki wyższe niż pacjentki restrykcyjne.

Na poziomie wymiarów *poszukiwania nowości*, *zależności od nagrody* i *skłonności do współpracy* istotnych różnic nie stwierdzono.

Rezultaty te są porównywalne z wynikami uzyskiwanymi w innych badaniach kwestionariuszem TCI [15, 16, 19], w tym w badaniach własnych [17]. Można założyć, że podwyższony poziom *unikania szkody*, który odpowiada wysokiemu nasileniu cechy neurotyczności jest czynnikiem predysponującym do wielu tzw. internalizacyjnych zaburzeń psychicznych, w tym do jadłowstrętu psychicznego [20, 21]. Natomiast wysoki poziom *wytrwałości* jest prawdopodobnie bardziej swoistą cechą JP i może odpowiadać takim cechom klinicznym tych pacjentek jak perfekcjonizm, obsesyjność, czy sztywność emocjonalna [22].

Analiza na poziomie podwymiarów wykazała istotne różnice w obrębie badanych grup. W zależności od przejawianego typu JP osoby badane uzyskiwały różne wyniki

– i tak osoby z JP typu restrykcyjnego uzyskiwały wyniki niższe w porównaniu z grupą kontrolną w takich podwymiarach jak: *impulsywność*, *odpowiedzialność* i *zaradność*, natomiast wyższe w podwymiarach *pesymizmu* oraz *męczliwości i astenii*.

Osoby z JP typu bulimicznego w porównaniu z grupą kontrolną uzyskiwały niższe wyniki we wszystkich podwymiarach *samokierowania*, natomiast wyższe w podwymiarach: *impulsywności*, *pesymizmu*, *lęku przed niepewnością*, *zależności* oraz *męczliwości i astenii*.

Zanotowano również istotne różnice między poszczególnymi grupami klinicznymi. Pacjentki o bulimicznej postaci JP osiągały wyniki wyższe od pacjentek restrykcyjnych w podwymiarach: *ekstrawagancji*, *nieuporządkowania* i *kreatywnego przekraczania Ja*, natomiast niższe – w podwymiarach *odpowiedzialności* i *dobrych nawyków*.

Prawdopodobnie, w tym przypadku cechy osobowości wykazują patoplastyczny wpływ na objawy zaburzeń psychicznych. W przypadku występowania takich cech temperamentu jak wysoki poziom *ekstrawagancji*, *nieuporządkowania*, *lęku przed niepewnością* oraz *zależności* obraz kliniczny zaburzenia może ewoluować w kierunku bulimicznej postaci JP, podczas gdy niski poziom *impulsywności* będzie zwiększał ryzyko wystąpienia restrykcyjnej postaci JP. Natomiast analizując wymiary charakteru, niskie poziomy *odpowiedzialności*, *celowości postępowania*, *samoakceptacji*, *dobrych nawyków*, a także wyższy poziom kreatywności będą zwiększały ryzyko wystąpienia bulimicznej postaci JP. Należy zwrócić uwagę, że podobnie jak w innych

Tablica 5. Istotne różnice międzygrupowe uzyskane na poziomie analizy podwymiarów

Wymiar	Podwymiar	Grupy porównywane	Test Tukeya (p)
Poszukiwanie nowości	impulsywność	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,446
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,044
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,829
	ekstrawagancja	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,37
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,309
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,041
nieuporządkowanie	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,021	
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,989	
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,015	
Unikanie szkody	pesymizm	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,366
	lęk przed niepewnością	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,026
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,082
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,565
męczliwość i astenia	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,003	
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,016	
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,403	
Zależność od nagrody	zależność	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,028
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,222
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,366
Samokierowanie	odpowiedzialność	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,017
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,032
	celowość postępowania	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,027
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,667
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,117
zaradność	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,001	
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,048	
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,133	
samoakceptacja	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,047	
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,433	
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,303	
dobrze nawyki	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0	
	Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,821	
	Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,001	
Autotranscendencja	kreatywne przekraczanie Ja	Grupa kontrolna vs bulimiczna	0,164
		Grupa kontrolna vs restrykcyjna	0,123
		Grupa restrykcyjna vs bulimiczna	0,003

badaniach cech osobowości pacjentek z zaburzeniami jedzenia zaobserwowano, że pacjentki z bulimiczną postacią JP przypominają pod względem osobowości pacjentki z bulimią a nie z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego [22, 23]. We wcześniejszych badaniach zaobserwowaliśmy, że pacjentki z bulimicznym podtypem cechują się częstszym występowaniem objawów afektywnych „dwubiegunowych”, niż osoby z restrykcyjną postacią JP [24]. Występowanie u nich w większym nasileniu takich cech jak: *ekstrawagancja*, *nieuporządkowanie*, czy *kreatywne przekraczanie Ja*, może być potwierdzeniem powyższej obserwacji.

Również np. środowisko społeczne i sposób jego postrzegania oraz uruchamiane przez nie emocje odróżniają osoby o typie bulimicznym od osób o typie restrykcyjnym – różnica polega m.in. na tym, że te pierwsze deklarują wyższy poziom nieśmiałości, samotności i poczucia niż-

szości odnotowywanych w okresie adolescencji, których odczuwania nie deklarują osoby z postacią restrykcyjną JP ani osoby zdrowe [25]. W naszym badaniu może to potwierdzać większe nasilenie *lęku przed niepewnością* oraz mniejszy poziom *samoakceptacji* w grupie osób z typem bulimicznym JP.

Do ograniczeń powyższego badania zaliczyć należy istotną różnicę w średniej wieku pomiędzy grupami klinicznymi oraz grupą kontrolną, co mogło wpłynąć na wyniki dokonywanych porównań. Jednak przeprowadzone dodatkowe porównania w obrębie grup osób powyżej 18 roku życia (a więc homogenicznych pod względem zmiennej wieku) przyniosły podobne wyniki, co było powodem uwzględnienia w analizie całej grupy pacjentek.

Kolejnym problemem dotyczącym powyższego badania jest ocena cech osobowości w trakcie występowania ostrych

objawów psychopatologicznych, co mogło istotnie wpływać na ich pomiar. Potencjalnym rozwiązaniem powyższego problemu byłaby ocena cech osobowości po wyzdrowieniu, lub w badaniach prospektywnych. Należy wspomnieć, że uprzednie badania wykonane przy zastosowaniu powyższych metodologii za pomocą innych narzędzi psychometrycznych niż TCI przyniosły wyniki, które można za zbieżne z obecnymi obserwacjami [26, 27].

WNIOSKI

1. Pacjentki z JP posiadają odmienne cechy temperamentu i charakteru od osób z grupy kontrolnej, co może stanowić o występowaniu u nich predyspozycji do wystąpienia zaburzeń odżywiania się.
2. Pacjentki z poszczególnymi postaciami jadłowstrętu psychicznego ujawniają istotne statystycznie różnice w zakresie podwymiarów temperamentu i charakteru w kwestionariuszu TCI Cloningera.
3. Różnice te mogą patoplastycznie oddziaływać na obraz jadłowstrętu psychicznego i mogą wskazywać na różnice etiopatogenetyczne pomiędzy dwoma podtypami JP.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Washington; 1994.
2. Davis C, Kennedy SH, Ralevski E, Dionne M, Brewer H, Neitzert Ch, Ratusny D. Obsessive and compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high – level exercising. *J Psychosom Res* 1995; 39 (8): 967–76.
3. Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Person Individ Diff* 1995; 18 (5): 663–8.
4. Ziółkowska B. Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji. *Wyd Fundacji Humaniora*; 2001.
5. Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner EM, Flett GL, Remick RA. Trait and self – presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cogn Ther Res* 2002; 26 (6): 745–58.
6. Halmi KA, Sunday SR, Klump KL, Strober M, Leckman JF, Fichter M, Kaplan A, Woodside B, Treasure J, Berrettini WH, Al Shabboat M, Bulik CM, Kaye WH. Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. 2003: www.interscience.wiley.com.
7. Wonderlich SA, Lilienfeld LR, Lawrence PR, Engel S, Mitchell JE. Personality and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 568–71.
8. Corte C, Stein KF. Eating disorders and substance use: an examination of behavioral associations. *Eat Behav* 2000; 1: 173–89.
9. Davis C. Eating disorders and hyperactivity: A psychobiological perspective. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 168–75.
10. Davis C, Claridge G. The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addict Behav* 1998; 23 (4): 463–75.
11. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1799–805.
12. McLaren L, Gauvin L, Steiger H. A two – factor model of disordered eating. *Eat Behav* 2001; 2: 51–65.
13. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 895–916.
14. Hornowska E, red. Temperamentalne uwarunkowania zachowania. *Badania z wykorzystaniem kwestionariusza TCI R.C. Cloningera*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2003.
15. The Price Foundation Collaborative Group. Deriving behavioral phenotypes in an international multi-centre study of eating disorders. *Psychol Med* 2001; 31: 635–45.
16. Klump KL, Strober M, Bulik CM, Thornton L, Johnson C, Devlin B, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan A, Woodside DB, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Keel PK, Berrettini WH, Plotnicov K, Pollice Ch, Lilienfeld L, Kaye WH. Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychol Med* 2004; 34: 1407–18.
17. Rybakowski F, Słopien A, Zakrzewska M, Hornowska E, Rajewski A. Temperament and Character Inventory (TCI) in adolescents with anorexia nervosa. *Acta Neuropsych* 2004; 16: 169–74.
18. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: 1992.
19. Vervaet M, Audenaert K, van Heeringen C. Cognitive and behavioural characteristics are associated with personality dimensions in patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11: 363–78.
20. Silberg JL, Bulik CM. The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46 (12): 1317–26.
21. Hettema JM, Neale MC, Myers JM, Prescott CA, Kendler KS. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (5): 857–64.
22. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005; 25 (7): 895–916.
23. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture – bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003; 29 (5): 747–69.
24. Kamińska K, Rybakowski F. Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się i spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Post Psychiatr Neurol* 2006; 15 (3): 143–6.
25. Troop NA, Bifulco A. Childhood social arena and cognitive sets in eating disorders. *Br J Clin Psychol* 2002; 41: 205–11.
26. Cervera S, Lahortiga F, Martinez-Gonzalez MA, Gual P, de Irala-Estevez J, Alonso Y. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *Int J Eat Disord* 2003; 33 (3): 271–80.
27. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (11): 1630–4.