

**BADANIA KLINICZNE I OSOBOWOŚCIOWE  
PACJENEK ZE WSPÓLISTNIEJACYMI  
ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA SIĘ  
I CHOROBAŃ AFEKTYWNAŃ DWUBIEGUNOWAŃ**

Praca doktorska

**Katarzyna Kamińska**

Promotor

**Prof. dr hab. Janusz Rybakowski**

Klinika Psychiatrii Dorosłych  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań 2013

# SPIS TREŚCI

<b>1 WSTĘP</b> .....	4
1.1 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe.....	4
1.1.1 Rys historyczny zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.....	4
1.1.2 Klasyfikacja zaburzeń afektywnych dwubiegunowych .....	5
1.1.3 Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych .....	6
1.1.4 Etiologia i patogeneza zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.....	7
1.2 Zaburzenia odżywiania się.....	8
1.2.1 Rys historyczny zaburzeń odżywiania się.....	8
1.2.2 Klasyfikacja zaburzeń odżywiania się .....	9
1.2.3 Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się .....	9
1.2.4 Etiologia i patogeneza zaburzeń odżywiania się.....	10
1.3 Współwystępowanie .....	11
1.3.1 Współwystępowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u osób z zaburzeniami odżywiania się.....	11
1.3.2 Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi .....	13
1.3.3 Wspólne mechanizmy patogenetyczne zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i zaburzeń jedzenia .....	15
1.4 Osobowość i temperament .....	16
1.4.1 Osobowość.....	16
1.4.2 Temperament .....	17
<b>2 CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE</b> .....	19
<b>3 OSOBY BADANE</b> .....	20
3.1 Pacjenci i grupa kontrolna.....	20
<b>4 METODYKA BADAŃ</b> .....	23
4.1 Ocena psychometryczna zaburzeń nastroju .....	23
4.1.1 Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI).....	23
4.1.2 Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (Mood Disorder Questionnaire – MDQ) .....	23
4.2 Ocena psychometryczna zaburzeń jedzenia.....	24
4.2.1 Test Postaw Wobec Jedzenia (Eating Attitudes Test – EAT-26) .....	24
4.3 Ocena psychometryczna osobowości i temperamentu.....	24
4.3.1 Kwestionariusz oceny temperamentu – wersja do samouzupełnienia (Temperament Evaluation of Memphis, Piza and San Diego – Autoquestionnaire TEMPS-A).....	24
4.3.2 Inwentarz Temperamentu i Charakteru (Temperament and Character Inventory – TCI).....	25
<b>5 ANALIZA STATYSTYCZNA</b> .....	27

<b>6 WYNIKI</b> .....	28
6.1 Porównanie parametrów (wiek, masa ciała, wzrost, BMI) w poszczególnych grupach .....	28
6.2 Porównanie nasilenia objawów depresyjnych w poszczególnych grupach badanych .....	30
6.3 Porównanie nasilenia objawów zaburzeń jedzenia w poszczególnych grupach badanych.....	31
6.4 Analiza porównawcza wymiarów temperamentu w poszczególnych grupach na podstawie wyników skali TEMPS-A .....	33
6.4.1 Korelacje pomiędzy wymiarami temperamentu a nasileniem depresji.....	37
6.5 Analiza porównawcza cech osobowości w poszczególnych grupach na podstawie wyników skali TCI.....	38
6.5.1 Analiza porównawcza wymiarów i podwymiarów osobowości .....	38
6.6 Analiza korelacji między czynnikami TEMPS-A a TCI.....	49
6.7 Analiza korelacji między cechami osobowości a występowaniem objawów depresji .....	56
6.8 Analiza grup dotycząca niecałkowitego wypełnienia skali TCI .....	57
6.9 Analiza skupień.....	60
6.9.1 Analiza skupień TEMPS-A .....	60
6.9.2 Analiza skupień TCI .....	67
<b>7 OMÓWIENIE</b> .....	73
7.1 Analiza występowania objawów depresji i nasilenia zaburzeń jedzenia w poszczególnych grupach .....	73
7.2 Analiza wymiarów temperamentu w badanych grupach .....	73
7.3 Analiza cech osobowości w badanych grupach .....	75
7.3.1 Analiza wymiarów osobowości .....	75
7.3.2 Analiza podwymiarów osobowości .....	77
7.3.3 Analiza korelacji czynników skali TEMPS-A i TCI.....	78
7.3.4 Analiza cech osobowości i występowania objawów depresji.....	78
7.3.5 Analiza skupień skali TEMPS-A .....	79
7.3.6 Analiza skupień skali TCI.....	79
7.3.7 Analiza grupy osób badanych, która nie wypełniła w całości skali TCI .....	79
7.3.8 Ograniczenia badania.....	80
<b>8 PODSUMOWANIE</b> .....	81
<b>9 WNIOSKI – ODPOWIEDŹ NA HIPOTEZY BADAWCZE</b> .....	83
<b>10 STRESZCZENIE</b> .....	84
<b>11 SUMMARY</b> .....	86
<b>12 PIŚMIENNICTWO</b> .....	87
<b>13 ZAŁĄCZNIKI</b> .....	97

# 1 WSTĘP

## 1.1 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

### 1.1.1 Rys historyczny zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

Koncepcja zaburzeń dwubiegunowych ma swoje korzenie w działalności i poglądach greckich lekarzy okresu klasycznego. Mania i melancholia były dwiema najwcześniej opisanymi chorobami występującymi u człowieka (Marneros i Angst, 2000). Hipokrates (460–357 p.n.e.) – uważany za twórcę naukowej medycyny, pierwszy scharakteryzował melancholię, manię, hipomanię i osobowość hipertymiczną. Uznawał znaczenie biologii w etiologii chorób psychicznych, a nie interwencje bogów, jako karę za występki. Humoralna teoria chorób Hipokratesa wyjaśniała skłonność do melancholii jako nierównowagę substancji płynnych w organizmie (flegmy, krwi, żółci i czarnej żółci), związaną z nadmiarem czarnej żółci. Hipokratejską koncepcję melancholii rozwinął największy filozof starożytności, Arystoteles (384–322 p.n.e.). Uważał, że nadmiar czarnej żółci, gdy jest ona zimna, powoduje lęk, zahamowanie i złe samopoczucie, a nadmiar gorącej czarnej żółci powoduje wzmożenie emocjonalności i nastawienia twórczego. Te dwa odmienne stany mogą współistnieć u tej samej osoby. Koncepcję tę można uznać za zwiastun teorii dwubiegunowości zaburzeń afektywnych. Zwolennikiem teorii humoralnej był Soranus z Efezu (98–138 n.e.), który zalecał picie wód alkalicznych, w których składzie obecny jest lit, co można uznać za prekursorskie podejście w zakresie terapii biologicznej. Innym wyznawcą teorii humoralnej był Galen z Pergamonu (129–200 n.e.), który wysunął hipotezę, że chorzy na melancholię są bardziej podatni na choroby somatyczne (Rybakowski, 2008). Aretajos z Kapadocji (30–90 n.e.), lekarz rzymski pochodzenia greckiego, jako pierwszy opisał manię i depresję jako część tego samego procesu chorobowego i to właśnie jemu przypisuje się zasługę stworzenia pojęcia choroby afektywnej dwubiegunowej. „Rozwój manii jest w rzeczywistości raczej pogarszaniem się choroby (depresji), niż przejściem w inną chorobę” (Marneros, 2001). Okres średniowiecza był powrotem do religijnej żarliwości. Chorych psychicznie traktowano jako opętanych przez diabła, co skutkowało prześladowaniami, więzieniem, torturami i zabijaniem (Mackin i Young, 2008). Przyczyn chorób psychicznych nie wyjaśniano aż do XIX wieku, a termin „mania” był stosowany do określenia pobudzenia psychoruchowego niezależnie od jego przyczyny. W XIX wieku pojęcia manii i depresji zostały teoretycznie i klinicznie powiązane ze sobą w dwóch równoległe przedstawionych opisach francuskich psychiatrów: Falreta i Baillargera. Obydwaj podkreślali element cykliczności i nawracającej

natury zaburzeń (1854 rok). Jednak tym, kto rzeczywiście zdefiniował zaburzenie dwubiegunowe, był Emil Kraepelin (1896), uważany przez wielu za „ojca współczesnej psychiatrii”. Jego praca „Manic-Depressive Insanity and Paranoia” (obłąd maniakalno-depresyjny) stała się punktem zwrotnym w opisywaniu zaburzenia dwubiegunowego jako odrębnej jednostki nozologicznej. Oddzielił on psychozę maniakalno-depresyjną od schizofrenii, opisał epizodyczny przebieg zaburzenia, zwrócił uwagę na jego dziedziczny charakter i scharakteryzował główne formy kliniczne (Colom i Vieta, 2009). Koncepcja Kraepelina miała istotne znaczenie dla rozwoju badań patogenetycznych, dotyczących istoty choroby i badań terapeutycznych, dotyczących jej leczenia. W latach 20. XX wieku niemiecki psychiatra Ernst Kretschmer wprowadził pojęcie „cyklotymia” oznaczające określony profil osobowości, predysponujący do choroby maniakalno-depresyjnej. W końcu XX wieku badania genetyki molekularnej i farmakokinetyki nowych leków neuroleptycznych dostarczyły wielu argumentów podważających dychotomiczną koncepcję Kraepelina. Ważnym wydarzeniem było rozdzielenie zaburzeń afektywnych jedno- i dwubiegunowych przez niemieckiego psychiatrę Karla Kleista (1879–1960). W 1966 roku dwóch psychiatrów: Jules Angst ze Szwajcarii i Carl Perris ze Szwecji, niezależnie od siebie, wykazało odrębny sposób występowania zaburzeń psychicznych w rodzinach pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową. Według ich koncepcji, choroba afektywna dwubiegunowa odpowiadała dotychczasowemu pojęciu psychozy maniakalno-depresyjnej, a choroba afektywna jednobiegunowa dotyczyła nawracających stanów depresyjnych (Rybakowski, 2008). Ich praca stworzyła podstawy dla pierwszych naukowych i klinicznych klasyfikacji zaburzeń afektywnych, opierających się na wystandaryzowanych kryteriach (Colom i Vieta, 2009).

### **1.1.2 Klasyfikacja zaburzeń afektywnych dwubiegunowych**

Diagnoza zaburzeń afektywnych dwubiegunowych oparta jest na kryteriach klinicznych zawartych w dwóch obowiązujących aktualnie klasyfikacjach: ICD-10 (International Classification of Disease, Tenth Edition, 1998) i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition, 1994). Oba systemy mają cechy wspólne, mają też istotne różnice. Kryterium rozpoznania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w ICD-10 jest wystąpienie przynajmniej dwóch epizodów zaburzeń nastroju, z których jeden to hipomania, mania lub epizod mieszany, drugi to epizod depresji. W klasyfikacji DSM-IV, zaburzenia afektywne dwubiegunowe dzieli się na chorobę afektywną dwubiegunową typu I (ChAD I), chorobę afektywną dwubiegunową typu II (ChAD II), cyklotymię i chorobę

afektywną nieokreśloną. W ICD-10 zauważalne różnice to: nieuwzględnienie cyklotymii w definicji zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (umieszczono ją w kategorii „uporczywe zaburzenia nastroju”), ujęcie przypadków manii jednobiegunowej i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu II w kategorii „inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe” oraz brak odniesienia do ChAD z częstą zmianą faz i choroby afektywnej sezonowej, które w DSM-IV są ujęte jako tzw. wyróżniki (Rybakowski, 2002). Cechą wspólną dla obu klasyfikacji jest kryterium czasu trwania objawów: dla epizodu hipomanii min. 4 dni i przynajmniej 7 dni dla epizodu manii. Pod koniec lat 90. ubiegłego stulecia powstały dwie nowe koncepcje dotyczące klasyfikacji i epidemiologii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Pierwsza dotyczy stanów hipomanii trwających 1–3 dni, o przebiegu nawracającym lub sporadycznym (Angst, 1998), druga jest koncepcją spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, którą przedstawił amerykański badacz Hagop Akiskal. Termin ten oznacza całość zaburzeń o cechach dwubiegunowości, które obejmują ChAD I i II oraz wszystkie inne postaci chorób afektywnych o cechach dwubiegunowości (Akiskal, 1996). Akiskal zaproponował siedem podtypów spektrum ChAD – od I do IV. W klasyfikacji umieścił cyklotymię, hipomanię wywołaną lekami przeciwdepresyjnymi, osobowość hipertymiczną i zaburzenia afektywne dwubiegunowe związane z używaniem środków psychostymulujących (Akiskal, 1999). Wg Angsta do spektrum ChAD należy włączyć stany hipomaniakalne i subdepresyjne niespełniające kryteriów DSM-IV (Angst i wsp., 2002). Inny amerykański badacz, Ghaemi, opracował kryteria diagnostyczne zaburzenia o charakterze spektrum ChAD, gdzie „spektrum” oznacza przestrzeń diagnostyczną między ChAD II a depresją nawracającą. W kryteriach zwrócił uwagę na lekooporność depresji, która może wynikać z nierozpoznania ChAD i nie zastosowania leków normotymicznych (Ghaemi i wsp., 2001).

### **1.1.3 Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych**

Wyniki badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, wykonane w połowie XX wieku, wskazywały na częstość występowania podobną do schizofrenii, czyli u około 1% populacji. Według obowiązującej od 1994 roku klasyfikacji DSM-IV, ryzyko zachorowania w ciągu życia wynosi dla ChAD I 0,4–1,6%, a dla ChAD II – 0,5%. Dane epidemiologiczne badań przeprowadzonych w dwudziestoleciu 1978–1998 wskazują, że gdy zastosuje się szersze kryteria dla identyfikacji stanów wzmożonego nastroju, to ryzyko wystąpienia w ciągu całego życia zaburzenia o cechach dwubiegunowości zawiera się w granicach 3–6% (Rybakowski, 2002; Perugi i wsp., 2002). Ocenia się, że w okresie kilkunastu lat od rozpoznania pierwszego epizodu depresji u około 40% pacjentów następuje

zmiana rozpoznania na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. W badaniu francuskim EPIDEP oceną objęto chorych z początkowym rozpoznaniem choroby afektywnej jednobiegunowej, stosując różne narzędzia do weryfikacji dwubiegunowości – u 2/5 chorych stwierdzono występowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (Allilaire i wsp., 2001). Badanie Zurich Cohort Study, wspomnianego wcześniej Angsta, wykazało że rozpowszechnienie zaburzeń o cechach dwubiegunowości może przekraczać nawet 10% (Angst i wsp., 2005). W badaniu rozpowszechnienia zaburzeń dwubiegunowych w grupie polskich pacjentów leczonych przez psychiatrów z powodu depresji (DEP-BI), stwierdzono, że spektrum ChAD w myśl kryteriów Ghaemi występuje u 12% chorych (Kiejna i wsp., 2005).

#### **1.1.4 Etiologia i patogeneza zaburzeń afektywnych dwubiegunowych**

Etiologia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych nie jest w pełni poznana. Przyjęto, że ma ona charakter wieloczynnikowy (Pużyński, 2002). Ogólnie można wyodrębnić czynniki biologiczne i psychologiczne. Czynniki biologiczne dotyczą podłoża genetycznego, neuroendokrynologicznych, neuropatologicznych oraz neuroprzebieżników. W latach 60. XX wieku popularne stały się koncepcje neuroprzebieżnikowe związane z poznaniem mechanizmu działania przeciwdepresyjnego leków trójpierścieniowych i inhibitorów MAO; koncepcja katecholaminowa sformułowana przez Schildkrauta i koncepcja serotonina autorstwa Lapina i Oxenkruga. Hipotezy te odnoszą się do istnienia nadczynności katecholaminergicznej, głównie dopaminergicznej, w stanie maniakalnym i niedoczynności serotonergicznej w depresji. W latach 80. XX wieku rozpoczęto badania nad zaburzeniem sygnalizacji wewnątrzneuronalnej i wpływu leków normotymicznych na modyfikację wewnątrzkomórkową, poprzez działanie na układy tzw. wtórnych przebieżników – cykliczny adenylozylowy i fosfotydyloinozylowy. Ostatnie badania wskazują na regulujące działanie środków normotymicznych na dalsze etapy sygnalizacji wewnątrzkomórkowej, jak białko G czy kinaza białkowa C. W latach 90. XX wieku rozpoczęto badania nowego aspektu działania leków normotymicznych (lit, walproinian), wiążącego się z zapobieganiem utracie neuronów i sprzyjaniu procesom plastyczności neuronalnej (Stahl, 2000). Badania neuroendokrynologiczne dotyczą zmian regulacji hormonalnej osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej i osi podwzgórzowo-przysadkowo-tarczycowej. Najczęściej opisywanym zaburzeniem jest hiperkortyzolemia i zmieniony rytm sekrecji kortyzolu. U ok. 50% chorych, występuje brak hamowania sekrecji kortyzolu przez deksametazon (tzw. test deksametazonowy). Przewlekłe utrzymująca się stymulacja nadnerczy stanowić może istotny czynnik patogenetyczny depresji i manii. U znacznej części pacjentów z zaburzeniami

depresyjnymi stwierdzono subkliniczną niedoczynność tarczycy, wyraźnie częściej u chorych wykazujących oporność na leki przeciwdepresyjne. W manii stwierdza się subkliniczną postać niedoczynności przysadki. Zaburzenia czynności tarczycy często są związane z ChAD z szybką zmianą faz (Mackin i Young, 2008). Badania neuropatologiczne ostatnich lat potwierdzają największe znaczenie w regulacji nastroju takich struktur jak ciało migdałowe, zakręt obręczy i kora przedczołowa. Stan manii wiąże się z aktywacją układu nagrody (wzmożenie aktywności układu dopaminergicznego) oraz zaburzeniami czynności kory przedczołowej i wyspy. Badania neuropsychologiczne wskazują na istotne zaburzenia procesów poznawczych, emocjonalnych i motywacyjnych w stanie depresji, manii i utrzymywanie się niektórych ww. deficytów w okresie remisji. Istotne są deficyty funkcji związanych z korą przedczołową – pamięć operacyjna i funkcje wykonawcze oraz zaburzenia uwagi, uczenia się, myślenia i podejmowania decyzji (Rybakowski, 2008). Badania genetyczne wykonywane od lat 30. XX wieku wskazywały na znaczny udział czynników genetycznych w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. Oceną objęto rodziny, bliźnięta i osoby adoptowane. Wyniki pokazywały, że większe ryzyko zachorowania jest wśród krewnych pierwszego stopnia danego pacjenta. Ryzyko to jest 5–10 razy większe niż w populacji ogólnej, a ryzyko rozwoju tej choroby u bliźniaka monozygotycznego osoby z ChAD jest 40–70 razy zwiększone w stosunku do populacji ogólnej. Badania genetyczno-molekularne wskazują, że miejsca (loci) predysponujące do ChAD obok znajdujących się na chromosomie X i 11, występują na chromosomach 18, 1, 4, 6, 10, 12, 13, 21 i 22. Obecne prace badawcze preferują raczej poligeniczny model dziedziczenia, w którym kilka oddziałujących na siebie genów powoduje podatność na rozwój choroby (Wright i wsp., 2008).

## **1.2 Zaburzenia odżywiania się**

### **1.2.1 Rys historyczny zaburzeń odżywiania się**

Nadmierne i nieopanowane objadanie się, nazywane wilczym głodem, wcześniej niż niejedzenie, bo jeszcze w antyku, znalazło się w polu zainteresowań lekarzy. Praktyki przeczyszczania się miały wówczas znaczenie lecznicze i katartyczne. Seneca przypisuje się stwierdzenie: „Człowiek je, aby wymiotować i wymiotuje, aby jeść”. Terminu bulimios pierwszy użył Galen w II wieku n.e. W średniowieczu i później, niektórym dietom świętych towarzyszyły objawy bulimiczne (napady objadania się i wymioty). W 1979 roku brytyjski



badacz Georg Russell, jako pierwszy opisał zespół objawów pod nazwą bulimia nervosa, a w 1980 roku DSM-III-R nadała jej status samodzielnej jednostki klinicznej. Pierwsze opisy zachowań świadomie ograniczających przyjmowanie pokarmów, prowadzących do wyniszczenia organizmu sięgają średniowiecza i są związane z praktykowaniem ascezy z pobudek religijnych. Medyczny opis zespołu nieprzyjmowania pokarmów i kacheksji pochodzi dopiero z początków XVIII wieku, w opisie Mortona, jako szczególna forma suchot o podłożu nerwowym. Postrzeganie anoreksji jako zaburzenia somatycznego wzmocnił rozwój endokrynologii i opis objawów niewydolności podwzgórzowo-przysadkowej, prowadzącej do zaniku łaknienia, przedstawiony przez Morrisa Simmonsa w 1914 roku. Dopiero w 1948 roku badania Bekmana nad niewydolnością przysadki i anoreksją, spowodowały rozdzielenie obu zaburzeń. W 1970 roku Gerald Russell sformułował pierwsze kryteria jadłowstrętu psychicznego, aktualne do dnia dzisiejszego. W 1993 roku Garner i wsp. wydzielili dwa typy zaburzenia – restrykcyjny i bulimiczny (Bomba i Józefik, 2003; Bilikiewicz, 2002).

### **1.2.2 Klasyfikacja zaburzeń odżywiania się**

W klasyfikacji ICD-10 wyróżnia się trzy kategorie diagnostyczne zaburzeń odżywiania się (zaburzeń jedzenia): anoreksję psychiczną (AN), bulimię psychiczną (BUL) i atypowe zaburzenia odżywiania się, które można podzielić na dwie grupy: te, które w obrazie klinicznym podobne są do anoreksji lub bulimii, ale nie spełniają wszystkich kryteriów diagnostycznych, tzw. atypowa anoreksja i atypowa bulimia, oraz te o odmiennym obrazie klinicznym, związane z innymi zaburzeniami, tzw. wtórne zaburzenia odżywiania się (ICD-10, 1998). W klasyfikacji DSM-IV odpowiednikiem atypowych zaburzeń jedzenia jest jedna kategoria diagnostyczna EDNOS (eating disorder not otherwise specified) – zaburzenia odżywiania się nieokreślone nigdzie indziej, wśród nich znajduje się BED (binge eating disorder) – zespół gwałtownego objadania się, nie mający odpowiednika w ICD-10 (DSM-IV, 1994; Brownell i wsp., 1995).

### **1.2.3 Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się**

Anoreksja i bulimia przeważnie zaczynają się przed 25 rokiem życia, częściej u kobiet. Mężczyźni chorują 10-krotnie rzadziej. Częstość występowania jadłowstrętu psychicznego wynosi 0,51–3,7%. Stan 1/4 pacjentów nie poprawia się (Bilikiewicz, 2002; Józefik, 1999). Zachowania bulimiczne mogą występować u 16–47% chorych (typ bulimiczny) (Hatsukami i wsp., 1984). Anoreksja jest zaburzeniem psychicznym o największym ryzyku śmiertelności,

związanym z komplikacjami medycznymi i podejmowanymi próbami samobójczymi (Fairburn i Harrison, 2003). Bulimia występuje częściej, u około 1,1–4,2% populacji kobiet, a zespół subkliniczny może dotyczyć 8%. U 1/3 pacjentów choroba przechodzi w stan przewlekły z okresami poprawy i pogorszeń (Józefik, 1999; Bilikiewicz, 2002). Trzecia kategoria diagnostyczna – atypowe zaburzenia odżywiania się lub EDNOS, jest najbardziej heterogenną i najliczniejszą grupą zaburzeń, stanowiącą ponad 61% chorych, głównie nastolatek i młodych kobiet (Turner i Bryant-Waugh, 2004; Ricca i wsp., 2001). BED charakteryzuje się występowaniem wielokrotnych epizodów objadania się, którym towarzyszy poczucie utraty kontroli nad zachowaniem, odczuwanie napięcia podczas napadu i brak mechanizmów kompensacyjnych zapobiegających przyrostowi masy ciała. Występuje z częstością 2–3% populacji ogólnej, u otyłych – 45% przypadków (Wint i Shapira, 2004).

#### **1.2.4 Etiologia i patogeneza zaburzeń odżywiania się**

Uwarunkowania jadłowstrętu psychicznego są wieloczynnikowe. Należą do nich czynniki biologiczne, rodzinne i społeczno-kulturowe. Wśród **czynników biologicznych** znajdują się uwarunkowania genetyczne. Wyniki dotychczasowych badań wskazują na model predyspozycji genetycznej, którą wyzwalają wydarzenia stresowe, a zaostrzenia są powodowane przez środowisko rodzinne. W przekazywaniu podatności genetycznej pośredniczą perfekcjonistyczne i kompulsyjne cechy osobowości, nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu serotonergicznego, noradrenergicznego i kortykoliberyny oraz swoista fizjologiczna reakcja na głodzenie, która może podtrzymywać zaburzenie. Wśród **czynników rodzinnych** najlepiej poznanym modelem jest model „rodziny psychosomatycznej” zaproponowany przez Minuchina. Choroba rozwijająca się u dziecka jest podtrzymywana poprzez jego rolę w rodzinnym wzorcu unikania konfliktów. Poważne i trudne wydarzenia życiowe mogą bezpośrednio poprzedzać wystąpienie choroby w ponad 70% przypadków. Wśród **czynników społeczno-kulturowych** wymienia się powszechne akceptowanie ideału kobiecego ciała, podkreślające szczupłość oraz wpływ mediów na kształtowanie modelu idealnej sylwetki i stylu życia jako wzorców sukcesu życiowego. Analogicznie do uwarunkowań jadłowstrętu psychicznego, model powstawania bulimii jest wieloczynnikowy i wciąż mało poznany. Wśród **czynników biologicznych** badania genetyczne bliźniąt wskazują na zgodność zachorowań większą niż w populacji ogólnej. Bulimia może mieć wspólne podłoże genetyczne z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, otyłością, zaburzeniami lękowymi i afektywnymi. Wśród **czynników rodzinnych** wymienia się występowanie w rodzinie problemów z nadwagą i duże

zaabsorbowanie tematyką jedzenia, a członkowie rodzin otwarcie i burzliwie walczą ze sobą. Niekorzystne wydarzenia w dzieciństwie (nadużywanie fizyczne i seksualne) mogą zwiększać ryzyko zachorowania. **Czynniki społeczno-kulturowe** są wspólne dla obu typów zaburzeń odżywiania się (Pużynski, 2002; Wright i wsp., 2008). Postacie zaburzeń jedzenia nie są stabilnymi fenotypami klinicznymi. Istnieje tendencja do zmiany w czasie z jednej kategorii zaburzeń jedzenia na inną, co potwierdzają wyniki badań długoterminowych. Wskazuje się również na fakt, że większe znaczenie patogenetyczne może mieć podział pacjentek na te, które tylko ograniczają jedzenie oraz te u których występują epizody objadania się: zarówno osoby z bulimicznym podtypem anoreksji, jak i z bulimią, czy EDNOS (Fairburn i Harrison 2003; Kamińska i Rybakowski, 2006).

### **1.3 Współwystępowanie**

Współwystępowanie (comorbidity) jest definiowane jako obecność więcej niż jednej choroby u danej osoby w tym samym czasie. Współzachorowalność wiąże się z wcześniejszym początkiem choroby, gorszymi wynikami leczenia i gorszą współpracą chorego w procesie terapeutycznym.

#### **1.3.1 Współwystępowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u osób z zaburzeniami odżywiania się**

Wiele badań wskazuje na dużą częstość współwystępowania zaburzeń jedzenia z zaburzeniami lękowymi. W anoreksji częstość występowania zaburzeń lękowych w okresie całego życia wynosi 65% i dotyczy głównie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i fobii społecznej, a jednym z osiowych objawów choroby jest lęk przed wzrostem masy ciała. W bulimii występowanie zaburzeń lękowych jest również częste (36–64%). Dotyczy głównie fobii, zespołu lęku napadowego oraz zespołu stresu pourazowego (Wright i wsp., 2008). Powiązanie zaburzeń odżywiania się z zaburzeniami afektywnymi jest dobrze udokumentowane. Większość badań dotyczy współwystępowania objawów depresyjnych. Uważa się, że objawy depresyjne są powszechne wśród chorych z jadłowstrętem psychicznym i pojawiają się, przy spadku masy ciała poniżej 25% wagi należnej. Prawdopodobnie pierwszym opisem współwystępowania obydwu zaburzeń był przypadek Ellen West, przedstawiony przez Binswanger w latach 40. ubiegłego stulecia. Chora przez ponad 13 lat cierpiała z powodu anoreksji o typie bulimicznym i epizodów dużej depresji. Była leczona przez Bleulera i Kraepelina. Początkowo rozpoznano u niej schizofrenię, ostatecznie stwierdzono melancholię. Zmarła w wyniku samobójczego zażycia trucizny. Jej

krewni I i II stopnia również chorowali na depresję, dwoje z nich popełniło samobójstwo. W 1979 roku Russel jako pierwszy opisał grupę 30 chorych na bulimię, gdzie u 26 z nich stwierdził obecność depresji, a 11 osób podejmowało w przeszłości próby samobójcze. Wyniki badań psychometrycznych oceniających nasilenie depresji u chorych z zaburzeniami jedzenia wskazują, że pacjenci z bulimią i typem bulimicznym anoreksji mają bardziej nasilone objawy depresji niż osoby z typem restrykcyjnym (Swift i wsp., 1986). W literaturze jest niewiele danych dotyczących współwystępowania zaburzeń jedzenia i ChAD. Kazuistyczne opisy przypadków i badania rodzin pacjentów z zaburzeniami jedzenia wskazują na możliwość istnienia powiązań z ChAD w szczególności z typem II. Nieliczne badania epidemiologiczne potwierdzają to zjawisko. Vindreau i Hardy podają, że 23–77,8% pacjentów z bulimią spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń nastroju. Najczęściej obserwowano epizod dużej depresji i dystymię, rzadziej cyklotymię oraz depresję atypową, ChAD częściej rozpoznawano u przewlekle chorych. Simpson i wsp. w grupie 15 chorych z bulimią i 7 z anoreksją, u 13 osób stwierdzili ChAD II, u 1 osoby ChAD I, a u 5 z nich – ChAJ (Perugi i Akiskal, 2002; Mury i wsp., 1995; Hatsukami i wsp., 1984). Badacze Cooper i Faiburn porównali zespół depresyjny u pacjentów z bulimią i u chorych bez zaburzeń jedzenia. W grupie z podwójną diagnozą stwierdzono większy niepokój, większe nasilenie objawów obsesyjnych, większą utratę zainteresowań oraz obecność hipomanii. Natomiast Greenberg i Harvey badając grupę 73 studentów pod kątem występowania napadów objadania się, wykazali, że najczęstszym zwiastunem „napadowego objadania się” była niestabilność nastroju z cechami dwubiegunowości. Kolejni badacze, Simpson i wsp., przebadali grupę 22 pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń jedzenia, w tym 15 chorych na bulimię i 7 na anoreksję. U 19 osób współwystępowały objawy dużej depresji, u pozostałych 13 stwierdzono ChAD II. Autorzy uważają, że współwystępowanie ChAD może odgrywać rolę raczej podtrzymującą niż inicjującą w zaburzeniach odżywiania się (Mury i wsp., 1995; Sipson i wsp., 1992). W badaniu przeprowadzonym w Klinice Psychiatrii w Poznaniu, stwierdzono w grupie 56 pacjentek hospitalizowanych z powodu zaburzeń jedzenia, istotnie częstsze występowanie spektrum ChAD niż w grupie kontrolnej. Zaburzenia spektrum ChAD występują częściej w grupie pacjentek z bulimią i typem bulimicznym anoreksji niż u chorych z typem restrykcyjnym (Bulik i wsp., 1997; DaCosta i Halmi, 1992; Kamińska i Rybakowski, 2004). Zaprezentowane wyniki badań są zgodne z zaproponowaną przez Perugiego i Akiskala koncepcją szerokiego spektrum dwubiegunowego, które miałoby obejmować wszystkie zaburzenia przebiegające z zaburzeniami kontroli impulsów, w tym zaburzenia z napadowym objadaniem się (Perugi i Akiskal, 2002). Ta koncepcja zyskała również potwierdzenie w wynikach uzyskanych przez Angsta i wsp., którzy stwierdzili, że napadowe objadanie się

jest związane ze spektrum dwubiegunowym, a nie z depresją nawracającą (Angst i Cassano, 2005).

Uznanymi metodami leczenia zaburzeń jedzenia są: szeroko rozumiana psychoterapia (poznawczo-behawioralna, systemowa, psychoedukacja) oraz farmakoterapia z użyciem leków, głównie z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Opierając się na hipotezie, że istnieje związek między zaburzeniami jedzenia a zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, można przypuszczać, że niektóre leki normotymiczne (lit, karbamazepina, lamotrygina, topiramata) mogą dawać korzystny efekt terapeutyczny w grupie chorych z objawami bulimicznymi i współistnieniem ChAD i spektrum ChAD. Potwierdzają to pojedyncze doniesienia w literaturze (Namysłowska, 2002; Shisslak i wsp., 1991; Kamińska i wsp., 2005).

W 20-tygodniowym badaniu skuteczności karbamazepiny vs placebo, w grupie 6 pacjentek chorujących na bulimię, stwierdzono terapeutyczne działanie karbamazepiny u chorej z objawami ChAD i brak takiego działania u pacjentki bez współistnienia ChAD (Kaplan i wsp., 1983). W innym doniesieniu opisano przypadek 35-letniej kobiety z 22-letnim przebiegiem bulimii ze współistniejącym w trakcie hospitalizacji epizodem dużej depresji. W trakcie leczenia imipraminą, wystąpił pierwszy w jej życiu epizod maniakałny. Włączenie kuracji węglanem litu spowodowało wyrównanie stanu psychicznego i ustąpienie epizodów objadania się. Przestrzega się jednak przed stosowaniem litu u chorych, którzy wymiotują – hipokaliemia może być przyczyną powikłań kardiologicznych ze zgonem włącznie (Shisslak i wsp., 1991). Innym ciekawym doniesieniem jest dołączenie topiramatu do prowadzonego leczenia u 5 pacjentów z bulimią o wieloletnim przebiegu i współistnieniem zaburzeń lękowych lub nastroju. Stwierdzono całkowite ustąpienie zachowań bulimicznych u 3 pacjentek (Barbee, 2003). W innym 14-tygodniowym badaniu – topiramata vs placebo – u 61 pacjentów z napadowym objadaniem się i otyłością stwierdzono wyraźną redukcję napadów objadania się i znaczący spadek masy ciała (-5,9kg) w grupie osób otrzymujących lek (topiramata: 94%, placebo: 46%) (McElroy i wsp., 2003).

### **1.3.2 Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi**

Wśród pacjentów z ChAD współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych może dotyczyć 50–70% chorych (Vieta i wsp., 2001). U ponad 10% stwierdza się współwystępowanie zaburzeń jedzenia (Torrent i wsp., 2004). Nieliczne badania epidemiologiczne pokazują, że najczęściej są to bulimia i BED. Włoscy badacze w grupie 51 pacjentek z ChAD I, stwierdzili

u 14 zaburzenia jedzenia (u 9 pacjentek BED, a u 5 osób bulimię) (Ramacciotti i wsp., 2005), natomiast w badaniu przeprowadzonym w Klinice Psychiatrii w Poznaniu, w grupie 33 pacjentek leczonych z powodu ChAD – zaburzenia jedzenia, badane kwestionariuszem samooceny BEDS (Bipolar Eating Disorder Scale), stwierdzono istotnie częściej niż w grupie kontrolnej (68,6% vs 28,6%). Skalami istotnie różnicującymi obie grupy były: wpływ samopoczucia na apetyt i napadowe objadanie się (Kamińska i wsp., 2009). W jednym z ostatnich badań przeprowadzonym przez McElroy i wsp. (2011) poddano ocenie 875 pacjentów ze stwierdzoną ChAD, badając współwystępowanie zaburzeń jedzenia. 146 pacjentów (14,3%) miało objawy zaburzeń jedzenia, w tym 77 osób miało objawy BED (8,8%), u 42 stwierdzono BUL (4,8%) i u 27 osób AN (3,1%). W badaniu nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy występowaniem zaburzeń jedzenia, a typem ChAD. Wykazano, że występowanie zaburzeń odżywiania się było istotnie skorelowane z wcześniejszym wiekiem zachorowania i cięższym przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej (McElroy i wsp., 2011). Napadowe objadanie się jest objawem, który występuje istotnie częściej u pacjentów z ChAD, niż w grupie zdrowych osób. Może to być związane z aktywacją układu nagrody przez napad objadania się, co przynosi doraźną poprawę nastroju. Z drugiej strony zachowania impulsywne, takie jak nadużywanie alkoholu i innych substancji oraz objadanie się, mogą wywierać efekt stabilizujący nastrój, stanowiąc formę „samoleczenia”, które redukuje napięcie i lęk (McElroy i wsp., 2005).

U pacjentów z ChAD zauważa się częstsze występowanie nadwagi i otyłości. Badacze włoscy w grupie 50 pacjentek leczonych z powodu ChAD stwierdzili nadwagę lub otyłość u 68% osób (Fagiolini i wsp., 2002). McElroy i wsp. w grupie 644 pacjentów z ChAD znaleźli ponad 58% chorych z nadwagą i 26% z otyłością (McElroy i wsp., 2002). Kilka czynników może mieć wpływ na wzrost BMI (Body Mass Index) u chorych z ChAD. Do najczęściej opisywanych należą: subkliniczna niedoczynność tarczycy, związana z leczeniem węglanem litu; działanie leków przeciwpsychotycznych (neuroleptyki atypowe: risperidon, olanzapina) w okresie leczenia manii i jako stabilizatorów nastroju (olanzapina), przeciwdepresyjnych (mirtazapina, mianseryna) w leczeniu epizodów depresji oraz klasycznych leków normotymicznych, stosowanych w leczeniu podtrzymującym (węglan litu, kwas walproinowy); spadek aktywności fizycznej i wzrost zapotrzebowania na węglowodany w okresie depresji (Leibenluft i wsp., 1993).

Kolejnym badanym zjawiskiem jest współwystępowanie zaburzeń jedzenia u pacjentów z sezonowymi zaburzeniami nastroju. Wpływ pór roku na zaburzenia nastroju opisywany był

od czasów antycznych, ale dopiero na początku lat 80. ubiegłego stulecia wyodrębniono zaburzenia nastroju o charakterze sezonowym, zajmując się głównie depresją sezonową. Objawami wyróżniającymi ten typ depresji jest nadmierna senność, zwiększony apetyt i przyrost masy ciała, z pojawieniem się niepohamowanego apetytu na słodycze. U pacjentów z depresjami zimowymi obserwuje się często okresy hipomanii w porze letniej, a zaburzenia jedzenia są podobne do objawów bulimicznych, głównie z powodu utraty kontroli nad przyjmowaniem pokarmów. Sezonowe zaburzenia nastroju uważane są obecnie za element składowy spektrum ChAD, łącząc „dwubiegunowość” z zaburzeniami jedzenia, przypuszczalnie poprzez wspólne elementy patogenetyczne (Mury i wsp, 1995).

### **1.3.3 Wspólne mechanizmy patogenetyczne zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i zaburzeń jedzenia**

Neuroprzekaźnikiem uczestniczącym w regulacji afektywnej, kontroli przyjmowania posiłków oraz wpływającym na impulsywność zachowania, jest serotonina (5-HT). Występowanie zaburzeń przekąźnictwa serotonergicznego w zaburzeniach afektywnych zostało wielokrotnie potwierdzone (Mahmood i Silverstone, 2001). Wskazuje się, że w zaburzeniach afektywnych „niedoczynność układu serotonergicznego” może być związana z chwiejnością emocjonalną i skłonnością do zachowań impulsywnych. Wykazano, że próby samobójcze, agresja oraz zaburzenia osobowości typu borderline są związane ze zmniejszoną aktywnością układu serotonergicznego (Coccaro i wsp., 1989). W aktywnej fazie bulimii stwierdzono niższe stężenie kwasu hydroksyindolooctowego (5-HIAA) – głównego metabolitu serotoniny – w płynie mózgowo-rdzeniowym, zmniejszone powinowactwo do transportera 5-HT w płytkach krwi oraz zmniejszoną dostępność białka nośnikowego serotoniny w OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy) (Steiger, 2004; Tauscher i wsp., 2001). Cowen i wsp. wykazali, że ograniczenie przyjmowania posiłków powoduje zaburzenia aktywności receptorów postsynaptycznych dla 5-HT (Cowen i wsp., 1996). Stwierdzono też, że niska aktywność 5-HT w bulimii związana jest z większą skłonnością do samouszkodzeń i z impulsywnością (Steiger, 2004). Badacze Kaye i Weltzin uważają, że napadowe objadanie się, dotyczące głównie przyjmowania węglowodanów, powoduje spadek stężenia tzw. dużych aminokwasów obojętnych (LANA – large neutral amino acids), co prowadzi do zwiększonej dostępności tryptofanu i zwiększenia uwalniania serotoniny (Kaye i Weltzin, 1991). Zatem wspólne podłoże biologiczne zachowań impulsywnych, w tym BED oraz wahań nastroju, może stanowić „niedoczynność serotonergiczną”, a objadanie się może być mechanizmem kompensacyjnym chwilowo zwiększającym aktywność 5-HT

w OUN. Zaburzenia przekąźnictwa serotonergicznego mogą być uwarunkowane zarówno czynnikami genetycznymi, jak i środowiskowymi. Badania genetyki molekularnej wskazują na znaczenie genu dla transportera serotoniny, związanego z mniejszym wychwytem serotoniny, w kształtowaniu się podatności na wystąpienie zaburzeń afektywnych, w tym dwubiegunowych. W innych badaniach podkreślano znaczenie 5-HTTLPR allelu s genu transportera serotoniny dla ryzyka wystąpienia bulimii (Di Bella i wsp., 2000). Jednocześnie stwierdzono, że allel s może być związany z takimi cechami jak impulsywność, neurotyzm i skłonność do zachowań samobójczych (Lesch i wsp., 1993; Bondy i wsp., 2000). Jeżeli chodzi o uwarunkowania środowiskowe, to w badaniach na modelach zwierzęcych wykazano, że traumatyczne przeżycia w okresie rozwojowym prowadzą do zaburzeń przekąźnictwa serotonergicznego. Również u osób, które doświadczyły nadużyć w dzieciństwie, obserwuje się zmniejszenie miejsc wychwyty paroksetyny (Fichtner i wsp., 1995). Nadużywanie w dzieciństwie jest czynnikiem ryzyka zarówno zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, zaburzeń osobowości borderline i bulimii. Powyższe wyniki wskazują, że zarówno uwarunkowane genetycznie, jak i środowiskowo zaburzenia przekąźnictwa serotonergicznego, mogą wiązać się z dysregulacją afektywną, która znajduje swoje odzwierciedlenie w zaburzeniach kontroli impulsów, bulimii i podatności na zaburzenia afektywne.

## **1.4 Osobowość i temperament**

### **1.4.1 Osobowość**

Osobowość stanowi względnie stały dla danej osoby sposób zachowania i sposób myślenia, który rozwija się od wczesnej młodości i występuje w okresie całego życia. Wśród wielu koncepcji rozróżnia się dwa główne podejścia określające osobowość: nomotetyczne i ideograficzne. Podejście nomotetyczne określa osobowość jako zbiór stałych cech (wymiarów), charakterystycznych dla każdego człowieka, które mierzy się za pomocą kwestionariuszy psychometrycznych. Przedstawicielami tego podejścia są: Eysenck i jego teoria trzech czynników, czy Cloninger i jego siedmioczynnikowy model. Podejście ideograficzne określa osobowość jako zmienną, nie mającą stałych cech i jest skoncentrowane na rozwoju jednostki w czasie. Przedstawicielami tego podejścia są: Allport i jego podział na cechy wspólne i indywidualne, Maslow i jego hierarchia potrzeb, czy Freud i jego trzy czynniki osobowości: Id, Ego i Superego (Wright i wsp., 2008). Zaburzenia osobowości



określane są jako utrwalone wzorce przeżyć i zachowań, które powodują cierpienie lub znaczne upośledzenie funkcjonowania społecznego. Definiowanie zaburzeń osobowości rozpoczęło się na początku XIX wieku, a systemy klasyfikacji zaproponowane przez Kraepelina (1896) i Schneidera (1923 rok) można uznać za zwiastuny obecnych podejść klasyfikacyjnych DSM-IV i ICD-10 (Semple i wsp., 2007). W klasyfikacji ICD-10 stanowią one odrębną grupę zaburzeń psychicznych. W klasyfikacji DSM-IV zaburzenia osobowości zalicza się do II osi systemu diagnostycznego i grupuje się je w trzy skupienia: grupa ekscentryczna tworzy skupienie A (zaburzenia osobowości paranoidalne, schizoidalne i schizotypowe), grupa dramatyczna i emocjonalna tworzy skupienie B (zaburzenia osobowości histrioniczne, narcystyczne, antyspołeczne i graniczne) oraz grupa lękowa tworzy skupienie C (zaburzenia osobowości typu unikającego, zależnego i obsesyjno-kompulsyjnego) (ICD-10, DSM-IV). Współwystępowanie zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych jest częste. U pacjentów z restrykcyjną postacią anoreksji często występuje osobowość typu lękowego (53%), a u osób z typem bulimicznym zaburzeń jedzenia – osobowość typu granicznego (31%) (Cassin i von Ranson, 2005). Zaburzenia nastroju w skupieniu B są powszechne i mogą stanowić główną dolegliwość pacjentów (Scully, 1998).

#### **1.4.2 Temperament**

Pojęcie **temperamentu** wywodzi się z rozważań starożytnych filozofów i lekarzy greckich. Hipokrates wyjaśniał zdrowie i chorobę za pomocą koncepcji soków (humorów): „Ciało człowieka ma w sobie krew, flegmę i dwojakiemu rodzaju żółć, żółtą i czarną. Soki te stanowią naturę jego ciała i dzięki nim jest on zdrowy bądź chory”. Jego następca Galen uzupełnił tę teorię i na jej podstawie stworzył pierwszą typologię temperamentu. W monografii „De temperamentis” opisał dziewięć temperamentów, które podzielił na pierwotne (sangwinik, choleryk, melancholik, flegmatyk), wtórne (jako kombinacja czterech jakości: ciepła, zimna, wilgoci i suchości) oraz tzw. temperament idealny (optymalny). Podobnie jak osobowość, temperament współcześnie ma wiele definicji, które można sprowadzić do dwóch stwierdzeń: temperament rozumiany jako styl zachowania i jako styl wyrażania emocji. Jeden z badaczy Gordon Allport (1897–1967) uważał, że temperament jest cechą osobowości, uwarunkowaną biologicznie i ujawniającą się już w dzieciństwie, natomiast charakter jest cechą osobowości, kształtującą się na skutek interakcji ze środowiskiem. Zdaniem Allporta temperament (podobnie jak inteligencja i budowa ciała) jest surowcem, z którego rzeźbi się dopiero osobowość. Kolejni badacze, Buss (1975) i Plomin

(1984) zwrócili uwagę na dziedziczenie temperamentu. Inni naukowcy starali się wyodrębnić strukturę temperamentu i tak Eysenck zaproponował trójczynnиковą strukturę temperamentu: psychotyczność, neurotyczność i ekstrawersję, które nazwał wymiarami głównymi lub typami osobowości i stworzył narzędzie psychometryczne do oceny tych wymiarów – Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R (The Eysenck Personality Questionnaire-Revised), z kolei Cloninger zaproponował rozróżnienie czterech wymiarów temperamentu i trzech wymiarów charakteru, mierzonych za pomocą kwestionariusza temperamentu i charakteru TCI (Temperament and Charakter Inventory) (Strelau, 2012). Natomiast Akiskal i współpracownicy opisali pięć odmian tzw. temperamentów afektywnych: cyklotymiczny, drażliwy, hipertymiczny, depresyjny i lękowy, które mają być niepełnoobjawowym obrazem zaburzeń nastroju. Do oceny tych temperamentów skonstruowali kwestionariusz temperamentu TEMPS-A (Temperament Ewaluation of Memphis, Piza and San Diego-Autoquestionnaire TEMPS-A). Opis skal- TCI i TEMPS-A znajduje się w rozdziale Metody.

## **2 CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE**

Celem pracy było porównanie cech temperamentalnych i osobowościowych w grupie pacjentek ze współistniejącymi zaburzeniami odżywiania się i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi z grupą pacjentek z „czystą” chorobą afektywną dwubiegunową, z „czystymi” zaburzeniami odżywiania się oraz z grupą zdrowych kobiet.

Przyjęto następujące hipotezy badawcze:

1. U pacjentek z zaburzeniami jedzenia, współistnienie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych będzie wyższe w grupie z objawami bulimii.
2. Pacjentki z zaburzeniami jedzenia współistniejącymi z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, wykazywać będą różnice w zakresie temperamentu w porównaniu do pacjentek z anoreksją, bulimią, chorobą afektywną dwubiegunową i do osób z grupy kontrolnej.
3. Pacjentki z zaburzeniami jedzenia współistniejącymi z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, wykazywać będą różnice w zakresie cech osobowości w porównaniu do pacjentek z anoreksją, bulimią, chorobą afektywną dwubiegunową i do osób z grupy kontrolnej.

### **3 OSOBY BADANE**

W badaniu wzięło udział 227 kobiet, w tym 177 pacjentek i 50 zdrowych uczestniczek. Osoby badane pochodzą z populacji polskiej. Projekt uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu (Uchwała nr 12/07).

#### **3.1 Pacjenci i grupa kontrolna**

Badaniem objęto pacjentki hospitalizowane w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Klinice Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu oraz pacjentki leczone ambulatoryjnie w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Ogółem oceniono 177 kobiet, w tym:

- 34 pacjentki z rozpoznaniem anoreksji typu restrykcyjnego (AN-R) (średnia wieku 20 lat);
- 20 pacjentek z rozpoznaniem anoreksji typu bulimicznego (AN-B) (średnia wieku 20 lat);
- 76 pacjentek z rozpoznaniem bulimii (BUL) (średnia wieku 26 lat);
- 47 pacjentek z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej (MD) (średnia wieku 36 lat).

Badania wykonano w początkowym okresie leczenia zaostrzenia objawów chorobowych.

Osoby badane wypełniały wszystkie stosowane w pracy skale.

Spośród pacjentek z zaburzeniami jedzenia wyłoniono dodatkową grupę z tzw. podwójną diagnozą (zaburzenia jedzenia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej – MD). Grupa z podwójną diagnozą liczyła ogółem 80 pacjentek, w tym:

- 12 chorych z AN-R;
- 14 chorych z AN-B;
- 54 chorych z BUL.

Ogółem analizowano osiem grup.

Wszystkie pacjentki spełniały kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania się lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zgodnie z klasyfikacją ICD-10 i DSM-IV.

Pacjentki z podwójną diagnozą spełniały kryteria diagnostyczne spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej na podstawie kwestionariusza zaburzeń nastroju (MDQ).

Wykluczono współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych.

Grupę kontrolną (GK) stanowiły studentki Zaocznych Podyplomowych Studiów Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego. Oceną objęto 50 zdrowych kobiet, dotychczas nie leczonych z powodu zaburzeń psychicznych (średnia wieku 29 lat). U krewnych I stopnia nie występowały choroby psychiczne- dane uzyskano z wywiadu od osób z GK.

Wyłonienie grup z podwójną diagnozą, na podstawie wyniku Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju (MDQ) przedstawiono w tabeli nr 1.

W tabeli nr 2 i nr 3 zamieszczono liczebność grup badanych.

**Tabela 1** Tabela krzyżowa: częstość występowania spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (+MDQ) w grupach z zaburzeniami jedzenia

Grupa	Brak spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (-MDQ)		Obecne spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (+MDQ)		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
AN-R	22	64,7%	12	35,3%	34	100%
AN-B	6	30,0%	14	70%	20	100%
BUL	22	23,7%	54	76,3%	76	100%
Ogółem	46	35,4%	84	64,6%	130	100%

$Chi^2 = 17,59; p < 0,001$

Skróty użyte w tabeli: p- istotność między grupami, AN-R – anoreksja typ restrykcyjny, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia

Znamiennosc statystyczna w tabeli krzyżowej oznacza istotne różnice, rozkładu liczebności zmiennych MDQ i grup (3 poziomy zmiennej: AN-R, AN-B i BUL), analizowane łącznie.

Interpretacja wyników tabeli krzyżowej (kierunek różnic) odbywa się na podstawie analizy reszt (reszta = różnica między wartością obserwowaną a wartością oczekiwaną).

Kierunek różnic w tabeli nr 1:

Istotnie statystycznie więcej osób z rozpoznaniem AN-R ma -MDQ, a istotnie więcej osób z rozpoznaniem BUL ma +MDQ. W przypadku osób z rozpoznaniem AN-B reszty standaryzowane są bliskie zeru, co oznacza brak istotnych statystycznie różnic w występowaniu +MDQ.

**Tabela 2 Liczebność grup badanych**

Grupa	Częstość (n)	Procent
GK	50	22,0%
AN-R	22	9,7%
AN-B	6	2,6%
BUL	22	9,7%
AN-R + MD	12	5,3%
AN-B + MD	14	6,2%
BUL + MD	54	23,8%
MD	47	20,7%
Ogółem	227	100,0%

$Chi^2 = 89,09; p < 0,001$

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R– anoreksja typ restrykcyjny, AN-B– anoreksja typ bulimiczny, BUL- bulimia, AN-R + MD- AN-R i spektrum ChAD, AN-B + MD – AN-B i spektrum ChAD, BUL + MD- BUL i spektrum ChAD, MD- ChAD, p- istotność między grupami

Istotnie więcej osób należało do grup: GK, BUL + MD i MD.

**Tabela 3 Liczebność grup badanych**

Grupa	Częstość (n)	Procent
GK	50	22,0%
ZJ	50	22,0%
ZJ+MD	85	37,4%
MD	42	18,5%
Ogółem	227	100,0%

$Chi^2 = 19,50; p < 0,001$

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, ZJ – zaburzenia jedzenia, ZJ + MD – zaburzenia jedzenia i spektrum ChAD, MD – ChAD, p- istotność między grupami

Grupa ZJ+MD zawierała istotnie więcej osób niż pozostałe grupy.

## **4 METODYKA BADAŃ**

### **4.1 Ocena psychometryczna zaburzeń nastroju**

Ocena nasilenia objawów depresji była przeprowadzona z użyciem Inwentarza Depresji Becka, a występowanie objawów spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej oceniano przy użyciu Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju (Mood Disorder Questionnaire – MDQ).

#### **4.1.1 Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI)**

Inwentarz Depresji Becka, jest skalą samooceny. Został opublikowany w 1961 roku, a poprawiony w 1971 roku (Beck i wsp., 1961). Składa się z 21 pytań dotyczących samopoczucia pacjenta w ostatnich 7 dniach. Przy każdym z pytań jest możliwość wyboru jednej z czterech odpowiedzi, związanych z narastającym nasileniem objawów. Każdej odpowiedzi przypisana jest punktacja 0– 3, a suma punktów oznacza nasilenie depresji: 0–9 pkt – brak depresji, 10–18 pkt – depresja o łagodnym nasileniu, 19–29 pkt – depresja o umiarkowanym nasileniu, oraz wynik > 30pkt depresja o dużym nasileniu.

#### **4.1.2 Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (Mood Disorder Questionnaire – MDQ)**

Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju, jest narzędziem samooceny. Został opublikowany w 2000 roku przez Hirschfelda i wsp. (Hirschfeld i wsp., 2000). Służy do rozpoznawania spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. W pierwszej części znajduje się 13 pytań przygotowanych na podstawie kryteriów DSM-IV, dotyczących występowania objawów manii lub hipomanii. Druga część zawiera pytanie dotyczące jednoczasowości występowania powyższych objawów. W trzecim punkcie kwestionariusza na czterostopniowej skali pacjent zaznacza stopień upośledzenia funkcjonowania w okresie występowania objawów. Diagnozę spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej można postawić przy spełnionych następujących warunkach: część 1 – 7 lub więcej odpowiedzi twierdzących; pytanie 2 – odpowiedź twierdząca (jednoczasowość występowania objawów); pytanie 3 – odpowiedź – umiarkowany lub poważny problem.

## **4.2 Ocena psychometryczna zaburzeń jedzenia**

Do oceny objawów związanych z zaburzeniami jedzenia zastosowano Test Postaw Wobec Jedzenia

### **4.2.1 Test Postaw Wobec Jedzenia (Eating Attitudes Test – EAT-26)**

EAT-26 jest testem samooceny. Skala została opublikowana w 1982 roku przez Garnera i wsp. (Garner i wsp., 1982) i może stanowić narzędzie przesiewowe oraz służyć ocenie aktualnego leczenia. EAT-26 składa się z 26 pozycji, które dzielą się na 3 podskale: odchudzanie, bulimia i kontrola jedzenia oraz kontrola ustna/oralna. Końcowy wynik jest sumą wszystkich podskal. Wynik powyżej 20 pkt uznawany jest za dodatni.

## **4.3 Ocena psychometryczna osobowości i temperamentu**

Do oceny wymiarów osobowości posłużono się dwoma inwentarzami: TEMPS oraz TCI.

### **4.3.1 Kwestionariusz oceny temperamentu – wersja do samouzupelnienia (Temperament Evaluation of Memphis, Piza and San Diego – Autoquestionnaire TEMPS-A)**

TEMPS-A jest skalą samooceny, opublikowaną przez Akiskala i wsp. w 2005 roku. Składa się ze 110 pytań określających pięć wymiarów afektywnych temperamentu: depresyjnego (pytania 1–21), cyklotymicznego (pytania 22–42), hipertymicznego (pytania 43–63), drażliwego (pytania 64–84) i lękowego (pytania 85–110). Osoby z temperamentem depresyjnym cechuje m.in. pesymizm, wycofanie, niska samoocena, skłonność do narzekania. Osoby z temperamentem cyklotymicznym charakteryzują się częstymi zmianami nastroju, zmiennym poziomem energii i poczuciem własnej wartości, emocjonalnością i romantycznością. Osoby z temperamentem hipertymicznym mają wiele tzw. pozytywnych cech: towarzyskość, dowcipność, optymizm, pewność siebie, przebojowość, pomysłowość, mniejszą potrzebę snu i mniejszą męczliwość, lubią przewodzić, ryzykować, są prostolinijni. Osoby z temperamentem drażliwym są krytyczni i sceptyczni, zazdrośni, podatni na przemoc i niezadowoleni. Osoby z temperamentem lękowym są nieśmiałe, wrażliwe na krytykę, samoobwiniające i zamartwiające się oraz zależne od innych. Walidacja skali w populacji polskiej została przeprowadzona przez Borkowską i wsp. (2010).

Polską wersję skali TEMPS-A zastosowano u 521 studentów obojga płci. Na podstawie uzyskanych wyników zauważono dodatnią korelację pomiędzy wymiarami: depresyjnym i lękowym oraz pomiędzy wymiarami: cyklotymicznym i drażliwym.



Porównując natężenie poszczególnych wymiarów afektywnych u obojga płci, stwierdzono, że u mężczyzn istotnie bardziej nasilony był wymiar hipertymiczny, natomiast wymiar cyklotymiczny i lękowy istotnie bardziej był wyrażony u kobiet.

#### **4.3.2 Inwentarz Temperamentu i Charakteru (Temperament and Character Inventory – TCI)**

TCI jest testem samooceny, opublikowanym w 1993 roku przez Cloningera i wsp. TCI składa się z 240 pytań dotyczących określonych wymiarów osobowości: poszukiwanie nowości (novelty seeking – NS), unikanie szkody (harm avoidance – HA), zależność od nagrody (reward dependence – RD) oraz wytrwałość (persistence – P). Poszukiwanie nowości NS, definiuje się jako tendencję do aktywnego reagowania na bodźce. Unikanie szkody HA, oznacza tendencję do zahamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne. Zależność od nagrody RD, to tendencja do podtrzymywania zachowania w odpowiedzi na pozytywne wzmocnienia. Wytrwałość P, rozumiana jest jako zdolność do samodzielnego podtrzymywania określonej aktywności.

Charakter oceniają 3 cechy: samokierowanie (self-directedness SD), skłonność do współpracy (cooperativeness C) oraz autotranscendencja (self-transcendence ST). Wymiar SD, określa zdolność danej osoby do kontrolowania, regulowania i dostosowania własnego zachowania do określonej sytuacji. Wymiar C oznacza zdolność danej osoby do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób. Wymiar ST powiązany jest z duchowością i poczuciem integracji danej osoby ze wszechświatem. Podwymiary osobowości składające się na poszczególne wymiary zamieszczono w tabeli 3. Walidację skali przeprowadzono w 2000 roku we współpracy zespołów badawczych Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Poznaniu, Katedry Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie i Instytutu Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu (Zakrzewska i wsp., 2001). Podwymiary osobowości składające się na poszczególne wymiary przedstawiono w tabeli nr 4.

**Tabela 4** Podwymiary temperamentu i charakteru w psychobiologicznym modelu osobowości

<b>TEMPERAMENT</b>	
Poszukiwanie nowości (NS)	Ciekawość poznawcza (ns1)
	Impulsywność (ns2)
	Ekstrawagancja (ns3)
	Nieuporządkowanie (ns4)
unikanie szkody (HA)	Pesymizm (ha1)
	Lęk przed niepewnością (ha2)
	Lęk społeczny (ha3)
	Męczliwość i astenia (ha4)
Zależność od nagrody (RD)	Sentymentalność (rd1)
	Przywiązanie (rd2)
	Zależność (rd3)
Wytrwałość (P)	Wytrwałość (P)
<b>CHARAKTER</b>	
Skłonność do współpracy (C)	Tolerancja (c1)
	Empatia (c2)
	Gotowość do pomocy (c3)
	Wyrozumiałość (c4)
	Zintegrowane sumienie (c5)
Samokierowanie (SD)	Odpowiedzialność (sd1)
	Celowość postępowania (sd2)
	Zaradność (sd3)
	Samoakceptacja (sd4)
	Dobre nawyki (sd5)
Autotranscendencja (ST)	Kreatywność (st1)
	Identyfikacja transpersonalna (st2)
	Akceptacja duchowości (st3)

Źródło: Cloninger i wsp., 1993

## 5 ANALIZA STATYSTYCZNA

W analizie statystycznej zastosowano następujące metody:

1. Test Kruskala- Wallis'a użyto z powodu nierównolicznych grup do porównania średnich w grupach.
2. Test Chi-kwadrat użyto w celu sprawdzenia rozkładu liczebności w grupach.
3. Współczynnik korelacji  $r$  Pearsona użyto w celu sprawdzenia związków pomiędzy zmiennymi.
4. Analizę skupień metodą k-średnich użyto aby wyłonić grupy osób badanych, na podstawie wymiarów osobowości TCI i TEMPS-A

Analiza skupień jest narzędziem analizy danych, służącym do grupowania obiektów w możliwie jednorodne grupy – skupienia. Obiekty należące do jednego skupienia powinny być podobne do siebie, a obiekty należące do różnych skupień powinny być możliwie mocno niepodobne do siebie. Głównym celem tej analizy jest wykrycie w zbiorze danych tzw. naturalnych skupień, które dają się w sensowny sposób interpretować.

Wszystkie testy były analizowane na poziomie istotności  $\alpha=0,05$ .

Obliczenia wykonano przy pomocy pakietu statystycznego SPSS Statistica 21.

## 6 WYNIKI

### 6.1 Porównanie parametrów (wiek, masa ciała, wzrost, BMI) w poszczególnych grupach

Średnia masa ciała w grupie kontrolnej była zbliżona do masy ciała w grupach: BUL+MD oraz MD i istotnie większa od pozostałych grup.

Średnia wieku w grupie kontrolnej była istotnie wyższa od średniej w grupach: AN-R, AN-B oraz BUL i porównywalna z pozostałymi grupami.

Nie było istotnych różnic wzrostu w poszczególnych grupach. W tabeli nr 5 przedstawiono parametry somatyczne grup badanych i grupy kontrolnej.

**Tabela 5** Porównanie wieku, wagi, wzrostu i BMI w poszczególnych grupach

Grupa	n	Procent	Wiek (lata)	Waga (kg)	Wzrost (cm)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
GK	50	22,0%	28,81 ± 6,42 b	62,58 ± 10,69 a	1,68 ± 0,07	21,98 ± 3,62 ab
ZJ	50	22,0%	22,64 ± 7,76 c	50,47 ± 11,70 c	1,66 ± 0,07	18,28 ± 3,63 c
ZJ + MD	85	37,4%	28,94 ± 10,06 b	57,84 ± 12,42 b	1,67 ± 0,05	20,88 ± 4,40 b
MD	42	18,5%	36,18 ± 10,41 a	67,11 ± 11,84 a	1,67 ± 0,06	24,08 ± 3,79 a
Ogółem	227	100,0%	-	-	-	-
istotność	p<0,001		p<0,001	p<0,001	ns	p<0,001

Porównania wielokrotne: a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, ZJ – zaburzenia jedzenia, ZJ+MD – zaburzenia jedzenia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, ns – nieistotne statystycznie, p- istotność między grupami

Istotność oznacza, że średnie w grupach różnią się, ponieważ grup jest więcej niż 2 – dlatego literami a, b i c oznaczono, które grupy różnią się od których (a>b>c), a między którymi grupami nie ma różnic (a=a; b=b; c=c)

**Wiek:** najstarsze są osoby z MD (a>b>c); najmłodsze – osoby z ZJ (c <b<a); osoby z GK nie różnią się wiekiem od osób z ZJ + MD (b=b)

**Waga:** najwyższą m.c mają osoby z grupy MD i GK (a>b>c) przy czym osoby z grup MD i GK nie różnią się m.c (a=a); najniższą wagę mają osoby z grupy ZJ (c<b<a); osoby z grupy ZJ+MD mają wagę istotnie wyższą niż osoby z grupy ZJ (b>c), ale jednocześnie istotnie niższą niż osoby z grupy GK i MD (b<a).

**BMI:** najniższe BMI ma grupa ZJ (c<b<a); najwyższe BMI mają grupy: MD i GK przy czym GK nie różni się od grupy ZJ+MD.

W tabeli nr 6 przedstawiono różnice liczebności pomiędzy grupami a zakresami BMI.

**Tabela 6** Tabela Krzyżowa: różnice liczebności i odsetka nieprawidłowego BMI pomiędzy grupami

Grupa		normy BMI (kg/m <sup>2</sup> )		Ogółem
		<18	≥18	
GK	n	3	46	49
	% z grupa	6,1%	93,9%	100,0%
ZJ	n	26	23	49
	% z grupa	53,1%	46,9%	100,0%
ZJ+MD	n	22	60	82
	% z grupa	26,8%	73,2%	100,0%
MD	n	1	39	40
	% z grupa	2,5%	97,5%	100,0%
<i>Chi<sup>2</sup> = 43,02; p &lt; 0,001</i>				

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, ZJ – zaburzenia jedzenia, ZJ+MD – zaburzenia jedzenia i spektrum ChAD, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, p- istotność między grupami

Istotnie więcej osób z GK, ZJ+MD i MD ma BMI ≥18, a istotnie więcej osób z grupy ZJ ma BMI <18.

## 6.2 Porównanie nasilenia objawów depresyjnych w poszczególnych grupach badanych

Nasilenie depresji było istotnie większe w grupach: AN-B, BUL, AN-R+MD, AN-B+MD i BUL+MD niż w AN-R i GK. Różnice liczebności między grupami a zakresami norm Inwentarza Depresji Becka przedstawia tabela nr 7.

**Tabela 7** Różnice liczebności między grupami a zakresami norm Inwentarza Depresji Becka oraz średnimi wynikami Inwentarza Depresji Becka

Grupa		Grupy – normy Beck		Ogółem
		≤11	>11	
GK	n	41	9	50
	% z grupa	82,0%	18,0%	100,0%
AN-R	n	10	12	22
	% z grupa	45,5%	54,5%	100,0%
AN-B	n	1	5	6
	% z grupa	16,7%	83,3%	100,0%
BUL	n	4	18	22
	% z grupa	18,2%	81,8%	100,0%
AN-R+MD	n	2	10	12
	% z grupa	16,7%	83,3%	100,0%
AN-B+MD	n	2	12	14
	% z grupa	14,3%	85,7%	100,0%
BUL+MD	n	10	44	54
	% z grupa	18,5%	81,5%	100,0%
MD	n	18	29	47
	% z grupa	38,3%	61,7%	100,0%
Ogółem	n	88	139	227
	% z grupa	38,8%	61,2%	100,0%

$Chi^2 = 62,80; p < 0,001$

Porównania parami średniego wyniku BECK (istotność skorygowana): a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, p- istotność między grupami

### 6.3 Porównanie nasilenia objawów zaburzeń jedzenia w poszczególnych grupach badanych

Nie stwierdzono istotnych różnic nasilenia objawów zaburzeń jedzenia pomiędzy grupami.

Różnice liczebności między grupami a występowaniem zaburzeń jedzenia przedstawia tabela nr 8.

**Tabela 8** Różnice liczebności między grupami a występowaniem zaburzeń jedzenia

Grupy	EAT-26		Ogółem
	nie występowanie zaburzeń jedzenia	występowanie zaburzeń jedzenia	
AN-R	n	10	22
	% z grupa	45,5%	54,5%
AN-B	n	1	6
	% z grupa	16,7%	83,3%
B	n	6	21
	% z grupa	28,6%	71,4%
AN-R + MD	n	7	12
	% z grupa	58,3%	41,7%
AN-B + MD	n	2	14
	% z grupa	14,3%	85,7%
B + MD	n	13	54
	% z grupa	24,1%	75,9%
Ogółem	n	39	129
	% z grupa	30,2%	69,8%

$Chi^2 = 9,87; p > 0,05$

Skróty użyte w tabeli: AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, p-istotność między grupami

Nasilenie objawów zaburzeń jedzenia było istotnie częstsze wśród osób z objawami depresyjnymi. Porównanie nasilenia objawów depresyjnych i objawów zaburzeń jedzenia w grupach: ZJ i ZJ+MD, przedstawia tabela nr 9.

**Tabela 9** Częstości występowania zaburzeń jedzenia w grupach z różnym nasileniem objawów depresyjnych.

Normy Beck	EAT-26		Ogółem	
	nie występowanie zaburzeń jedzenia	występowanie zaburzeń jedzenia		
=<11	n	15	15	30
	% z grupy Beck	50,0%	50,0%	100,0%
>11	n	28	76	104
	% z grupy Beck	26,9%	73,1%	100,0%
<b>Ogółem</b>	n	43	91	134
	% z grupy Beck	32,1%	67,9%	100,0%

$Chi^2 = 5,69; p < 0,05$



## 6.4 Analiza porównawcza wymiarów temperamentu w poszczególnych grupach na podstawie wyników skali TEMPS-A

Porównanie wymiarów temperamentu w grupach badanych wykazało występowanie kilku istotnych danych. Wymiary: depresyjny i lękowy występowały istotnie rzadziej w GK niż w pozostałych grupach. Odwrotnie wymiar hipertymiczny występował istotnie częściej w GK niż w pozostałych grupach. Wymiar cyklotymiczny istotnie częściej stwierdzono w grupach: BUL, AN-B+MD, BUL+MD oraz MD. Wymiar drażliwy występował istotnie częściej w grupach: AN-B+MD i BUL+MD. Porównanie występowania wymiarów temperamentu w poszczególnych grupach przedstawia tabela nr 10 oraz wykresy nr: 1, 2, 3, 4 i 5.

**Tabela 10** Porównanie występowania wymiarów temperamentu TEMPS-A w poszczególnych grupach

grupy	TEMPS-A				
	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
GK	0,31 ±0,16 b	0,31 ±0,20 c	0,53 ±0,20 a	0,20 ±0,16 b	0,24 ±0,18 b
AN-R	0,49 ±0,19 a	0,44 ±0,26 bc	0,39 ±0,23 ab	0,29 ±0,17 ab	0,46 ±0,24 a
AN-B	0,62 ±0,26 a	0,49 ±0,16 abc	0,30 ±0,18 ab	0,22 ±0,20 ab	0,41 ±0,19 ab
BUL	0,54 ±0,22 a	0,56 ±0,23 ab	0,30 ±0,17 b	0,35 ±0,22 ab	0,53 ±0,19 a
AN-R + MD	0,50 ±0,25 ab	0,52 ±0,21 abc	0,44 ±0,30 ab	0,28 ±0,20 ab	0,41 ±0,23 ab
AN-B + MD	0,65 ±0,21 a	0,70 ±0,15 ab	0,21 ±0,15 b	0,43 ±0,18 a	0,70 ±0,21 a
BUL + MD	0,54 ±0,19 a	0,69 ±0,22 a	0,33 ±0,21 b	0,40 ±0,18 a	0,60 ±0,19 a
MD	0,55 ±0,24 a	0,57 ±0,26 ab	0,33 ±0,24 b	0,31 ±0,19 ab	0,54 ±0,23 a
istotność(p)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

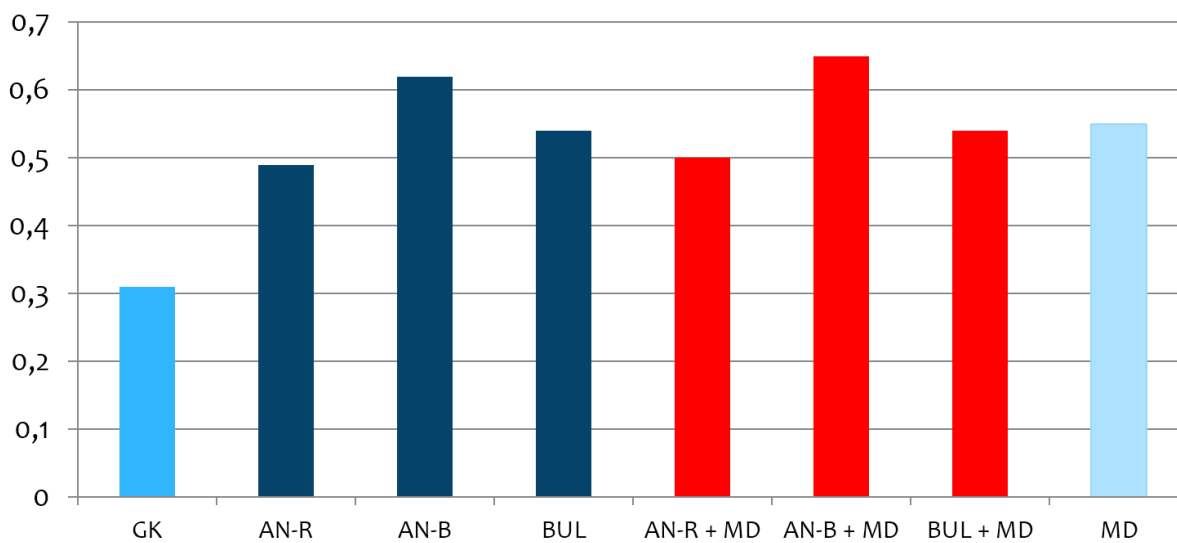
Porównania parami (istotność skorygowana): a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, p – istotność między grupami

Wyjaśnienie ogólnej zasady oznaczania średnich a, b i c:

Średnie przy których jest oznaczenie „a” nie różnią się istotnie od siebie, np. w wymiarze depresyjnym „a” jest przy średnich w grupach AN-R, AN-B, BUL, AN-R+MD, AN-B+MD i MD co oznacza, że osoby w tych grupach są w takim samym stopniu depresyjne (legenda a=a). GK ma jednak „b”. W legendzie jest napisane, że a>b, czyli osoby z GK są istotnie mniej depresyjne niż z pozostałych grup, z wyjątkiem grupy ANR+MD (ab), ponieważ w legendzie podano, że a>b a b=b.

**Wykres nr 1** TEMPS-A – różnice nasilenia wymiaru depresyjnego

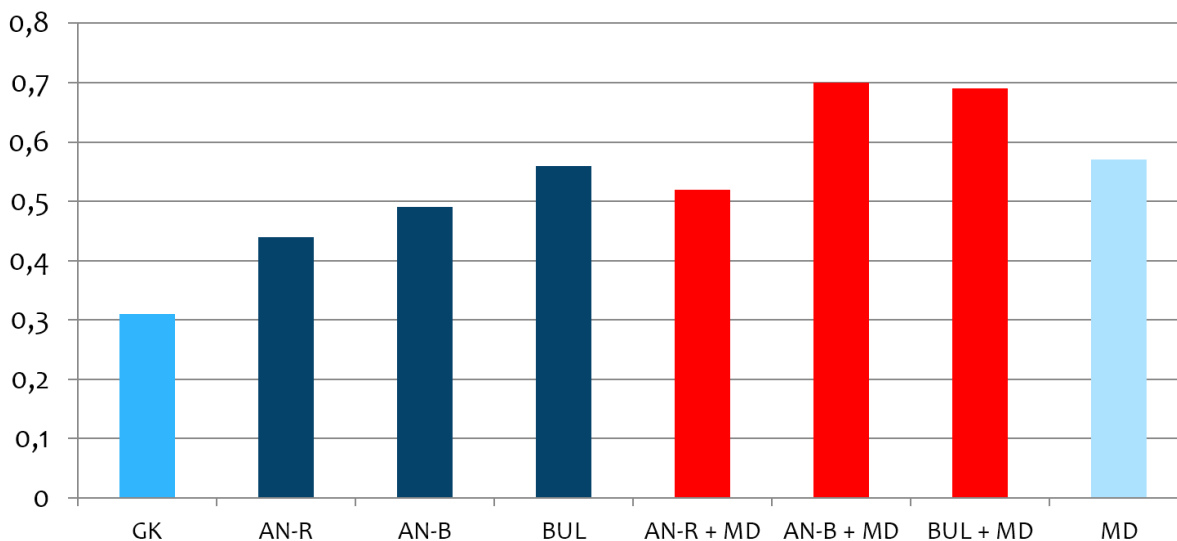


p – istotność między grupami

p<0,001

ZJ, ZJ+MD, MD>GK

**Wykres nr 2** TEMPS-A – różnice nasilenia wymiaru cyklotomicznego

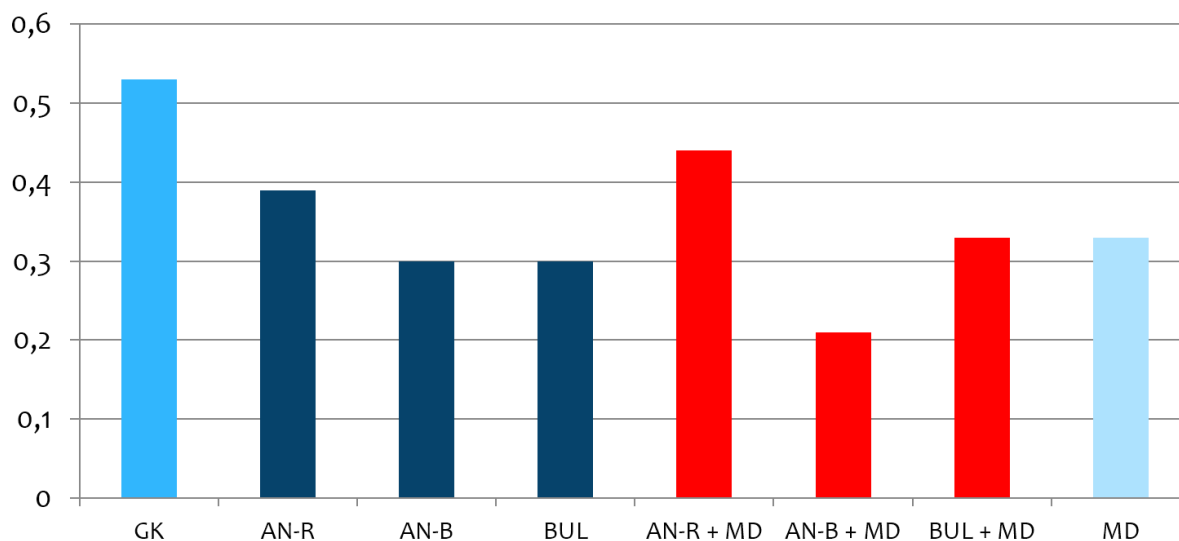


p – istotność między grupami

p<0,001

AN-B+MD, BUL+MD>BUL, MD, AN-R,+MD, AN, GK

**Wykres nr 3** TEMPS-A – różnice nasilenia wymiaru hipertymicznego

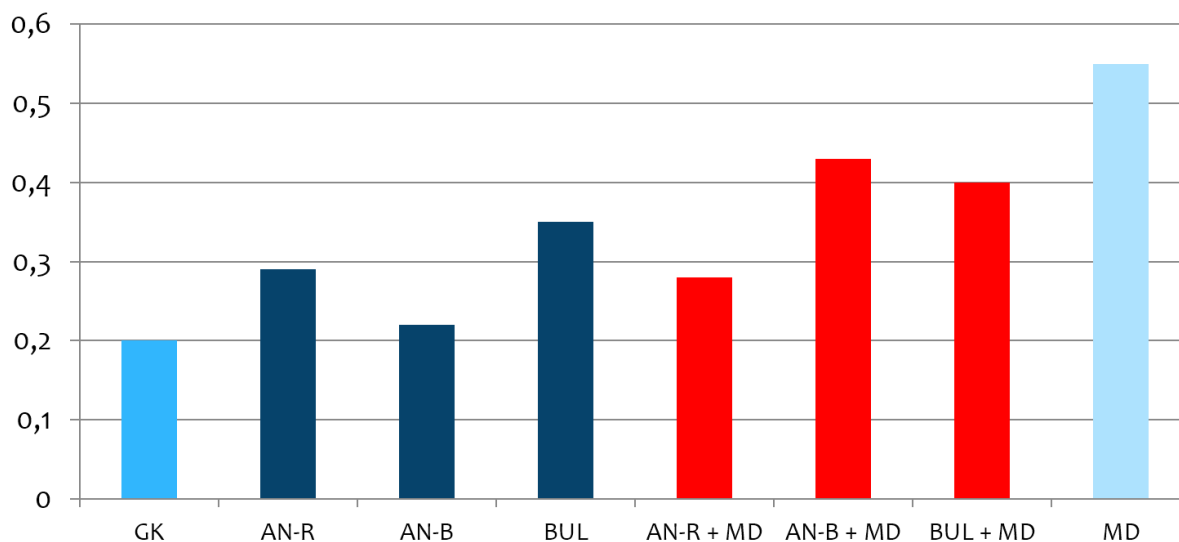


p – istotność między grupami

p<0,001

GK>AN-R+MD, AN, BUL, BUL+MD, MD>AN-B+MD

**Wykres nr 4** TEMPS-A – różnice nasilenia wymiaru drażliwego

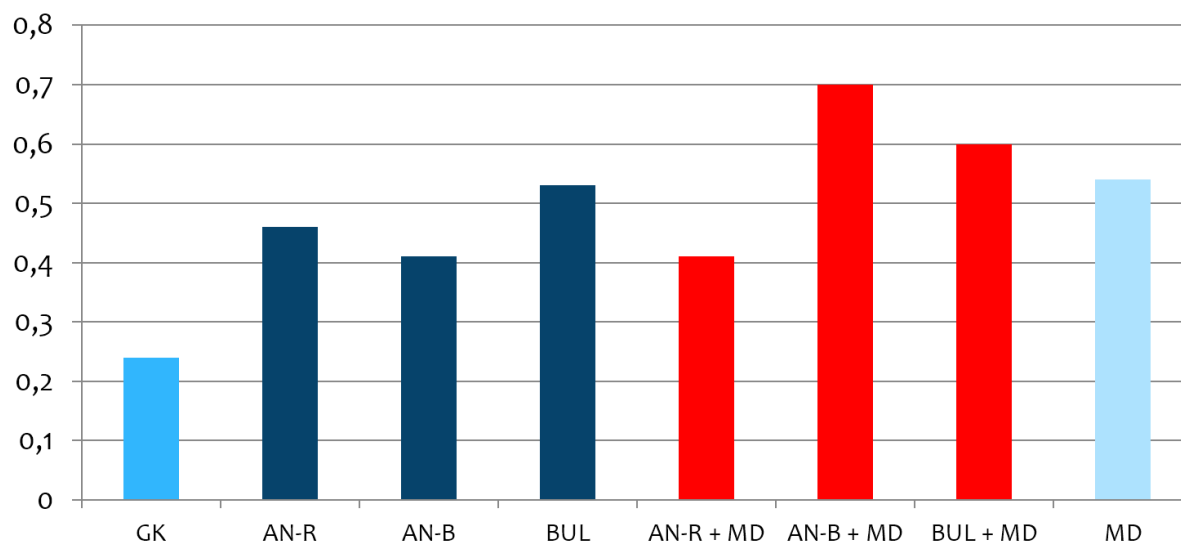


p – istotność między grupami

p<0,001

MD, AN-B+MD, BUL+MD>AN-R+MD, ZJ, GK

**Wykres nr 5** TEMPS-A – różnice nasilenia wymiaru lękowego



p – istotność między grupami

$p < 0,001$

AN-B+MD, BUL+MD, MD, BUL>AN-R+MD, AN, GK

### 6.4.1 Korelacje pomiędzy wymiarami temperamentu a nasileniem depresji

Na podstawie wyników zauważono dodatnią korelację pomiędzy wymiarem cyklotymicznym, depresyjnym, drażliwym i lękowym, a nasileniem depresji oraz ujemną korelację pomiędzy wymiarem hipertymicznym a nasileniem depresji (tabela nr11 i 12).

**Tabela 11** Korelacje między wymiarami temperamentu a wiekiem i nasileniem objawów depresji (N=224)

TEMP	Wiek	BECK
depresyjny	0,039	<b>0,541**</b>
cyklotymiczny	-0,100	<b>0,507**</b>
hipertymiczny	-0,050	<b>-0,382**</b>
drażliwy	-0,126	<b>0,443**</b>
lękowy	0,033	<b>0,569**</b>

p – istotność korelacji między grupami

\*p<0,05; \*\*p<0,01

**Tabela 12** Korelacje między wymiarami temperamentu a wiekiem i nasileniem objawów depresji w grupach badanych

TEMP	Wiek				Beck			
	GK (n=47)	ZJ (n=50)	ZJ+MD (n=84)	MD (n=42)	GK (n=50)	ZJ (n=50)	ZJ+MD (n=85)	MD (n=42)
depresyjny	<b>0,307*</b>	0,011	-0,067	0,014	<b>0,666**</b>	<b>0,530**</b>	<b>0,446**</b>	<b>0,297^</b>
cyklotymiczny	-0,140	-0,094	<b>-0,272*</b>	-0,162	<b>0,647**</b>	<b>0,548**</b>	<b>0,290**</b>	0,169
hipertymiczny	-0,171	-0,096	0,022	-0,011	<b>-0,386**</b>	<b>-0,444**</b>	<b>-0,329**</b>	0,011
drażliwy	-0,209	-0,023	-0,194	-0,214	<b>0,466**</b>	<b>0,447**</b>	<b>0,232*</b>	<b>0,368*</b>
lękowy	-0,017	0,169	-0,012	-0,127	<b>0,716**</b>	<b>0,410**</b>	<b>0,422**</b>	<b>0,378*</b>

p – istotność korelacji między grupami

\*p<0,05; \*\*p<0,01; ^p=0,056

## 6.5 Analiza porównawcza cech osobowości w poszczególnych grupach na podstawie wyników skali TCI

### 6.5.1 Analiza porównawcza wymiarów i podwymiarów osobowości

Wymiar poszukiwanie nowości (NS), był najmniej wyrażony w grupie AN-R, a najbardziej wyrażony w grupie BUL+MD. Podwymiar ciekawość poznawcza (ns1) był najmniej nasilony w grupach AN-R i AN-B+MD. Cecha impulsywność (ns2) była najbardziej wyrażona w grupie BUL+MD, a najmniej w grupach AN-R i AN-B. Cecha ekstrawagancja (ns3) była najmniej wyrażona w grupie AN-R, a najbardziej w grupie BUL+MD. Natomiast podwymiar nieuporządkowanie (ns4) najbardziej było wyrażone w grupie BUL+MD.

Analizę porównawczą wymiaru poszukiwanie nowości i jego podwymiarów osobowości skali TCI w poszczególnych grupach, przedstawia tabela nr 13 i wykres nr 6.

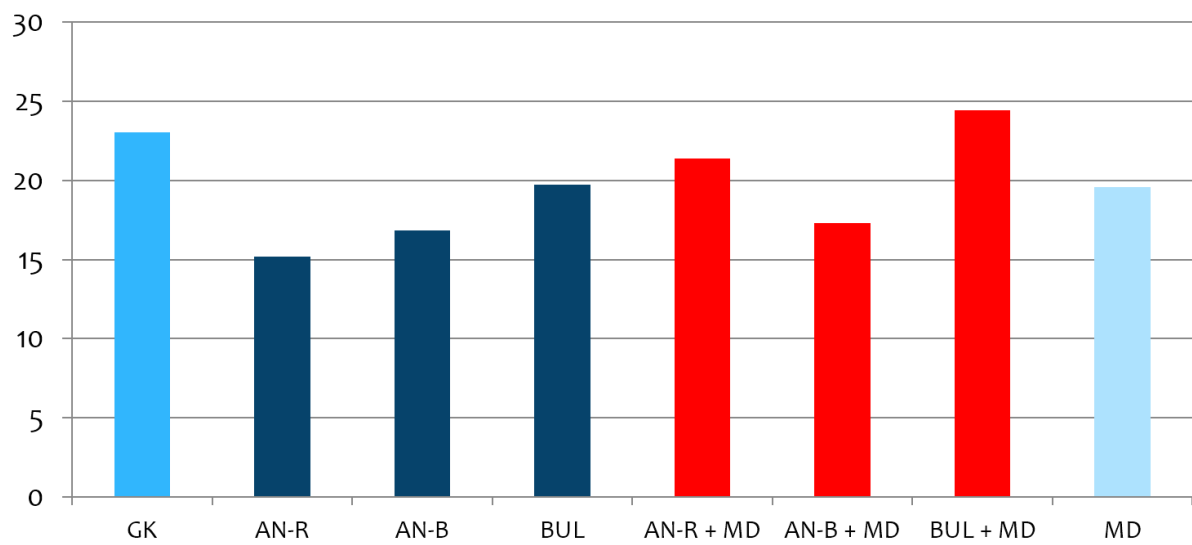
**Tabela 13** Różnice wyników wymiaru NS i jego podwymiarów osobowości między grupami

Grupy	NS	ns1	ns2	ns3	ns4
<b>GK (n=50)</b>	<b>23,06 ± 5,85 ab</b>	<b>7,02 ± 1,80 a</b>	<b>4,80 ± 2,46 ab</b>	<b>6,13 ± 2,05 ab</b>	<b>4,98 ± 1,73 ab</b>
<b>AN-R (n=22)</b>	<b>15,20 ± 8,06 c</b>	<b>4,00 ± 2,94 b</b>	<b>3,25 ± 2,20 b</b>	<b>3,85 ± 2,64 b</b>	<b>4,10 ± 2,65 ab</b>
<b>AN-B (n=6)</b>	<b>16,83 ± 2,04 abc</b>	<b>5,00 ± 2,28 ab</b>	<b>2,33 ± 1,21 b</b>	<b>4,50 ± 2,35 ab</b>	<b>5,00 ± 2,00 ab</b>
<b>BUL (n=22)</b>	<b>19,75 ± 6,75 abc</b>	<b>5,17 ± 2,85 ab</b>	<b>4,65 ± 2,46 ab</b>	<b>5,24 ± 2,93 ab</b>	<b>5,05 ± 2,26 ab</b>
<b>AN-R + MD (n=12)</b>	<b>21,40 ± 7,72 abc</b>	<b>6,10 ± 2,88 ab</b>	<b>4,30 ± 3,13 ab</b>	<b>6,00 ± 2,58 ab</b>	<b>5,00 ± 1,94 ab</b>
<b>AN-B + MD (n=14)</b>	<b>17,33 ± 7,68 abc</b>	<b>3,92 ± 2,02 b</b>	<b>4,46 ± 2,44 ab</b>	<b>4,17 ± 2,98 ab</b>	<b>4,77 ± 2,01 ab</b>
<b>BUL + MD (n=54)</b>	<b>24,46 ± 6,51 a</b>	<b>5,84 ± 2,39 ab</b>	<b>5,73 ± 2,33 a</b>	<b>6,61 ± 2,43 a</b>	<b>6,07 ± 2,00 a</b>
<b>MD (n=47)</b>	<b>19,57 ± 7,18 bc</b>	<b>5,43 ± 2,61 ab</b>	<b>4,10 ± 2,43 ab</b>	<b>5,30 ± 2,25 ab</b>	<b>4,68 ± 2,05 b</b>
<b>istotność(p)</b>	<0,001	<0,001	<0,01	<0,01	<0,05

Porównania parami (istotność skorygowana): a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, NS – poszukiwanie nowości, ns1 – ciekawość poznawcza, ns2 – impulsywność, ns3 – ekstrawersja, ns4 – nieuporządkowanie, p- istotność między grupami

**Wykres nr 6** TCI – różnice nasilenia wymiaru poszukiwanie nowości (NS)



p – istotność między grupami

p<0,001

BUL+MD, AN-R+MD, AN-B+MD, BUL, MD, GK>AN

Wymiar unikanie szkody (HA), najbardziej wyrażony był we wszystkich grupach badanych poza GK. Podwymiar lęk przed niepewnością (ha2) najbardziej był wyrażony w grupie MD. Natomiast cechy: lęk społeczny (ha3) oraz męczliwość i astenia (ha4) były najmniej nasilone wśród pacjentek z grup: AN-B+MD, BUL, BUL+MD i MD.

Analizę porównawczą wymiaru unikanie szkody HA i jego podwymiarów osobowości skali TCI w poszczególnych grupach, przedstawia tabela nr 14 i wykres nr 7.

**Tabela 14** Różnice wyników wymiaru HA i jego podwymiarów osobowości między grupami

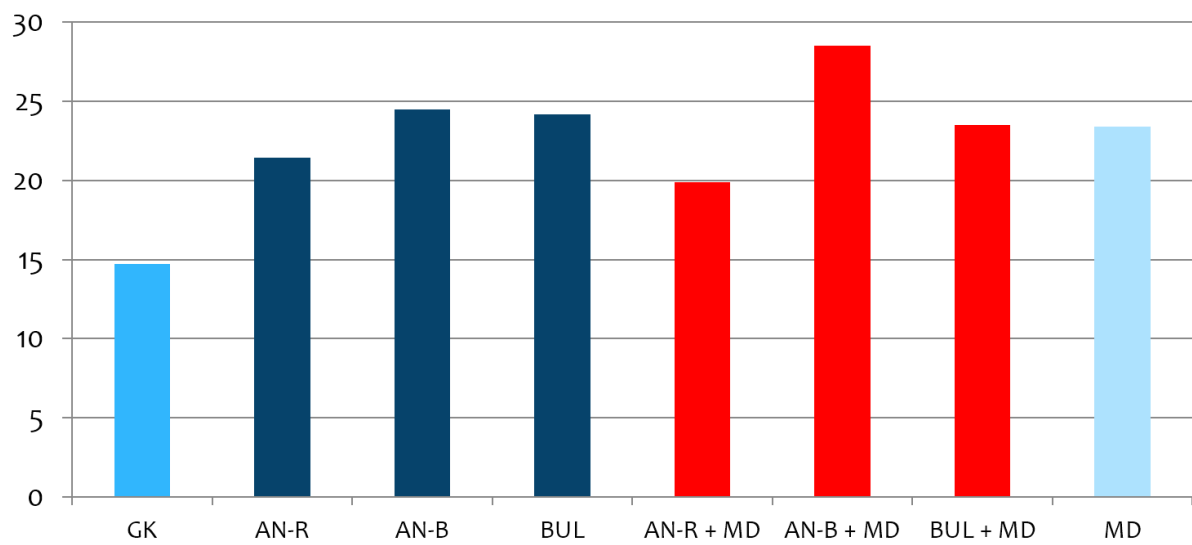
Grupy	HA	ha1	ha2	ha3	ha4
<b>GK (n=50)</b>	<b>14,70</b> ± 6,44 b	<b>4,32</b> ± 2,17 b	<b>3,81</b> ± 2,16 b	<b>3,10</b> ± 2,18 b	<b>3,52</b> ± 2,00 b
<b>AN-R (n=22)</b>	<b>21,44</b> ± 8,75 ab	<b>7,22</b> ± 2,84 a	<b>5,00</b> ± 2,32 ab	<b>5,15</b> ± 2,28 ab	<b>4,44</b> ± 2,75 ab
<b>AN-B (n=6)</b>	<b>24,50</b> ± 5,89 ab	<b>8,00</b> ± 2,53 ab	<b>5,50</b> ± 0,55 ab	<b>6,17</b> ± 1,47 ab	<b>4,83</b> ± 3,13 ab
<b>BUL (n=22)</b>	<b>24,16</b> ± 6,73 a	<b>8,00</b> ± 2,27 a	<b>4,90</b> ± 2,23 ab	<b>5,43</b> ± 2,27 a	<b>5,70</b> ± 2,32 ab
<b>AN-R + MD (n=12)</b>	<b>19,89</b> ± 11,61 ab	<b>6,67</b> ± 4,00 ab	<b>3,70</b> ± 2,26 ab	<b>5,40</b> ± 3,06 ab	<b>4,90</b> ± 3,57 ab
<b>AN-B + MD (n=14)</b>	<b>28,50</b> ± 4,19 a	<b>8,77</b> ± 2,45 a	<b>5,58</b> ± 1,44 ab	<b>6,92</b> ± 1,19 a	<b>6,54</b> ± 2,50 a
<b>BUL + MD (n=54)</b>	<b>23,50</b> ± 7,56 a	<b>7,72</b> ± 2,46 a	<b>4,78</b> ± 2,06 ab	<b>5,17</b> ± 2,34 a	<b>6,13</b> ± 2,57 a
<b>MD (n=47)</b>	<b>23,38</b> ± 7,15 a	<b>6,93</b> ± 2,32 a	<b>5,32</b> ± 2,02 a	<b>4,88</b> ± 2,39 a	<b>6,21</b> ± 2,40 a
<b>istotność(p)</b>	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001

Porównania parami (istotność skorygowana): a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – zaburzenia afektywne dwubiegunowe, HA – unikanie szkody, ha1 – pesymizm, ha2 – lęk przed niepewnością, ha3 – lęk społeczny, ha4 – męczliwość i astenia, p – istotność między grupami



**Wykres nr 7** TCI – różnice nasilenia wymiaru unikanie szkody (HA)



p – istotność między grupami

p<0,001

ZJ+MD, ZJ, MD>GK

Nie wykazano istotnych różnic w występowaniu wymiaru zależność od nagrody (RD) w badanych grupach. Natomiast podwymiar zależność (rd3) był najmniej wyrażony w grupie BUL.

Analizę porównawczą wymiaru zależność od nagrody (RD) i jego podwymiarów osobowości skali TCI w poszczególnych grupach, przedstawia tabela nr 15 i wykres nr 8.

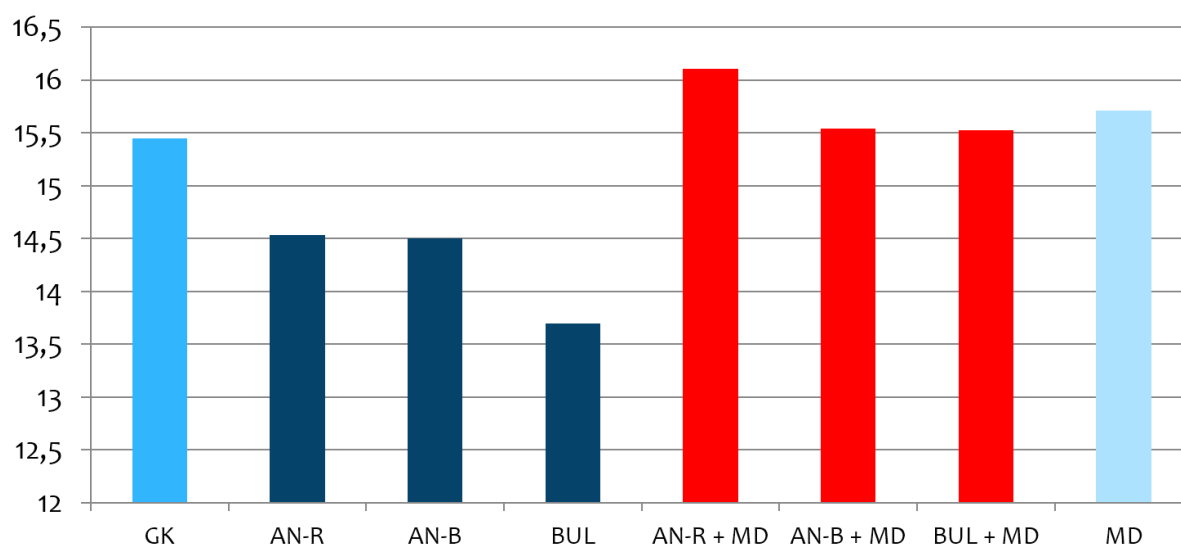
**Tabela 15** Różnice wyników wymiaru RD i jego podwymiarów osobowości między grupami

Grupa	RD	rd1	rd3
GK (n=50)	15,45 ± 3,54	6,67 ± 2,36	5,51 ± 1,85 a
AN-R (n=22)	14,53 ± 2,83	6,74 ± 1,88	4,28 ± 2,14 ab
AN-B (n=6)	14,50 ± 2,66	7,17 ± 1,94	4,17 ± 1,33 ab
BUL (n=22)	13,70 ± 5,61	6,67 ± 2,96	3,50 ± 2,40 b
AN-R + MD (n=12)	16,11 ± 4,11	7,00 ± 1,80	5,40 ± 2,50 ab
AN-B + MD (n=14)	15,54 ± 3,50	7,23 ± 1,59	4,23 ± 2,31 ab
BUL + MD (n=54)	15,53 ± 3,20	7,13 ± 1,80	4,64 ± 2,00 ab
MD (n=47)	15,71 ± 3,55	7,05 ± 2,22	5,11 ± 1,87 ab
istotność(p)	ns	ns	<0,05

Porównania parami (istotność skorygowana): a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, RD – zależność od nagrody, rd1 – sentymentalność, rd2 – przywiązanie, rd3 – zależność, ns – nieistotne statystycznie, p – istotność między grupami

**Wykres nr 8** TCI – różnice nasilenia wymiaru zależność od nagrody (RD)



p>0,05, p – istotność między grupami

Nie wykazano istotnych różnic w występowaniu wymiaru skłonność do współpracy (C) w badanych grupach. Podwymiar gotowość do pomocy (c3) najmniej była wyrażona w grupie BUL+MD.

Analizę porównawczą wymiaru skłonność do współpracy (C) i jego podwymiarów osobowości skali TCI w poszczególnych grupach, przedstawia tabela nr 16 i wykres nr 9.

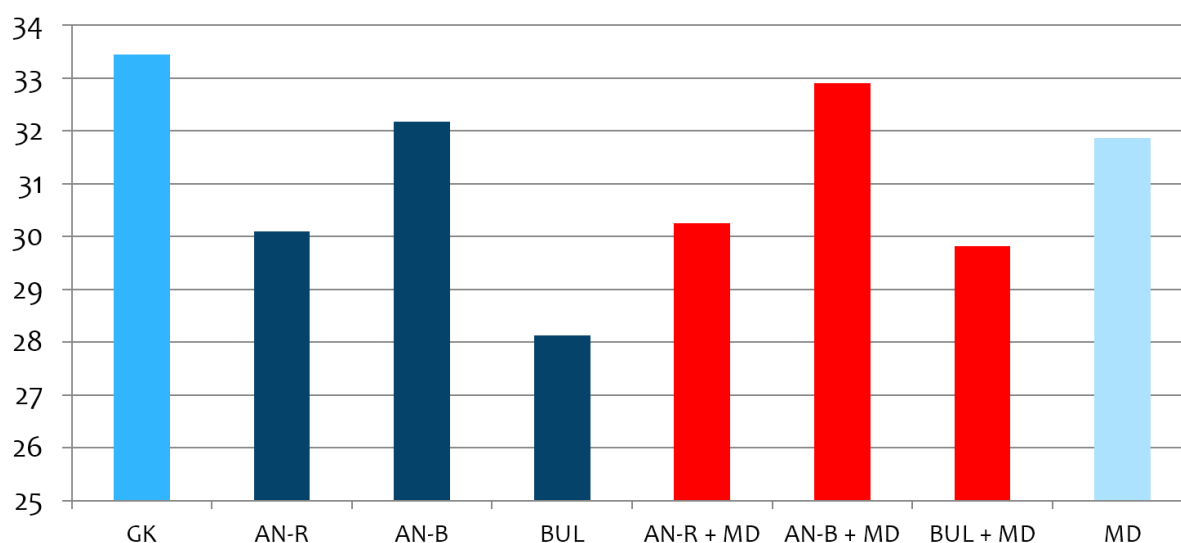
**Tabela 16** Różnice wyników wymiaru C i jego podwymiarów osobowości między grupami

Grupa	C	c1	c2	c3	c4	c5
GK (n=50)	33,45 ± 5,43	6,96 ± 1,37	5,06 ± 1,14	6,30 ± 1,37 a	7,64 ± 2,37	7,26 ± 1,42
AN-R (n=22)	30,10 ± 7,53	6,35 ± 1,69	4,05 ± 1,32	5,65 ± 1,95 ab	7,40 ± 2,52	6,65 ± 2,06
AN-B (n=6)	32,17 ± 5,49	6,83 ± 1,17	5,33 ± 0,82	5,50 ± 1,64 ab	6,83 ± 3,37	7,67 ± 0,82
BUL (n=22)	28,13 ± 9,55	6,30 ± 2,03	4,16 ± 2,03	5,25 ± 1,55 ab	7,30 ± 3,39	6,42 ± 2,24
AN-R + MD (n=12)	30,25 ± 6,90	6,10 ± 1,52	4,80 ± 1,14	6,00 ± 1,33 ab	7,25 ± 3,20	7,20 ± 1,93
AN-B + MD (n=14)	32,91 ± 5,38	6,33 ± 1,78	4,67 ± 0,98	6,00 ± 1,15 ab	9,00 ± 1,41	7,00 ± 1,68
BUL + MD (n=54)	29,82 ± 6,99	6,37 ± 1,65	4,30 ± 1,64	5,07 ± 1,61 b	7,67 ± 2,47	6,74 ± 1,56
MD (n=47)	31,86 ± 4,54	6,10 ± 2,06	4,48 ± 1,21	5,75 ± 1,20 ab	8,36 ± 1,65	7,37 ± 1,33
istotność(p)	ns	ns	0,050	<0,05	ns	ns

Porównania parami (istotność skorygowana): a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, C – skłonność do współpracy, c1 – tolerancja, c2 – empatia, c3 – gotowość do pomocy, c4 – wyrozumiałość, c5 – zintegrowane sumienie, ns – nieistotne statystycznie, p- istotność między grupami

**Wykres nr 9** TCI – różnice nasilenia wymiaru skłonność do współpracy (C)



p>0,05, p – istotność między grupami

Wymiar samokierowanie (SD) cechował się najniższym nasileniem w grupach: AN-B+MD oraz BUL+MD. Podwymiar celowość postępowania (sd2), był najmniej wyrażony w grupach: AN-R, AN-B+MD oraz BUL+MD. Cecha samokierowanie (sd3) najmniej była wyrażona wśród chorych z AN-R, AN-B+MD i BUL+MD. Nasilenie cechy dobre nawyki (sd5), nie różniło się w grupach AN-R i MD w porównaniu do GK. Natomiast istotnie niższe nasilenie tej cechy było w grupie AN-B+MD i BUL+MD.

Analizę porównawczą wymiaru samokierowania (SD) i jego podwymiarów osobowości skali TCI w poszczególnych grupach, przedstawia tabela nr 17 i wykres nr10.

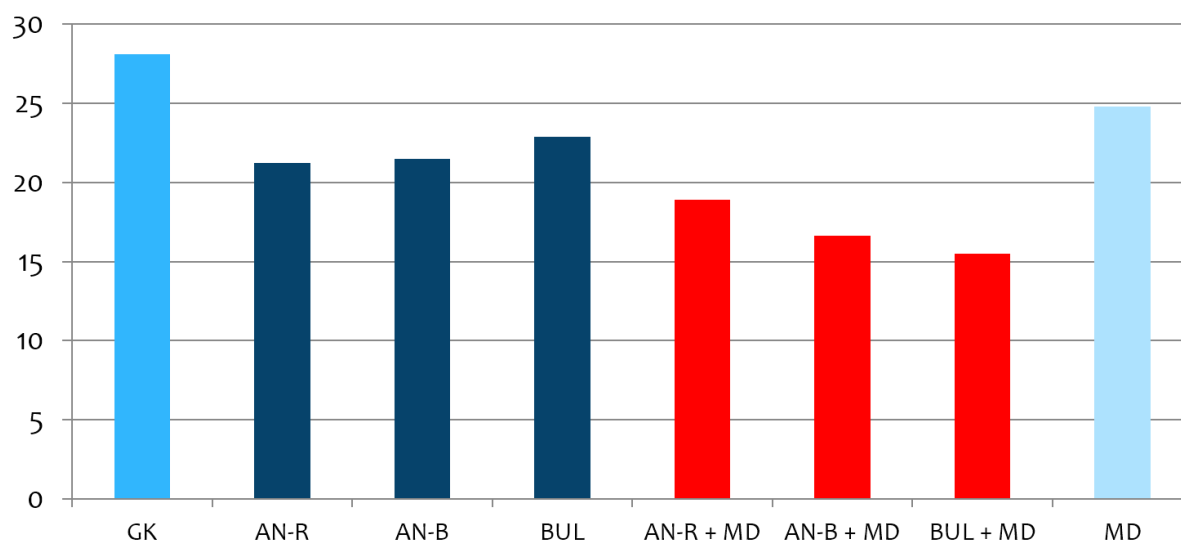
**Tabela 17** Różnice wyników wymiaru SD i jego podwymiarów osobowości między grupami

Grupa	SD	sd1	sd2	sd3	sd4	sd5
<b>GK (n=50)</b>	<b>28,09</b> ± 6,54 a	<b>5,87</b> ±,94 a	<b>5,54</b> ± 1,57 a	<b>3,31</b> ± 1,40 a	<b>5,37</b> ±2,32	<b>7,74</b> ± 2,20 a
<b>AN-R (n=22)</b>	<b>21,25</b> ± 6,51 abc	<b>3,89</b> ± 2,08 bc	<b>4,50</b> ± 1,75 abc	<b>1,55</b> ± 1,47 b	<b>4,37</b> ±2,87	<b>7,05</b> ±2,41 a
<b>AN-B (n=6)</b>	<b>21,50</b> ± 9,48 abc	<b>4,00</b> ± 2,90 ac	<b>5,00</b> ± 2,53 abc	<b>2,17</b> ± 1,60 ab	<b>4,67</b> ±2,94	<b>5,67</b> ±2,94 ab
<b>B (n=22)</b>	<b>22,87</b> ± 8,94 abc	<b>4,06</b> ± 2,18 ac	<b>4,21</b> ± 2,23 abc	<b>2,05</b> ± 1,82 ab	<b>6,00</b> ±3,04	<b>5,22</b> ±2,96 ab
<b>AN-R+MD (n=12)</b>	<b>18,89</b> ± 11,02 abc	<b>3,90</b> ± 2,69 ac	<b>3,00</b> ± 2,26 bc	<b>2,20</b> ± 2,04 ab	<b>5,56</b> ±3,84	<b>4,60</b> ±3,92 ab
<b>AN-B+MD (n=14)</b>	<b>16,64</b> ± 5,63 bc	<b>3,00</b> ± 2,71 bc	<b>2,92</b> ± 1,68 bc	<b>0,92</b> ± 1,04 b	<b>6,46</b> ±2,50	<b>2,67</b> ±1,92 b
<b>B+MD (n=54)</b>	<b>15,51</b> ± 6,26 c	<b>2,91</b> ± 2,14 c	<b>3,05</b> ± 1,60 c	<b>1,62</b> ± 1,41 b	<b>4,70</b> ±2,54	<b>4,05</b> ±2,53 b
<b>MD (n=47)</b>	<b>24,81</b> ± 6,79 ab	<b>4,90</b> ± 1,61 ab	<b>4,75</b> ± 2,00 ab	<b>2,20</b> ± 1,60 b	<b>5,88</b> ±2,86	<b>6,50</b> ±2,75 a
<b>istotność(p)</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	ns	<0,001

Porównania parami (istotność skorygowana): a=a; b=b; c=c; a>b>c

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, SD – skłonność do współpracy, sd1 – odpowiedzialność, sd2 – celowość postępowania, sd3 – zaradność, sd4 – samoakceptacja, sd5 – dobre nawyki, ns – nieistotne statystycznie, p – istotność między grupami

**Wykres nr 10** TCI – różnice nasilenia wymiaru samokierowanie (SD)



p – istotność między grupami

p<0,001

GK, MD, ZJ>ZJ+MD

Nie wykazano istotnych różnic w występowaniu wymiarów: wytrwałość (P) i autotranscendencja (ST) oraz jego podwymiarów w badanych grupach.

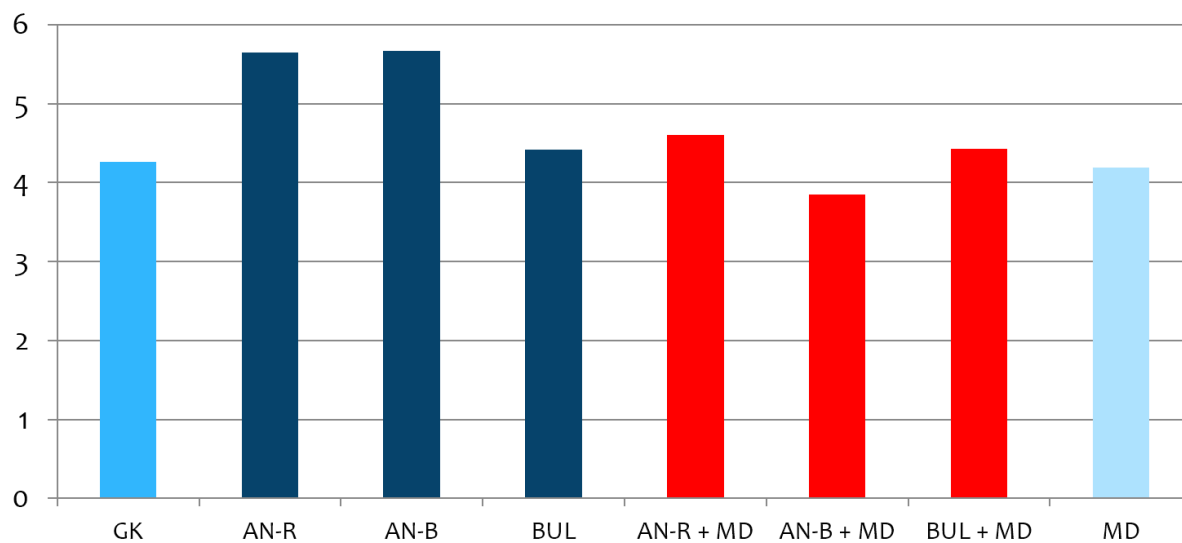
Analizę porównawczą wymiaru wytrwałość (P) oraz autotranscendencja (ST) i jego podwymiarów osobowości skali TCI w poszczególnych grupach, przedstawia tabela nr 18 i wykresy nr 11 i 12.

**Tabela 18** Różnice wyników wymiaru P oraz ST i jego podwymiarów osobowości między grupami

Grupa	ST	st1	st2	st3	P
<b>GK (n=50)</b>	<b>14,50±6,74</b>	<b>5,21±2,81</b>	<b>2,80±2,13</b>	<b>6,46±3,28</b>	<b>4,26±1,96</b>
<b>AN-R (n=22)</b>	<b>12,89±6,78</b>	<b>3,90±3,23</b>	<b>2,83±1,54</b>	<b>5,65±2,87</b>	<b>5,65±1,76</b>
<b>AN-B (n=6)</b>	<b>12,33±4,59</b>	<b>4,17±2,23</b>	<b>2,50±2,51</b>	<b>5,67±2,42</b>	<b>5,67±1,97</b>
<b>BUL (n=22)</b>	<b>13,27±8,32</b>	<b>4,79±3,28</b>	<b>2,65±2,18</b>	<b>6,11±3,30</b>	<b>4,42±2,17</b>
<b>AN-R + MD (n=12)</b>	<b>10,70±4,06</b>	<b>3,30±2,16</b>	<b>2,80±1,32</b>	<b>4,60±2,17</b>	<b>4,60±1,84</b>
<b>AN-B + MD (n=14)</b>	<b>12,73±3,85</b>	<b>4,46±2,03</b>	<b>3,09±2,26</b>	<b>5,69±2,36</b>	<b>3,85±1,91</b>
<b>BUL + MD (n=54)</b>	<b>13,84±7,00</b>	<b>4,69±2,76</b>	<b>3,04±2,34</b>	<b>6,27±3,01</b>	<b>4,43±1,93</b>
<b>MD (n=47)</b>	<b>15,16±7,82</b>	<b>4,95±2,99</b>	<b>3,19±2,51</b>	<b>6,33±3,67</b>	<b>4,19±1,84</b>
<b>istotność(p)</b>	ns	ns	ns	ns	ns

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, P – wytrwałość, ST – autotranscendencja, st1 – kreatywność, st2 – identyfikacja transpersonalna, st3 – akceptacja duchowości, ns – nieistotne statystycznie, p – istotność między grupami

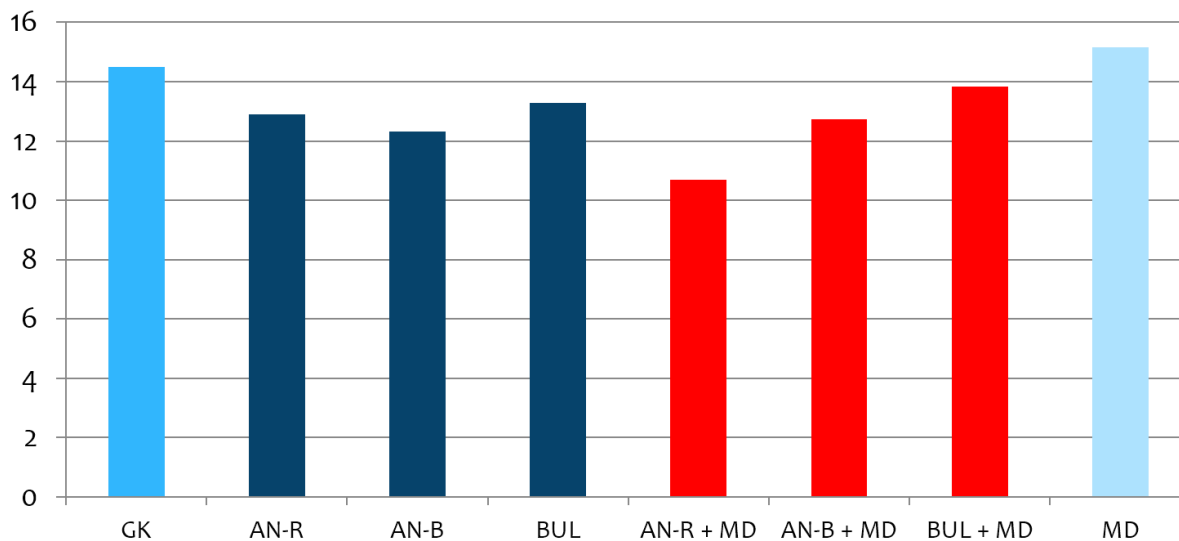
**Wykres nr 11** TCI – różnice nasilenia wymiaru wytrwałość (P)



p – istotność między grupami

p>0,05

**Wykres nr 12** TCI – różnice nasilenia wymiaru autotranscendencja (ST)



p – istotność między grupami

p>0,05

Różnice wszystkich wymiarów osobowości między grupami przedstawia tabela nr 19

**Tabela 19**

<b>Grupy</b>	<b>NS</b>	<b>HA</b>	<b>RD</b>	<b>C</b>	<b>SD</b>	<b>ST</b>	<b>P</b>
<b>GK (n=50)</b>	<b>23,06 ± 5,85 ab</b>	<b>14,70 ± 6,44 b</b>	<b>15,45 ± 3,54</b>	<b>33,45 ± 5,43</b>	<b>28,09 ± 6,54 a</b>	<b>14,50±6,74</b>	<b>4,26±1,96</b>
<b>AN-R (n=22)</b>	<b>15,20 ± 8,06 c</b>	<b>21,44 ± 8,75 ab</b>	<b>14,53 ± 2,83</b>	<b>30,10 ± 7,53</b>	<b>21,25 ± 6,51 abc</b>	<b>12,89±6,78</b>	<b>5,65±1,76</b>
<b>AN-B (n=6)</b>	<b>16,83 ± 2,04 abc</b>	<b>24,50 ± 5,89 ab</b>	<b>14,50 ± 2,66</b>	<b>32,17 ± 5,49</b>	<b>21,50 ± 9,48 abc</b>	<b>12,33±4,59</b>	<b>5,67±1,97</b>
<b>BUL (n=22)</b>	<b>19,75 ± 6,75 abc</b>	<b>24,16 ± 6,73 a</b>	<b>13,70 ± 5,61</b>	<b>28,13 ± 9,55</b>	<b>22,87 ± 8,94 abc</b>	<b>13,27±8,32</b>	<b>4,42±2,17</b>
<b>AN-R + MD (n=12)</b>	<b>21,40 ± 7,72 abc</b>	<b>19,89 ± 11,61 ab</b>	<b>16,11 ± 4,11</b>	<b>30,25 ± 6,90</b>	<b>18,89 ± 11,02 abc</b>	<b>10,70±4,06</b>	<b>4,60±1,84</b>
<b>AN-B + MD (n=14)</b>	<b>17,33 ± 7,68 abc</b>	<b>28,50 ± 4,19 a</b>	<b>15,54 ± 3,50</b>	<b>32,91 ± 5,38</b>	<b>16,64 ± 5,63 bc</b>	<b>12,73±3,85</b>	<b>3,85±1,91</b>
<b>BUL + MD (n=54)</b>	<b>24,46 ± 6,51 a</b>	<b>23,50 ± 7,56 a</b>	<b>15,53 ± 3,20</b>	<b>29,82 ± 6,99</b>	<b>15,51 ± 6,26 c</b>	<b>13,84±7,00</b>	<b>4,43±1,93</b>
<b>MD (n=47)</b>	<b>19,57 ± 7,18 bc</b>	<b>23,38 ± 7,15 a</b>	<b>15,71 ± 3,55</b>	<b>31,86 ± 4,54</b>	<b>24,81 ± 6,79 ab</b>	<b>15,16±7,82</b>	<b>4,19±1,84</b>
<b>istotność(p)</b>	<0,001	<0,001	ns	ns	<0,001	>0,05	ns

ns – nieistotne statystycznie, p – istotność między grupami



## 6.6 Analiza korelacji między czynnikami TEMPS-A a TCI

Zaobserwowano wiele istotnych korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu określonymi na podstawie skali TEMPS-A a cechami osobowości określonymi na podstawie skali TCI.

Zauważono dodatnią korelację dotyczącą występowania wymiaru poszukiwanie nowości (NS) i podwymiary ciekawość poznawcza (ns1) z temperamentem hipertymicznym oraz ujemną korelację z temperamentem depresyjnym. Podwymiar ns1 był również ujemnie skorelowany z temperamentem lękowym. Zaobserwowano dodatnią korelację podwymiary nieuporządkowanie (ns4) z temperamentem cyklotymicznym.

Analizę korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu skali TEMPS-A a wymiarem poszukiwanie nowości – NS i jego podwymiarami osobowości skali TCI, przedstawiono w tabeli nr 20.

**Tabela 20** Analiza korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu a wymiarem NS i jego podwymiarami (N=210)

	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
NS	<b>-0,337**</b>	0,142	<b>0,323**</b>	0,068	<b>-0,163*</b>
ns1	<b>-0,506**</b>	-0,044	<b>0,524**</b>	-0,113	<b>-0,399**</b>
ns2	<b>-0,229**</b>	0,099	<b>0,184**</b>	0,042	-0,052
ns3	<b>-0,185**</b>	0,108	0,084	-0,001	-0,063
ns4	-0,057	<b>0,318**</b>	0,073	<b>0,281**</b>	0,063

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Skróty użyte w tabeli: NS – poszukiwanie nowości, ns1 – ciekawość poznawcza, ns2 – impulsywność, ns3 – ekstrawersja, ns4 – nieuporządkowanie, p – istotność korelacji

Korelacja dodatnia występowała pomiędzy wymiarem unikanie szkody (HA) i podwymiarami: pesymizm (ha1), lęk przed niepewnością (ha2), lęk społeczny (ha3) oraz męczliwość i astenia (ha4) a temperamentem depresyjnym i lękowym. Wymiar HA oraz podwymiary ha1 i ha4 były dodatnio skorelowane z temperamentem cyklotymicznym. Podwymiar ha1 był również dodatnio skorelowany z temperamentem drażliwym. Natomiast cechy osobowości HA, ha1, ha2, ha3 i ha4 były ujemnie skorelowane z temperamentem hipertymicznym.

Analizę korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu skali TEMPS-A a wymiarem unikanie szkody (HA) i jego podwymiarami osobowości skali TCI, przedstawiono w tabeli nr 21.

**Tabela 21** Analiza korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu a wymiarem HA i jego podwymiarami

	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
HA	<b>0,656**</b>	<b>0,386**</b>	<b>-0,769**</b>	<b>0,280**</b>	<b>0,629**</b>
ha1	<b>0,630**</b>	<b>0,421**</b>	<b>-0,670**</b>	<b>0,355**</b>	<b>0,607**</b>
ha2	<b>0,425**</b>	0,094	<b>-0,601**</b>	0,064	<b>0,388**</b>
ha3	<b>0,595**</b>	<b>0,275**</b>	<b>-0,603**</b>	<b>0,213**</b>	<b>0,514**</b>
ha4	<b>0,502**</b>	<b>0,382**</b>	<b>-0,598**</b>	<b>0,257**</b>	<b>0,536**</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Skróty użyte w tabeli: HA – unikanie szkody, ha1 – pesymizm, ha2 – lęk przed niepewnością, ha3 – lęk społeczny, ha4 – męczliwość i astenia, p – istotność korelacji

Nie zaobserwowano istotnych korelacji pomiędzy wymiarem zależność od nagrody (RD) i jego podwymiarami: rd1, rd2, rd3 i rd4.

Analizę korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu skali TEMPS-A a wymiarem zależność od nagrody (RD) i jego podwymiarami osobowości skali TCI, przedstawia tabela nr 22.

**Tabela 22** Analiza korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu a wymiarem RD i jego podwymiarami

	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
RD	0,034	0,075	-0,065	-0,014	0,133
rd1	<b>0,202**</b>	<b>0,249**</b>	0,014	0,114	<b>0,309**</b>
rd3	<b>-0,221**</b>	-0,056	<b>0,168*</b>	-0,021	<b>-0,144*</b>
rd4	<b>0,189**</b>	-0,038	<b>-0,442**</b>	-0,137	<b>0,157*</b>

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Skróty użyte w tabeli: RD – zależność od nagrody, rd1 – sentymentalność, rd2 – przywiązanie, rd3 – zależność, p – istotność korelacji

Zauważono ujemną korelację wymiaru skłonność do współpracy (C) i podwymiarem tolerancja (c1) a temperamentem drażliwym.

Analizę korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu skali TEMPS-A a wymiarem skłonność do współpracy (C) i jego podwymiarami osobowości skali TCI, przedstawia tabela nr 23.

**Tabela 23** Analiza korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu a wymiarem C i jego podwymiarami

	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
C	-0,141	<b>-0,195**</b>	0,021	<b>-0,351**</b>	-0,113
c1	-0,102	<b>-0,170*</b>	0,031	<b>-0,319**</b>	-0,104
c2	-0,124	-0,136	<b>0,195**</b>	<b>-0,187**</b>	<b>-0,211**</b>
c3	<b>-0,146*</b>	<b>-0,169*</b>	0,037	<b>-0,266**</b>	<b>-0,178*</b>
c4	-0,020	-0,084	-0,065	<b>-0,237**</b>	0,038
c5	-0,023	-0,110	<b>-0,161*</b>	<b>-0,226**</b>	0,003

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Skróty użyte w tabeli: C – skłonność do współpracy, c1 – tolerancja, c2 – empatia, c3 – gotowość do pomocy, c4 – wyrozumiałość, c5 – zintegrowane sumienie, p – istotność korelacji

Zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy wymiarem samokierowanie (SD) i podwymiarami: odpowiedzialność (sd1), celowość postępowania (sd2), zaradność (sd3), samoakceptacja (sd4) oraz dobre nawyki (sd5) a temperamentem hipertymicznym. Zaobserwowano również dodatnią korelację pomiędzy cechami osobowości: SD, sd1, sd2, sd3 i sd5 a temperamentem cyklotymicznym oraz korelację ujemną z temperamentem lękowym, depresyjnym i drażliwym.

Analizę korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu skali TEMPS-A a wymiarem samokierowanie (SD) i jego podwymiarami osobowości skali TCI, przedstawia tabela nr 24.

**Tabela 24** Analiza korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu a wymiarem SD i jego podwymiarami

	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
SD	-0,496**	-0,500**	0,422**	-0,519**	-0,524**
sd1	-0,510**	-0,473**	0,313**	-0,459**	-0,475**
sd2	-0,426**	-0,437**	0,384**	-0,380**	-0,472**
sd3	-0,548**	-0,373**	0,570**	-0,342**	-0,552**
sd4	-0,036	-0,163*	-0,112	-0,244**	-0,103
sd5	-0,315**	-0,368**	0,421**	-0,349**	-0,315**

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Skróty użyte w tabeli: SD – skłonność do współpracy, sd1 – odpowiedzialność, sd2 – celowość postępowania, sd3 – zaradność, sd4 – samoakceptacja, sd5 – dobre nawyki, p – istotność korelacji

Zauważono dodatnią korelację występowania wymiaru autotranscendencja (ST) i podwymiaru kreatywność (st1) z temperamentem hipertymicznym. Nie zaobserwowano istotnych korelacji pomiędzy wymiarem wytrwałość (P) a poszczególnymi wymiarami temperamentu.

Analizę korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu skali TEMPS-A a wymiarem Wytrwałości (P) oraz autotranscendencją (ST) i jej podwymiarami osobowości skali TCI, przedstawia tabela nr 25.

**Tabela 25** Analiza korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu a wymiarem P oraz ST i jego podwymiarami

	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
ST	0,061	<b>0,206**</b>	<b>0,340**</b>	0,084	0,112
st1	0,052	<b>0,234**</b>	<b>0,339**</b>	<b>0,150*</b>	0,065
st2	0,117	<b>0,192**</b>	<b>0,265**</b>	0,121	0,135
st3	-0,056	0,114	<b>0,284**</b>	-0,012	0,081
P	0,056	-0,058	0,136	-0,087	-0,033

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Skróty użyte w tabeli: P – wytrwałość, ST – autotranscendencja, st1 – kreatywność, st2 – identyfikacja transpersonalna, st3 – akceptacja duchowości, p – istotność korelacji

Zbiorną analizę korelacji pomiędzy wymiarami temperamentu TEMPS-A, a wymiarami osobowości TCI przedstawia tabela nr 26.

**Tabela 26**

TCI	TEMPS-A				
	depresyjny	cyklotymiczny	hipertymiczny	drażliwy	lękowy
NS	<b>-0,337**</b>	0,142	<b>0,323**</b>	0,068	<b>-0,163*</b>
HA	<b>0,656**</b>	<b>0,386**</b>	<b>-0,769**</b>	<b>0,280**</b>	<b>0,629**</b>
RD	0,034	0,075	-0,065	-0,014	0,133
C	-0,141	<b>-0,195**</b>	0,021	<b>-0,351**</b>	-0,113
SD	<b>-0,496**</b>	<b>-0,500**</b>	<b>0,422**</b>	<b>-0,519**</b>	<b>-0,524**</b>
ST	0,061	<b>0,206**</b>	<b>0,340**</b>	0,084	0,112
P	0,056	-0,058	0,136	-0,087	-0,033

\*p<0,05; \*\*p<0,01, p – istotność korelacji

## 6.7 Analiza korelacji między cechami osobowości a występowaniem objawów depresji

Zaobserwowano ujemną korelację pomiędzy samokierowaniem (SD), odpowiedzialnością (sd1), celowością postępowania (sd2), zaradnością (sd3), dobrymi nawykami (sd5), ciekawością poznawczą (ns1) oraz zależnością (rd3) a występowaniem objawów depresji. Dodatnia korelacja z występowaniem objawów depresji, dotyczyła takich cech jak: męczliwość i astenia (ha4), lęk społeczny (ha3), sentymentalność (rd1), pesymizm (ha1) oraz unikaniem szkody (HA).

Analizę korelacji pomiędzy wymiarami i podwymiarami osobowości skali TCI a wiekiem i objawami depresyjnymi przedstawiono w tabeli nr 27.

**Tabela 27** Analiza korelacji pomiędzy wymiarami i podwymiarami osobowości skali TCI a wiekiem i objawami depresyjnymi (N=207)

TCI	Wiek	BECK	TCI	Wiek	BECK	TCI	Wiek	BECK
NS	0,007	<b>-0,148*</b>	HA	-0,064	<b>0,522**</b>	RD	<b>0,161*</b>	0,030
ns1	-0,138	<b>-0,257**</b>	ha1	-0,124	<b>0,570**</b>	rd1	<b>0,159*</b>	<b>0,206**</b>
ns2	0,116	-0,130	ha2	0,090	<b>0,180**</b>	rd3	0,086	<b>-0,220**</b>
ns3	0,087	-0,104	ha3	-0,042	<b>0,416**</b>	rd4	0,105	0,076
ns4	-0,042	<b>0,140*</b>	ha4	0,007	<b>0,404**</b>			
C	-0,028	-0,145	SD	0,093	<b>-0,592**</b>	ST	0,076	-0,013
c1	-0,098	-0,076	sd1	0,089	<b>-0,443**</b>	st1	-0,030	0,003
c2	-0,094	<b>-0,139*</b>	sd2	0,021	<b>-0,574**</b>	st2	<b>0,151*</b>	0,052
c3	-0,044	-0,121	sd3	0,071	<b>-0,481**</b>	st3	0,057	-0,081
c4	0,131	-0,045	sd4	0,099	-0,098	P	-0,096	0,012
c5	-0,015	-0,027	sd5	0,111	<b>-0,450**</b>			

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Skróty użyte w tabeli: NS – poszukiwanie nowości, ns1 – ciekawość poznawcza, ns2 – impulsywność, ns3 – ekstrawersja, ns4 – nieuporządkowanie, HA – unikanie szkody, ha1 – pesymizm, ha2 – lęk przed niepewnością, ha3 – lęk społeczny, ha4 – męczliwość i astenia, RD – zależność od nagrody, rd1 – sentymentalność, rd2 – przywiązanie, rd3 – zależność, C – skłonność do współpracy, c1 – tolerancja, c2 – empatia, c3 – gotowość do pomocy, c4 – wyrozumiałość, c5 – zintegrowane sumienie, SD – skłonność do współpracy, sd1 – odpowiedzialność, sd2 – celowość postępowania, sd3 – zaradność, sd4 – samoakceptacja, sd5 – dobre nawyki, P – wytrwałość, ST – autotranscendencja, st1 – kreatywność, st2 – identyfikacja transpersonalna, st3 – akceptacja duchowości, p – istotność korelacji



## 6.8 Analiza grup dotycząca niecałkowitego wypełnienia skali TCI

Jednym z ograniczeń badania były częste braki w odpowiedziach dotyczących skali TCI. To spowodowało odrzucenie z analizy statystycznej wielu kwestionariuszy. Skala TCI zawiera 240 pytań i jest to najdłuższa skala używana w tym badaniu. Z tego powodu dokonano analizy tego zjawiska.

Całego TCI nie wypełniło 99 osób (43,6%), a 128 osób (56,4%) oddało w całości uzupełniony kwestionariusz.

Osoby, które nie wypełniły w całości TCI, najczęściej należały do grupy BUL i MD, ich wynik BMI mieścił się w granicach normy, a w skali BECK, obecne były objawy depresji.

Analizę częstości wypełnienia TCI w poszczególnych grupach przedstawia tabela nr 28.

**Tabela 28** Analiza częstości wypełnienia TCI w poszczególnych grupach

GRUPA	braki danych w TCI				Ogółem	
	nie wypełniła całego TCI		wypełniła cały TCI		n	%
	n	%	n	%		
GK	13	26,0%	37	74,0%	50	100,00%
AN-R	9	40,9%	13	59,1%	22	100,00%
AN-B	0	0,00%	6	100%	6	100,00%
BUL	13	59,1%	9	40,9%	22	100,00%
AN-R + MD	5	41,7%	7	58,3%	12	100,00%
AN-B + MD	7	50%	7	50%	14	100,00%
BUL + MD	24	44,4%	30	55,6%	54	100,00%
MD	28	59,6%	19	40,4%	47	100,00%
Ogółem	99	43,6%	128	56,4%	227	100,00%

$Chi^2=20,81$ ;  $p < 0,01$

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, p – istotność między grupami

Różnice liczebności w wypełnieniu TCI w zależności od wartości BMI, przedstawia tabela nr 29.

**Tabela 29** Różnice liczebności w wypełnieniu TCI w zależności od wartości BMI

Normy BMI	Braki danych w TCI				Ogółem	
	nie wypełniła całego TCI		wypełniła cały TCI		n	%
	n	%	n	%		
<18	25	26%	27	21,8%	52	23,6%
≥18	71	74%	97	78,2%	168	76,4%
Ogółem	96	100,00%	124	100,00%	220	100,00%

$Chi^2=0,55; p > 0,05$

BMI	Braki danych w TCI		Test Manna-Whitneya	
	nie wypełniła całego TCI	wypełniła cały TCI	Z	istotność
	M±SD	M±SD		
<b>BMI</b>	20,77±4,07	21,40±4,58	0,85	ns

ns – nieistotne statystycznie, p – istotność między grupami

Różnice liczebności w wypełnieniu TCI w zależności od nasilenia objawów depresji, przedstawia tabela nr 30.

**Tabela 30** Różnice liczebności w wypełnieniu TCI w zależności od nasilenia objawów depresji

Normy BECK	Braki danych w TCI				Ogółem	
	nie wypełniła całego TCI		wypełniła cały TCI		n	%
	n	%	n	%		
≤11	31	31,60%	57	44,50%	88	38,80%
>11	68	68,7%	71	55,50%	139	61,20%
Ogółem	99	100,00%	128	100,00%	227	100,00%

$Chi^2=4,11; p < 0,05$

## **6.9 Analiza skupień**

### **6.9.1 Analiza skupień TEMPS-A**

Na podstawie analizy skupień wymiarów osobowości TEMPS-A, metodą k-średnich, wyłoniono trzy jednorodne grupy osób przypisanych do skupienia nr 1, skupienia nr 2 i skupienia nr 3.

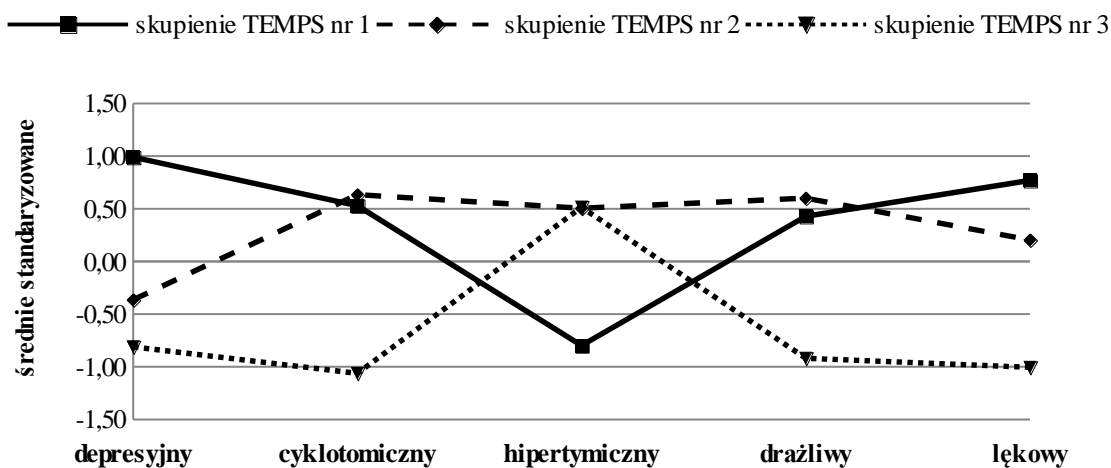
Osoby ze skupienia nr 1 miały wyrażony najbardziej wymiar depresyjny i lękowy, a najmniej wyrażony był wymiar hipertymiczny.

Osoby ze skupienia nr 2 miały najbardziej wyrażony wymiar cyklotymiczny, hipertymiczny i drażliwy, a najmniej wyrażony był wymiar depresyjny i lękowy.

Osoby ze skupienia nr 3 miały najbardziej wyrażony wymiar hipertymiczny. Pozostałe wymiary były słabo wyrażone.

Analizę wymiarów TEMPS-A w poszczególnych skupieniach przedstawia wykres nr 13 i tabela nr 31.

**Wykres nr 13** Analiza wymiarów TEMPS-A w poszczególnych skupieniach



**Tabela 31** Analiza wymiarów TEMPS-A w poszczególnych skupieniach

TEMPS-A	skupienie TEMPS-A nr 1 (n=87)	skupienie TEMPS-A nr 2 (n=60)	skupienie TEMPS-A nr 3 (n=79)	F	df	p
depresyjny	0,72±0,14	0,41±0,15	0,31±0,13	200,236	2,223	<0,001
cyklotymiczny	0,67±0,19	0,69±0,15	0,25±0,14	175,797	2,223	<0,001
hipertymiczny	0,19±0,13	0,49±0,17	0,49±0,22	77,305	2,223	<0,001
drażliwy	0,40±0,15	0,43±0,16	0,14±0,11	96,040	2,223	<0,001
lękowy	0,67±0,17	0,53±0,18	0,23±0,13	162,190	2,223	<0,001

Skróty użyte w tabeli: F-test Fishera, df – stopnie swobody, p – istotność między grupami, n – liczebność

Do skupienia TEMPS-A nr 1 istotnie więcej osób należało z grupy AN-B+MD niż z pozostałych grup badanych. Natomiast do skupienia TEMPS-A nr 2 przypisanych zostało istotnie więcej osób z grupy BUL+MD niż z pozostałych grup. Do skupienia TEMPS-A nr 3 należało istotnie więcej osób z grupy GK, niż z pozostałych grup badanych. Analizę częstości skupień TEMPS-A w poszczególnych grupach przedstawia tabela nr 32 oraz wykresy nr 14, 15 i 16.

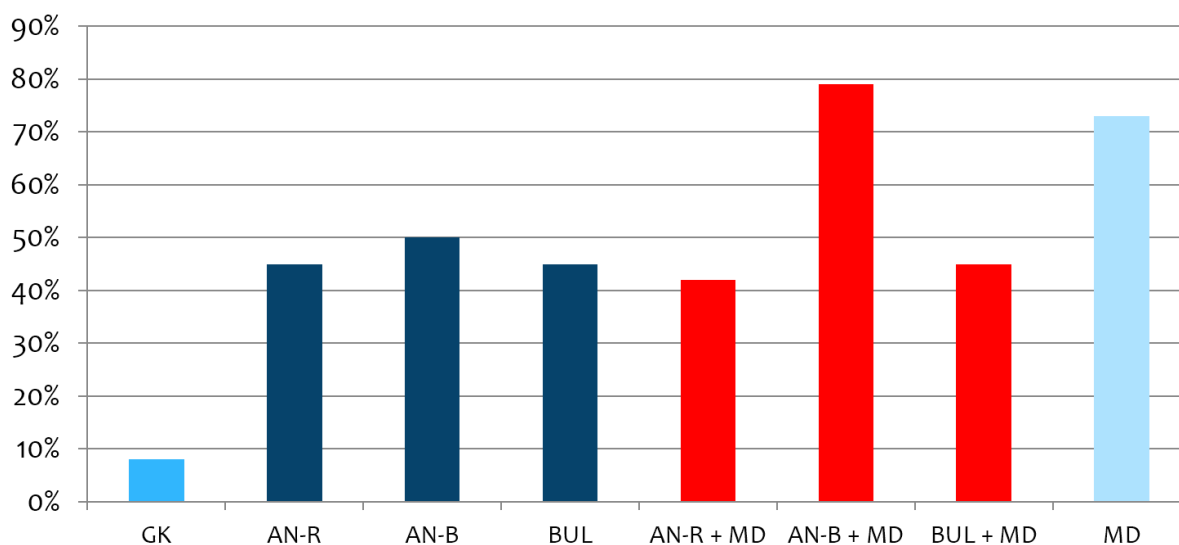
**Tabela 32** Analiza częstości skupień TEMPS-A w poszczególnych grupach

Grupa	skupienie TEMPS nr 1		skupienie TEMPS nr 2		skupienie TEMPS nr 3		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>GK</b>	4	8,0%	8	16,0%	38	76,0%	50	100%
<b>AN-R</b>	10	45,5%	3	13,6%	9	40,9%	22	100%
<b>AN-B</b>	3	50,0%	0	0,0%	3	50,0%	6	100%
<b>BUL</b>	10	45,5%	5	22,7%	7	31,8%	22	100%
<b>AN-R + MD</b>	5	41,7%	2	16,7%	5	41,7%	7	100%
<b>AN-B + MD</b>	11	78,6%	3	21,4%	0	0,0%	7	100%
<b>BUL + MD</b>	24	44,4%	25	46,3%	5	9,3%	30	100%
<b>MD</b>	20	43,5%	14	30,4%	12	26,1%	19	100%

$Chi^2 = 82,864; p < 0,001$

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa

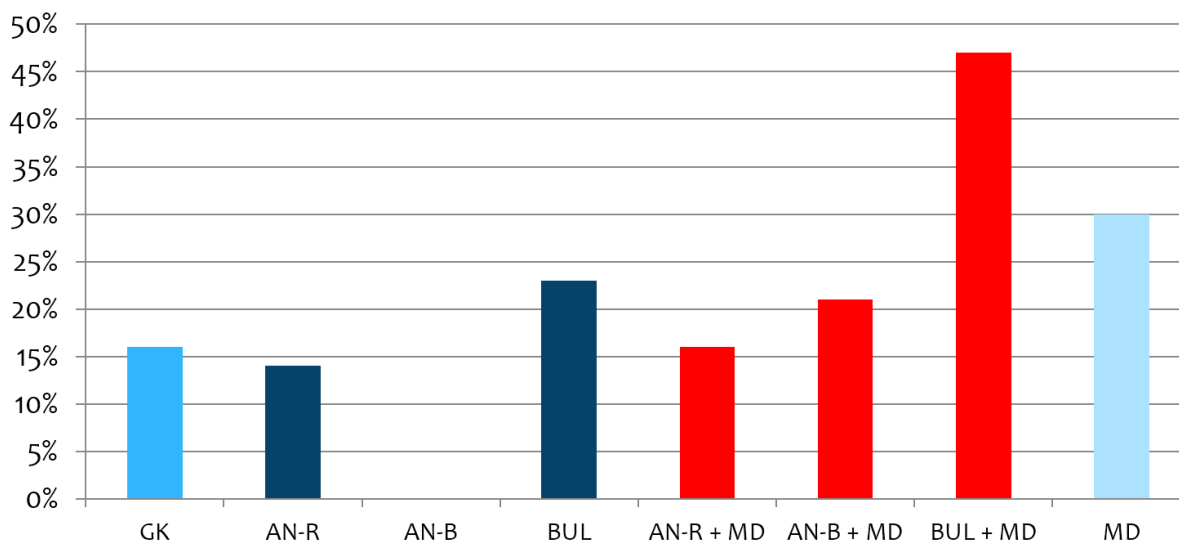
**Wykres nr 14** Skupienie TEMPS-A nr 1 – różnice częstości w grupach badanych



$p < 0,001$ ,  $p$  – istotność między grupami

ZJ+MD, ZJ, MD > GK

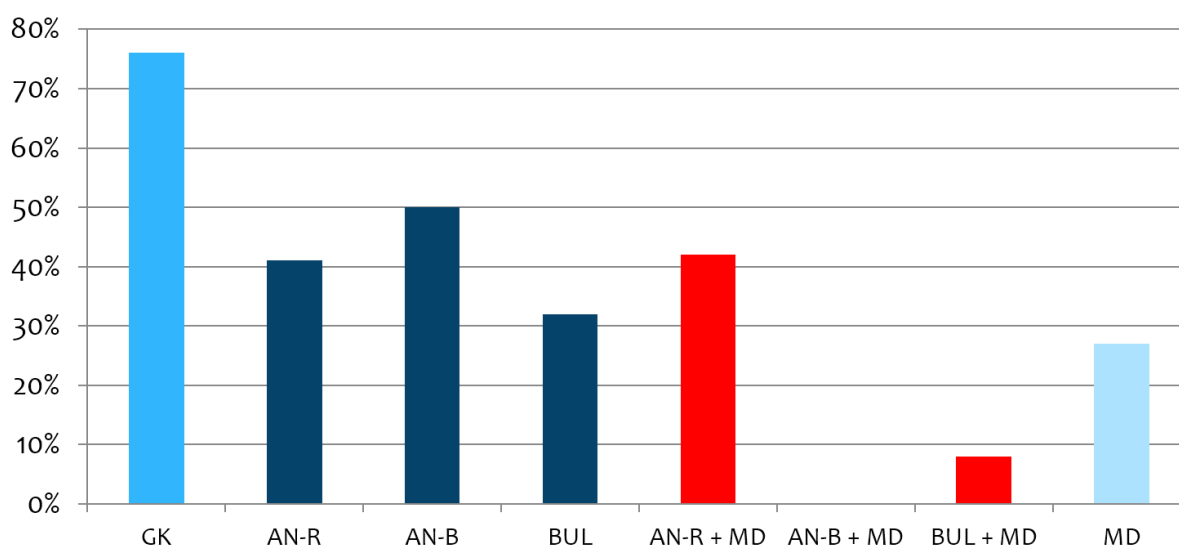
**Wykres nr 15** Skupienie TEMPS-A nr 2 – różnice częstości w grupach badanych



$p < 0,001$ ,  $p$  – istotność między grupami

BUL+MD, MD > AN-R+MD, AN-B+MD, ZJ, GK

**Wykres nr 16** Skupienie TEMPS-A nr 3 – różnice częstości w grupach badanych



$p < 0,001$ ,  $p$  – istotność między grupami

GK, ZJ, AN-R+MD > AN-B+MD, BUL+MD, MD

Osoby należące do skupienia nr 1 i nr 2 istotnie częściej uzyskiwały wyniki w Inwentarzu Depresji Becka > 11 pkt, natomiast osoby ze skupienia nr 3 istotnie częściej uzyskiwały wyniki w Inwentarzu Depresji Becka < 12 pkt.

Analizę wyników Inwentarza Depresji Becka w poszczególnych skupieniach TEMPS przedstawia tabela nr 33.

**Tabela 33** Analiza wyników Inwentarza Depresji Becka w poszczególnych skupieniach TEMPS-A

Normy BECK	skupienie TEMPS nr 1		skupienie TEMPS nr 2		skupienie TEMPS nr 3		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤11	17	19,3%	13	14,8%	58	65,9%	88	100%
>11	70	50,7%	47	34,1%	21	15,2%	138	100%

*Chi*<sup>2</sup> = 60,80; p < 0,001



Osoby z zaburzeniami jedzenia istotnie częściej należały do skupienia nr 1 i nr 2, natomiast osoby bez zaburzeń jedzenia istotnie częściej należały do skupienia nr 3.

Analizę częstości skupień TEMPS-A w grupach z zaburzeniami jedzenia i bez zaburzeń jedzenia przedstawia tabela nr 34.

**Tabela 34** Analiza częstości skupień TEMPS-A w grupach z zaburzeniami jedzenia i bez zaburzeń jedzenia

EAT-26	skupienie TEMPS nr 1		skupienie TEMPS nr 2		Skupienie TEMPS nr3		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
brak zaburzeń jedzenia	36	28,3%	28	22,0%	63	49,6%	77	100%
zaburzenie jedzenia	51	52,0%	32	32,7%	15	15,3%	51	100%

$Chi^2 = 29,14; p < 0,001$

Skróty użyte w tabeli: EAT-26 – test postaw wobec jedzenia, n – liczebność, p – istotność między grupami

Osoby ze skupienia TEMPS-A nr 1 istotnie częściej były przypisane do skupienia TCI nr 1 i istotnie rzadziej do skupienia TCI nr 2. Osoby ze skupienia TEMPS-A nr 3 istotnie częściej były przypisane do skupienia TCI nr 2 i istotnie rzadziej do skupienia TCI nr 1. Nie było istotnych różnic w częstości występowania osób ze skupienia TEMPS-A nr 3 w porównaniu do częstości występowania w skupieniach TCI.

Różnice liczebności pomiędzy skupieniami przedstawia tabela nr 35.

**Tabela 35** Tabela Krzyżowa: różnice liczebności pomiędzy skupieniami TCI a skupieniami TEMPS-A

	skupienie TCI nr 1		skupienie TCI nr 2		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
skupienie TEMPS nr 1	38	80,9%	9	19,1%	47	100%
skupienie TEMPS nr 2	13	44,8%	16	55,2%	29	100%
skupienie TEMPS nr 3	10	19,2%	42	80,8%	52	100%

*Chi*<sup>2</sup> = 37,70; p < 0,001

p – istotność między grupami

## 6.9.2 Analiza skupień TCI

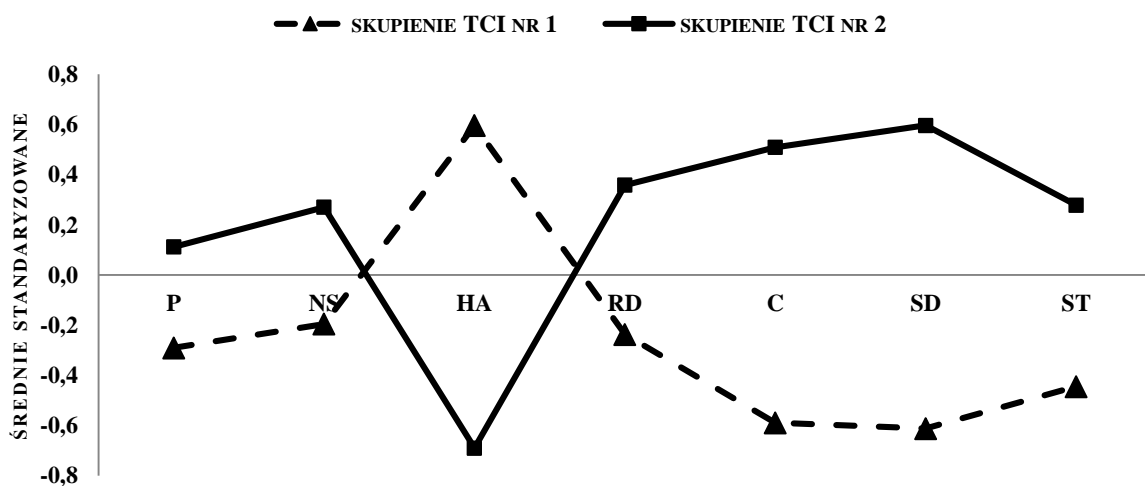
Na podstawie analizy skupień wymiarów osobowości TCI, metodą k-średnich, wyłoniono dwie jednorodne grupy osób przypisane do skupienia nr 1 i skupienia nr 2.

Osoby ze skupienia nr 1 najbardziej miały wyrażone takie wymiary osobowości jak: wytrwałość (P), poszukiwanie nowości (NS), zależność od nagrody (RD), skłonność do współpracy (C), samokierowanie (SD) i autotranscendencja (ST) oraz najmniej wyrażony wymiar unikanie szkody (HA).

Osoby ze skupienia nr 2 najbardziej miały wyrażony wymiar unikanie szkody (HA), a najmniej wyrażone pozostałe wymiary: P, NS, RD, C, SD i ST.

Analizę wymiarów TCI w poszczególnych skupieniach przedstawia wykres nr 17 i tabela nr 36.

Wykres nr 17 Analiza wymiarów TCI w poszczególnych skupieniach



Skróty użyte w wykresie: P – wytrwałość, NS – poszukiwanie nowości, HA – unikanie szkody, RD – zależność od nagrody, C – skłonność do współpracy, SD – samokierowanie, ST – autotranscendencja

**Tabela 36** Analiza wymiarów TCI w poszczególnych skupieniach

TCI	skupienie TCI nr 1 (n=61)	skupienie TCI nr 2 (n=67)	F	df	p
P	3,90±1,89	4,69±1,93	5,39	1,126	0,022
NS	19,46±8,31	22,85±6,04	7,06	1,126	0,009
HA	26,30±6,71	15,69±6,94	77,04	1,126	0,000
RD	14,39±3,76	16,58±3,10	13,01	1,126	0,000
C	27,43±6,87	34,58±3,90	53,69	1,126	0,000
SD	17,05±6,35	27,21±6,34	81,91	1,126	0,000
ST	10,80±6,14	15,76±6,99	18,02	1,126	0,000

Analiza testem Chi kwadrat wykazała, że ilości osób przypisanych do skupienia TCI nr 1 (n=61) oraz do skupienia TCI nr 2 (n=67) nie różnią się istotnie statystycznie ( $p=0,596$ ).  $Chi^2=0,28$

Skróty użyte w tabeli: P – wytrwałość, NS – poszukiwanie nowości, HA – unikanie szkody, RD – zależność od nagrody, C – skłonność do współpracy, SD – samokierowanie, ST – autotranscendencja, F – test Fishera, df – stopnie swobody, p – istotność statystyczna, n – liczebność

Powyższa tabela prezentuje średnie wymiarów TCI w obu skupieniach.

Do skupienia TCI nr 1 przypisanych zostało 61 osób (47,7%) a do skupienia TCI nr 2, 67 osób (52,3%). Grupy te pod względem ilości osób nie różnią się istotnie statystycznie,  $Chi^2 = 0,28$ ;  $p > 0,05$ ) czyli można przyjąć, że grupy są równoliczne.

Do skupienia nr 1 istotnie częściej należały osoby z grupy BUL, AN-R+MD, AN-B+MD i BUL+MD, istotnie rzadziej osoby z GK. Do skupienia nr 2 istotnie częściej należały osoby z MD i GK, istotnie rzadziej osoby z grupy AN-R+MD, AN-B+MD i BUL+MD.

Analizę częstości skupień TCI w poszczególnych grupach przedstawia tabela nr 37 oraz wykresy nr 18 i 19.

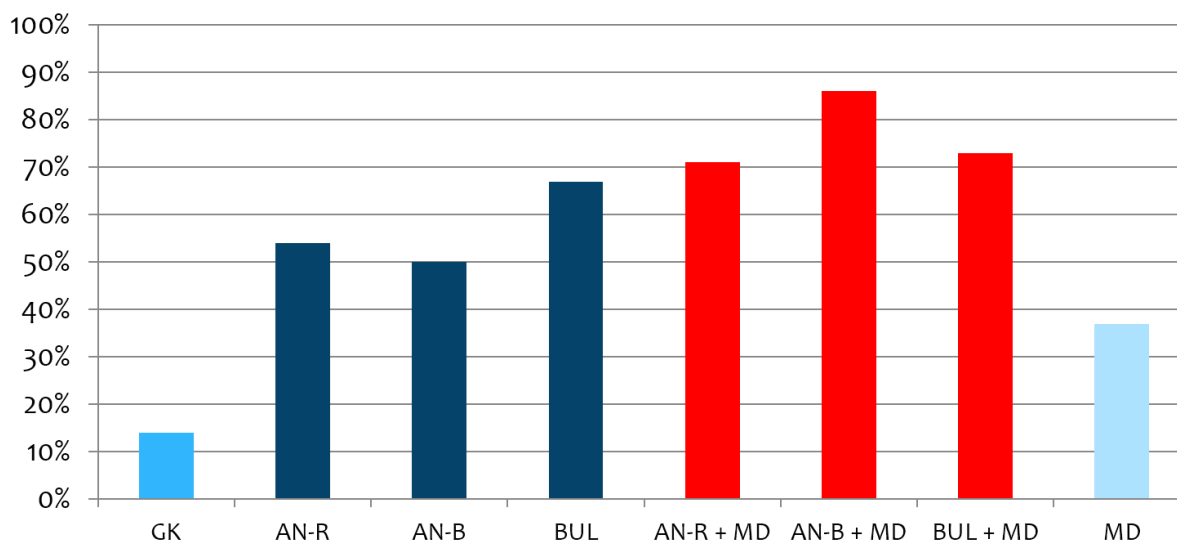
**Tabela 37** Analiza częstości skupień TCI w poszczególnych grupach

Grupa	skupienie TCI nr 1		skupienie TCI nr 2		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
<b>GK</b>	5	13,5%	32	86,5%	37	100%
<b>AN-R</b>	7	53,8%	6	46,2%	13	100%
<b>AN-B</b>	3	50,0%	3	50,0%	6	100%
<b>BUL</b>	6	66,7%	3	33,3%	9	100%
<b>AN-R + MD</b>	5	71,4%	2	28,6%	7	100%
<b>AN-B + MD</b>	6	85,7%	1	14,3%	7	100%
<b>BUL + MD</b>	22	73,3%	8	26,7%	30	100%
<b>MD</b>	7	36,8%	12	63,2%	19	100%
<b>Ogółem</b>	61	47,7%	67	52,3%	128	100%

$Chi^2 = 36,22; p < 0,001$

Skróty użyte w tabeli: GK – grupa kontrolna, AN-R – anoreksja restrykcyjna, AN-B – anoreksja typ bulimiczny, BUL – bulimia, AN-R+MD – anoreksja typ restrykcyjny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, AN-B+MD – anoreksja typ bulimiczny i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, BUL+MD – bulimia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, MD – choroba afektywna dwubiegunowa, n – liczebność

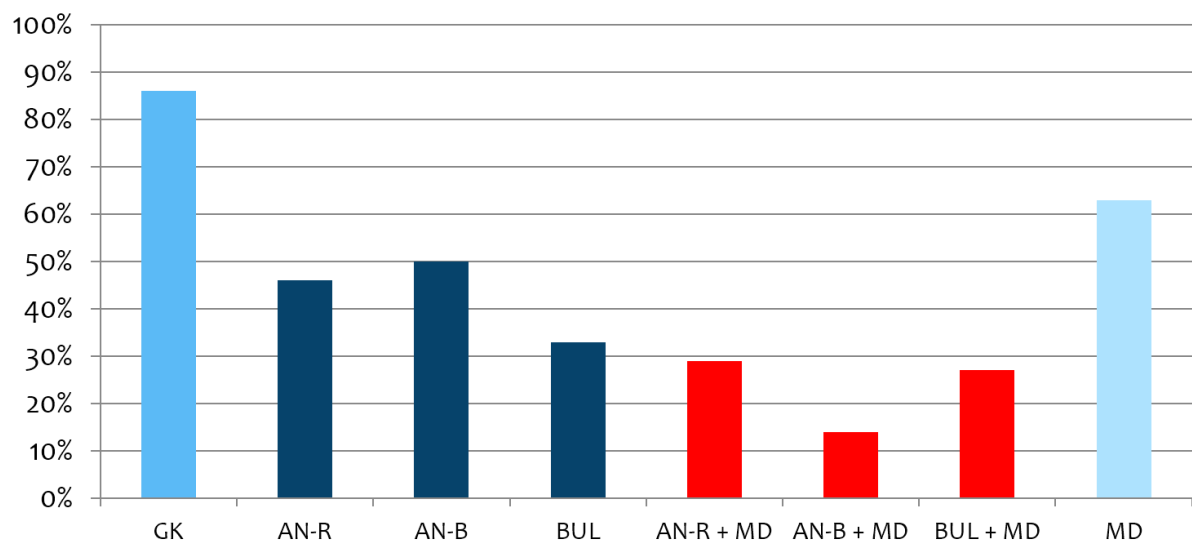
**Wykres nr 18** Skupienie TCI nr 1 – różnice częstości w grupach badanych



$p < 0,001$ , p – istotność między grupami

ZJ+MD > ZJ, MD, GK

**Wykres nr 19** Skupienie TCI nr 2 – różnice częstości w grupach badanych



$p < 0,001$ , p – istotność między grupami

GK > MD > ZJ, ZJ + MD, MD

Osoby należące do skupienia nr 1 istotnie częściej uzyskiwały wyniki skali Becka >11 pkt, natomiast osoby należące do skupienia nr 2 istotnie częściej uzyskiwały wyniki w Inwentarzu Depresji Becka < 12 pkt.

Analizę wyników Inwentarza Depresji Becka w poszczególnych skupieniach TCI przedstawia tabela nr 38.

**Tabela 38** Analiza wyników Inwentarza Depresji Becka w poszczególnych skupieniach TCI

Normy BECK	skupienie TCI nr 1		skupienie TCI nr 2		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
≤11	13	22,8%	44	77,2%	57	100%
>11	48	67,6%	23	32,4%	71	100%

*Chi*<sup>2</sup> = 25,44; p <0,001

p – istotność między grupami

Osoby z zaburzeniami jedzenia, istotnie częściej należały do skupienia nr 1, natomiast osoby bez zaburzeń jedzenia istotnie częściej należały do skupienia nr 2.

Analizę częstości skupień TCI w grupach z zaburzeniami jedzenia i bez zaburzeń jedzenia przedstawia tabela nr 39.

**Tabela 39** Analiza częstości skupień TCI w grupach z zaburzeniami jedzenia i bez zaburzeń jedzenia

EAT-26	skupienie TCI nr 1		skupienie TCI nr 2		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
brak zaburzeń jedzenia	27	35,1%	50	64,9%	77	100%
zaburzenie jedzenia	34	66,7%	17	33,3%	51	100%

*Chi*<sup>2</sup> = 12,28; p < 0,001

Skróty użyte w tabeli: EAT-26 – test postaw wobec jedzenia, n – liczebność, p – istotność między grupami



## **7 OMÓWIENIE**

### **7.1 Analiza występowania objawów depresji i nasilenia zaburzeń jedzenia w poszczególnych grupach**

Objawy depresji istotnie częściej stwierdzono we wszystkich grupach zaburzeń jedzenia z objawami bulimicznymi oraz w grupach zaburzeń jedzenia ze współwystępowaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Nie stwierdzono istotnych różnic nasilenia objawów zaburzeń jedzenia w ww grupach . Wyniki innych badań dotyczących współwystępowania zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wskazują na związek między zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, zwłaszcza spektrum tych zaburzeń, a zaburzeniami jedzenia, zwłaszcza z epizodami objadania się. Współwystępowanie zaburzeń odżywiania się i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych może być przyczyną patologicznej niestabilności afektywnej, impulsywności i słabej reakcji na leki przeciwdepresyjne. W kazuistycznych doniesieniach opisuje się skuteczne działanie soli litu na możliwość przeciwdziałania objadaniu się i stosowania środków przeczyszczających. Podobne działanie zaobserwowano w czasie leczenia topiramatem i lamotryginą. Odwrotnie opisuje się działanie walproinianów i atypowych neuroleptyków, które pobudzają apetyt, nasilając epizody objadania się, powodując wzrost wagi (McElroy i wsp., 2005). Przenosząc uzyskane dane na praktykę kliniczną możemy oczekiwać, że leczenie objawów depresyjnych lekami przeciwdepresyjnymi u pacjentów z zaburzeniami jedzenia i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi może indukować epizody hipomaniakalne, maniakalne, mieszane i te z szybką zmianą faz, powodując nasilenie zaburzeń jedzenia i ogólną destabilizację.

### **7.2 Analiza wymiarów temperamentu w badanych grupach**

Porównanie wymiarów temperamentu w poszczególnych grupach badanych wykazało, że pacjentki z objawami bulimicznymi, zaburzeniami dwubiegunowymi i ze współwystępowaniem tych zaburzeń istotnie częściej mają cechy temperamentu cyklotymicznego i drażliwego. Osoby takie cechują się zmiennością nastroju i poziomu energii, zmiennym poczuciem własnej wartości i emocjonalnością, częściej narzekają, odczuwają zazdrość, niezadowolenie, częściej doszukują się ujemnych stron i mają sceptyczne nastawienie. W innym badaniu oceniono obecność temperamentów afektywnych, z wykorzystaniem TEMPS-A w trzech grupach: AN-R (n=16), zaburzeń jedzenia

z napadowym objadaniem się (n=33) i w grupie kontrolnej (n=1010). U osób z rozpoznaniem AN-R nie stwierdzono istotnego nasilenia jednego z badanych wymiarów temperamentu, natomiast w grupie z napadowym objadaniem się stwierdzono istotnie wyższe nasilenie wymiaru: depresyjnego (6,1% vs. 3,6% GK), hipertymicznego (6,1% vs. 8,2% GK) i cyklotymicznego (12,1% vs. 6,3% GK). Wyższe nasilenie temperamentu drażliwego stwierdzono jedynie w grupie kontrolnej (2,2%). Badacze wskazują na heterogenność ww. grup zaburzeń odżywiania się i przypuszczają, że inne niż temperament afektywny, czynniki determinują rozwój AN-R (Ramacciotti i wsp., 2004).

Obecność mieszanych cech temperamentu jest powszechna wśród pacjentów ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej i jest zbieżna z koncepcją osobowości cykloidalnej Kretschmera. Cechy temperamentu cyklotymicznego często współwystępują z cechami temperamentu dystymicznego, hipertymicznego czy drażliwego. Wielu z tych pacjentów może przejawiać cechy osobowości borderline. Temperament cyklotymiczny i hipertymiczny mogą prognozować dwubiegunowość i należą one do tzw. miękkiego spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej w kategorii diagnostycznej „bipolar II i 1/2” – depresja z temperamentem cyklotymicznym i „bipolar IV” – depresja z temperamentem hipertymicznym (Goto i wsp., 2011). Obecność temperamentu cyklotymicznego jest złym czynnikiem prognostycznym w leczeniu ChAD typu II, prawdopodobnie z powodu niestabilności emocjonalnej, ale już współwystępowanie drugiego wymiaru temperamentu, może wpływać na lepszą odpowiedź terapeutyczną. Potwierdza to wynik badania Manning i współpracowników, którzy stwierdzili lepszą skuteczność leczenia objawów depresji, stosując lamotryginę w monoterapii lub augmentacji leku przeciwdepresyjnego, u pacjentów z temperamentem cyklotymiczno-hipertymicznym lub cyklotymiczno-dystymicznym, w stosunku do pacjentów z temperamentem cyklotymicznym (Manning i wsp., 2005). Temperament cyklotymiczny i powiązana z tym reaktywność nastroju i nadwrażliwość interpersonalna mogą wpływać na związek bulimii z depresją atypową oraz potwierdzać hipotezę o miejscu bulimii w tzw. ultra-miękkiej sferze zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. U pacjentów z bulimią często stwierdza się współwystępowanie zaburzeń osobowości skupienia B, co ma związek z niestabilnością emocjonalną o typie cyklotymii. Osoby takie często reagują na jakiegokolwiek zmiany wewnętrznego lub zewnętrznego środowiska poprzez tzw. samostymulowanie się jedzeniem, alkoholem czy innymi substancjami, fizyczną lub seksualną aktywnością w mniej lub bardziej świadomy sposób. W tym samym mechanizmie nadwrażliwość interpersonalna może powodować nadmierne

przejmowanie się swoim wyglądem i masą ciała i skłaniać do stosowania diety. Dieta czy głodzenie się mogą stwarzać podłoże do impulsywnego objadania się i wymiotów. Podsumowując, cechy temperamentu cyklotymicznego są ważnym czynnikiem ryzyka dla rozwoju zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym u pacjentów z depresją atypową. Można przyjąć, że depresja atypowa stanowi most pomiędzy zaburzeniami afektywnymi jedno i dwubiegunowymi (Akiskal i Benazzi, 2005, Perugi i wsp., 2006).

## **7.3 Analiza cech osobowości w badanych grupach**

### **7.3.1 Analiza wymiarów osobowości**

Porównanie wymiarów osobowości w grupach badanych wykazało, że chore na anoreksję restrykcyjną cechuje mniejsze nasilenie cechy poszukiwania nowości (NS) niż w pozostałych grupach. Jest to zgodne z wynikami innych badań (Strober, 1992; Fassino i wsp., 2004; Nagata i wsp., 2003). Ciekawą obserwację opisał Klump i wsp. Badali oni cechy osobowości u pacjentów z zaburzeniami jedzenia i w okresie remisji objawów. Nasilenie wymiaru NS u chorych na anoreksję z remisją objawów, było wyższe niż w okresie zaostrzenia choroby i porównywalne z nasileniem NS chorych na bulimię, co może wskazywać, że głodzenie może czasowo zmniejszać osobniczą otwartość na nowe doświadczenia (Klump i wsp., 2004).

W dalszej analizie cech osobowości grup badanych stwierdzono, że chore na anoreksję o typie bulimicznym i współwystępującym spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, cechuje niższe samokierowanie (SD) niż w pozostałych grupach. W innych badaniach potwierdzono mniejsze nasilenie SD u chorych na anoreksję bulimiczną w stosunku do grupy kontrolnej i anoreksji restrykcyjnej. Niskie wartości SD są także znaczącym wskaźnikiem występowania zaburzeń osobowości oraz czynnikiem ryzyka podatności na społeczny nacisk „bycia szczupłym”, co przyczynia się do rozwoju anoreksji. Wysokie SD w bulimii jest czynnikiem prognostycznym szybkiej odpowiedzi na terapię behawioralno-poznawczą (CBT-cognitive behavioral therapy), a CBT powoduje wzrost SD. Z drugiej strony niskie SD stanowi czynnik ryzyka podejmowania prób samobójczych. Osoby z niskim SD cechują się małą odpowiedzialnością za swoje wybory, niedojrzałością, słabą identyfikacją z obranym celem, niską samoakceptacją i mniejszą zaradnością (Fassino i wsp., 2004). Uważa się, że niskie SD może być powiązane z ogólną niestabilnością, częstszym współwystępowaniem innych zaburzeń i gorszym przebiegiem (Tozzi i wsp., 2005).

W badanej grupie chorych na bulimię ze współwystępującym spektrum choroby afektywnej

dwubiegunowej, zaobserwowano niższe samokierowanie (SD) i wyższe poszukiwanie nowości (NS) niż w pozostałych grupach. Większe nasilenie NS występuje częściej u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (Strakowski i wsp., 1992), również pacjenci z zaburzeniami jedzenia o typie bulimicznym cechują się wyższymi wynikami NS i niższymi SD. Przyjmuje się, że wysokie NS jest najbardziej charakterystyczną cechą bulimii. Osoby z bulimią częściej doświadczają „pragnienia jedzenia”, co zapoczątkowuje objadanie się. NS jest powiązane z impulsywnością, dramatyzowaniem, pobudliwością, poszukiwaniem mocnych wrażeń, ekstrawersją oraz nietolerancją rutyny. Zgodnie z modelem Cloningera – dopamina jest mediatorem NS, z drugiej strony to dysregulacja serotonergiczna jest związana z impulsywnością i zaburzeniami jedzenia. Podsumowując, NS jest cechą predysponującą do nadużywania alkoholu i innych substancji u osób z bulimią i może mieć związek z dysregulacją dopaminy jak i serotoniny (Fassino i wsp., 2004).

Nie zauważono istotnych różnic w nasileniu wymiaru unikanie szkody (HA) we wszystkich badanych grupach poza GK. W dwóch innych badaniach stwierdzono wyższy poziom HA u chorych z AN-B (Bulik i wsp., 1995, Klump i wsp., 2000). Natomiast w badaniu Diaz-Marsa, u pacjentek z BUL zaobserwowano wyższe nasilenie HA i impulsywności (Diaz-Marsa i wsp., 2000).

W badanych grupach nie wykazano istotnych różnic w nasileniu wymiarów: wytrwałości (P), zależności od nagrody (RD), skłonności do współpracy (C) i autotranscendencji (ST). Wyniki są zróżnicowane w innych badaniach. Najwyższe nasilenie wytrwałości (P) stwierdzono u pacjentek z AN (Cassin i wsp., 2005; Fassino i wsp., 2004), a najniższe u chorych z rozpoznaniem ChAD (Osher i wsp., 1999; Tillman i wsp., 2003; Jylha i wsp., 2011). Wymiar zależność od nagrody (RD) był najbardziej wyrażony u osób z ChAD (Osher i wsp., 1996) a w innym badaniu u chorych z AN-R (Sancho i wsp., 2008), w kolejnych badaniach najmniej wyrażony u pacjentów z ChAD (Tillman i wsp., 2003; Engstrom i wsp., 2004). Wymiar skłonność do współpracy (C) był najmniej wyrażony w grupie z rozpoznaniem ChAD (Evans i wsp., 2005; Engstrom i wsp., 2008; Nery i wsp., 2008) oraz u chorych z BUL (Cassin i wsp., 2005; Alvarez-Moya i wsp., 2007). Cecha autotranscendencja (ST) była najbardziej wyrażona w grupie ChAD (Evans i wsp., 2005; Lolfus i wsp., 2008; Nery i wsp., 2008). Uważa się, że wymiar perfekcjonizm (wytrwałość) jest ważną cechą ujawniającą się u chorych z AN-R i powiązaną z tendencją do bycia szczupłym, stwierdzaną również u matek osób z AN-R (Woodside i wsp., 2002; Ramacciotti i wsp., 2004).

### 7.3.2 Analiza podwymiarów osobowości

Ciekawość poznawcza (ns1), impulsywność (ns2) i ekstrawagancja (ns3) osiągały najniższy poziom w grupie pacjentek z anoreksją. Oznacza to, że osoby te są bardziej refleksyjne, mają mniejszą zdolność do łamania ustalonych zasad, są mniej barwne i mniej spontaniczne.

Nieuporządkowanie (ns4) oraz cechy ns2 i ns3 najczęściej były nasilone w grupie chorych z bulimią i współwystępującym spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. Osoby te wyróżnia porywczosć, bałaganiarstwo, barwność i spontaniczność. W innych badaniach pacjentki z bulimią również miały wysokie nasilenie ns2, ns3 i ns4 oraz niskie ns1 (Fassino i wsp., 2004).

Lęk przed niepewnością (ha2), lęk społeczny (ha3) oraz męczliwość i astenia (ha4) osiągały najwyższy poziom w grupie chorych z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, dodatkowo cecha ha3 i ha4 najbardziej była nasiloną w grupach zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym i współwystępującym spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. Osoby z tymi cechami odczuwają napięcie w sytuacjach nieznanych i niepewnych oraz niski poziom energii. Część badaczy uważa, że wysokie wartości ha1 i ha4 wyraźnie odróżniają pacjentki z bulimią od tych z anoreksją restrykcyjną (Fassino i wsp., 2002, Mizushima i wsp., 1998).

Zależność (rd3) osiągała najniższe nasilenie w grupie bulimii. Osoby te są mniej zależne od wsparcia emocjonalnego i aprobaty innych. Inni badacze również potwierdzają niskie nasilenie rd3 u pacjentek z bulimią. Wyższe nasilenie rd3 występowało u pacjentek z bulimią uzależnionych od alkoholu (Brewerton i wsp, 1993, Bulik i wsp., 1994).

Gotowość do pomocy (c3) najmniej była nasiloną w grupie bulimii i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej.

Celowość postępowania (sd2), zaradność (sd3) i dobre nawyki (sd5) najmniej były nasilone we wszystkich grupach zaburzeń jedzenia ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. Co oznacza, że osoby te są mniej zaradne i mniej efektywne, brakuje im umiejętności odraczania gratyfikacji i nie posiadają spójnego systemu wartości.

W grupie pacjentek z ChAD wysokie było nasilenie lęku przed niepewnością (ha2) i lęku społecznego (ha4).

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że poszukiwanie nowości, impulsywność, ekstrawagancja, nieuporządkowanie, męczliwość i astenia oraz lęk społeczny były cechami osobowości wspólnymi dla zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym z objawami dwubiegunowości.

### **7.3.3 Analiza korelacji czynników skali TEMPS-A i TCI**

Stwierdzono kilka istotnych korelacji między dwiema skalami oceniającymi cechy osobowości w grupach badanych. Pacjenci z temperamentem hipertymicznym cechowali się dużą ciekawością poznawczą, otwartością na nowości, aktywnym reagowaniem na bodźce, poczuciem integracji ze wszechświatem, niskim poziomem pesymizmu i lęku oraz mniejszą męczliwością.

Pacjenci z temperamentem cyklotymicznym i drażliwym cechowali się większym pesymizmem, męczliwością i astenią, zahamowaniem działania w odpowiedzi na negatywne bodźce oraz mniejszą odpowiedzialnością, zaradnością, celowością postępowania i mniejszą zdolnością do kontrolowania i dostosowania swojego zachowania do określonej sytuacji.

Osoby z temperamentem depresyjnym i lękowym cechował większy pesymizm, wyższy poziom lęku i łatwa męczliwość oraz mniejsza: ciekawość poznawcza, reaktywność na bodźce, odpowiedzialność, zaradność, celowość postępowania.

W literaturze są pojedyncze doniesienia dotyczące wyników badań z użyciem obydwu skal i nie uwzględniają one podwymiarów osobowości. W badaniu Akiskala i wsp. stwierdzono zbliżone do uzyskanych w niniejszej pracy wyniki dotyczące dodatniej korelacji wymiaru unikania szkody (HA) ze wszystkimi typami temperamentu z wyjątkiem hipertymicznego, pozytywną korelację wymiaru poszukiwanie nowości (NS) z temperamentem hipertymicznym i cyklotymicznym – w niniejszej pracy dotyczy to podwymiaru nieuporządkowania (ns4), pozytywną korelację wymiaru samokierowanie (SD) z temperamentem hipertymicznym oraz ujemną korelację wymiaru NS z temperamentem depresyjnym, lękowym i drażliwym, w niniejszym badaniu z temperamentem depresyjnym oraz lękowym – z podwymiarem ciekawość poznawcza (ns1) (Akiskal i wsp., 2005).

### **7.3.4 Analiza cech osobowości i występowania objawów depresji**

Stwierdzono, że cechy osobowości takie jak: pesymizm, lęk przed sytuacjami społecznymi, większa męczliwość, sentymentalność i zahamowanie działania w odpowiedzi na negatywne bodźce sprzyjały występowaniu objawów depresyjnych, natomiast cechy: odpowiedzialność, celowość postępowania, zaradność, dobre nawyki, ciekawość poznawcza oraz zdolność dostosowania zachowania do określonej sytuacji, zmniejszały ryzyko pojawienia się objawów depresyjnych. Jest to zgodne z koncepcją modelu predyspozycji (koncepcja omówiona w Podsumowaniu). Wg tego modelu, depresja, podobnie jak zaburzenia lękowe, rozwija się na podłożu takich cech osobowości jak neurotyzm i unikanie szkody (Rybakowski, 2007).

### **7.3.5 Analiza skupień skali TEMPS-A**

Osoby przypisane do skupienia TEMPS-A nr 1 miały najczęściej rozpoznanie anoreksji o typie bulimicznym i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, nasilone objawy depresji i zaburzeń jedzenia oraz cechował je większy pesymizm, niska samoocena, nieśmiałość, wrażliwość na krytykę, skłonność do zamartwiania się, większa męczliwość. Osoby ze skupienia TEMPS-A nr 2 najczęściej należały do grupy bulimii i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Miały nasilone objawy zaburzeń jedzenia i objawy depresji. Osoby te cechowała labilność emocjonalna, podatność na przemoc, krytycyzm, sceptycyzm, zmienne poczucie własnej wartości, romantyzm.

Osoby przypisane do skupienia TEMPS-A nr 3 należały przeważnie do grupy kontrolnej, nie miały zaburzeń jedzenia i objawów depresji. Osoby te wyróżniała towarzyskość, optymizm, pewność siebie, pomysłowość, mniejsza męczliwość.

### **7.3.6 Analiza skupień skali TCI**

Osoby przypisane do skupienia TCI nr 1 miały najczęściej rozpoznanie tzw. podwójnej diagnozy, tj. współwystępowania zaburzeń jedzenia z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz charakteryzowały się obecnością objawów depresyjnych i objawów zaburzeń jedzenia w porównaniu do osób ze skupienia nr 2.

Cechą różnicującą oba skupienia były również wymiary osobowości. Osoby ze skupienia nr 1 cechowały się większą zdolnością do samodzielnego podtrzymywania aktywności, tendencją do aktywnego reagowania na bodźce, podtrzymywania określonego zachowania w odpowiedzi na pozytywne jak i negatywne wzmocnienia, miały silniej wyrażone poczucie integracji ze wszechświatem, większą zdolność do akceptacji zachowań innych osób i dostosowania własnego zachowania do określonej sytuacji.

Osoby ze skupienia nr 2 miały najczęściej rozpoznanie ChAD lub należały do GK. Nie stwierdzano u nich objawów depresyjnych i objawów zaburzeń jedzenia. Osoby te miały tendencję do zahamowania swoich działań w odpowiedzi na negatywne bodźce, a pozytywne wzmocnienia nie wpływały na podtrzymanie określonych zachowań oraz wykazywały mniejszą zdolność do samodzielnego podtrzymywania aktywności i dostosowania własnego zachowania do określonej sytuacji. Cechowały się niskim stopniem duchowości.

### **7.3.7 Analiza grupy osób badanych, która nie wypełniła w całości skali TCI**

Osoby badane, które świadomie lub nieświadomie przerwały wypełnianie skali TCI, miały objawy depresji i należały najczęściej do grupy z rozpoznaniem bulimii lub zaburzeń

afektywnych dwubiegunowych. Osoby z tych grup cechowała większa męczliwość, pesymizm, niski poziom energii, labilność emocjonalna, zahamowanie działania w odpowiedzi na negatywne bodźce oraz mniejsza zdolność dostosowania zachowania do określonej sytuacji. Można zaryzykować przypuszczenie, że określone cechy temperamentu i osobowości tych osób wpłynęły na efekt końcowy wypełniania kwestionariusza TCI.

### **7.3.8 Ograniczenia badania**

Uzyskane wyniki są obarczone istotnymi ograniczeniami metodologicznymi. Najbardziej istotne, to:

- nierównoliczne grupy badane, co mogło zwiększyć ryzyko wyników fałszywie ujemnych i spowodować nieujawnienie się niektórych cech osobowości np. wymiaru wytrwałości, związanego z ryzykiem wystąpienia anoreksji – ta grupa była najmniej liczna;
- użycie w badaniu wyłącznie kwestionariuszy samoopisowych;
- znaczące braki w wypełnieniu kwestionariusza TCI, co wpłynęło na ograniczenie liczebności danych do analizy statystycznej.



## 8 PODSUMOWANIE

W prezentowanej pracy analizowano cechy kliniczne i osobowościowe w grupach: z zaburzeniami jedzenia, ze współwystępowaniem zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, w grupie z chorobą afektywną dwubiegunową i w grupie kontrolnej. W grupie z „podwójną diagnozą” (zaburzenia jedzenia i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej) stwierdzono większe nasilenie objawów depresji niż w pozostałych grupach. Analizowano wymiary i podwymiary temperamentu i charakteru. Stwierdzono częstsze występowanie temperamentu cyklotymicznego i drażliwego u pacjentek z zaburzeniami jedzenia o typie bulimicznym i u chorych z zaburzeniami jedzenia o typie bulimicznym i spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. Częściej u tych osób występowały takie cechy osobowości jak: poszukiwanie nowości, impulsywność, ekstrawagancja, nieuporządkowanie, męczliwość i astenia oraz lęk społeczny. Rzadziej w tych grupach występował wymiar samokierowanie. W grupie chorych na anoreksję o typie restrykcyjnym rzadziej występował wymiar poszukiwanie nowości. Analizując współwystępowanie objawów depresji i określonych cech osobowości, stwierdzono częstsze występowanie depresji z wymiarem unikanie szkody.

Jedną z wielu koncepcji związku osobowości z zaburzeniami psychicznymi jest tzw. model podatności osobowościowej, czyli predyspozycji. Zakłada on, że genetycznie uwarunkowane cechy osobowości, przejawiające się poprzez określone cechy zachowania (temperamentu), stanowią podłoże, które wpływa na zwiększone ryzyko wystąpienia niektórych zaburzeń psychicznych (Rybakowski, 2007). Określony wzorzec osobowości może wpływać na rozwój i przebieg zaburzeń jedzenia. Temperament cyklotymiczny zalicza się do tzw. miękkiego spektrum dwubiegunowości, które skupia się wokół ChAD II i obejmuje zaburzenia o cechach dwubiegunowości, które w obecnych klasyfikacjach nie zostały ujęte w grupie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Niestabilność (chwiejność), która jest cechą wyróżniającą temperament cyklotymiczny, może być podłożem do rozwoju zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym., które przypuszczalnie są odmianą zaburzeń kontroli impulsów. Należy uważnie oceniać pacjentów z mieszanymi lękowo-depresyjnymi objawami lub cechami impulsywności (nadużywanie substancji, osobowość borderline, bulimia, zespół deficytu uwagi) (Katzow i wsp., 2003) pod kątem występowania dwubiegunowości. Ponieważ zaburzenia afektywne o cechach dwubiegunowości są często stwierdzane u pacjentów z zaburzeniami jedzenia, głównie o typie bulimicznym, uważa się, że mogą one odgrywać znaczącą rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się tych zaburzeń (Perugi i Akiskal, 2002).

Rozregulowanie jedzenia, nastroju, impulsywność, pragnienie aktywności lub ćwiczeń, to objawy, w których można znaleźć wiele podobieństw pomiędzy dwubiegunowością i zaburzeniami jedzenia. Są one charakterystyczne dla stanów manii, hipomanii i stanów mieszanych, ale też występują w zespołach napadowego objadania się. Współwystępowanie zaburzeń jedzenia może wiązać się z otyłością u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, a współwystępowanie dwubiegunowości może wiązać się z opornością na leczenie u pacjentów z zaburzeniami jedzenia. Informacja o swoistych cechach temperamentu i charakteru chorych oraz współwystępowaniu ww. zaburzeń, może być istotna przy planowaniu właściwego postępowania terapeutycznego – leki normotymiczne, leki przeciwdepresyjne (SSRI- Selective serotonin reuptake inhibitors), CBT.

## **9 WNIOSKI – ODPOWIEDŹ NA HIPOTEZY BADAWCZE**

### **Wniosek nr 1**

- Zaburzenia afektywne dwubiegunowe istotnie częściej występowały u pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym.

### **Wniosek nr 2**

- U pacjentek ze współwystępowaniem zaburzeń jedzenia, głównie o typie bulimicznym i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, istotnie częściej występował wymiar cyklotymiczny i drażliwy w skali TEMPS-A.
- Pacjentki ze współwystępowaniem anoreksji o typie bulimicznym i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych istotnie częściej należały do skupienia nr 1 w skali TEMPS-A niż osoby z pozostałych grup badanych. Osoby przypisane do skupienia nr 1 miały najbardziej wraźony wymiar depresyjny i lękowy, wyróżniał je większy pesymizm, niska samoocena, nieśmiałość i większa męczliwość.
- Pacjentki ze współwystępowaniem bulimii i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych istotnie częściej należały do skupienia nr 2 w skali TEMPS-A niż osoby z pozostałych grup badanych. Osoby przypisane do skupienia nr 2 miały najbardziej wyrażony wymiar cyklotymiczny, hipertymiczny i drażliwy, wyróżniała je labilność emocjonalna, sceptycyzm, zmienne poczucie własnej wartości oraz podatność na przemoc.
- Pacjentki ze współwystępowaniem zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych oraz pacjentki z ChAD, istotnie rzadziej należały do skupienia nr 3 w skali TEMPS-A niż osoby z pozostałych grup badanych. Osoby przypisane do skupienia nr 3 miały najbardziej wyrażony wymiar hipertymiczny, wyróżniała je towarzyskość, optymizm, pewność siebie i mniejsza męczliwość.

### **Wniosek nr 3**

- U pacjentek ze współwystępowaniem zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, stwierdzono istotnie większe nasilenie wymiaru- poszukiwanie nowości, w kwestionariuszu TCI, niż w pozostałych grupach badanych.
- Pacjentki ze współwystępowaniem zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, istotnie częściej należały do skupienia nr 1 kwestionariusza TCI, niż osoby z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia, ChAD i z grupy kontrolnej. Osoby przypisane do skupienia nr 1 miały najbardziej wyrażone wymiary: wytrwałość, poszukiwanie nowości, zależność od nagrody, skłonność do współpracy i samokierownie.

## 10 STRESZCZENIE

Zaburzenia odżywiania się (jedzenia) występują głównie u dziewcząt i młodych kobiet. Wskazuje się na odrębność patogenetyczną zaburzeń jedzenia, w których występuje wyłącznie ograniczanie posiłków, od zaburzeń jedzenia przebiegających z napadami objadania się. Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych - szczególnie choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) typu II i spektrum ChAD może sięgać 6% populacji ogólnej. Wcześniejsze badania dotyczące współwystępowania zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych skupiały się na objawach depresyjnych, natomiast trudności w wiarygodnej ocenie hipomanii utrudniały możliwość oceny współwystępowania zaburzeń jedzenia z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Badania epidemiologiczne wskazują na możliwość związku pomiędzy tzw. spektrum ChAD, a zaburzeniami jedzenia z napadami objadania się. Wspólnym elementem patogenetycznym zachowań bulimicznym, impulsywności i zaburzeń afektywnych może być upośledzenie przekąźnictwa serotonergicznego, które może wynikać zarówno z oddziaływania czynników genetycznych jak i traumatycznych przeżyć we wczesnym okresie życia.

Dotychczasowe, nieliczne badania niewyczerpująco analizują zależności pomiędzy zaburzeniami jedzenia a chorobą afektywną dwubiegunową. Celem obecnej pracy było przeprowadzenie bardziej szczegółowych badań w tym zakresie.

W niniejszej pracy oceniono cechy kliniczne i osobowościowe pacjentek ze współistniejącymi zaburzeniami odżywiania i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Zbadano 130 pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii, 47 pacjentek z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej i 50 zdrowych kobiet. Zastosowano Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (MDQ) do wyodrębnienia współistnienia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w grupach z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia. Na tej podstawie wyłoniono dodatkowe trzy grupy z rozpoznaniem tzw. „podwójnej diagnozy”. Ogółem analizowano osiem grup. Wykorzystano następujące skale: Inwentarz Depresji Becka - BDI, Test Postaw Wobec Jedzenia - EAT-26, Kwestionariusz oceny temperamentu - TEMPS-A oraz Inwentarz Temperamentu i Charakteru- TCI.

Przeprowadzone badania wykazały, że zaburzenia afektywne dwubiegunowe istotnie częściej występowały u pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym.

U pacjentek ze współwystępowaniem zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, stwierdzono istotnie większe nasilenie wymiarów temperamentu

cyklotymicznego i drażliwego w skali TEMPS-A oraz stwierdzono istotnie większe nasilenie wymiaru poszukiwania nowości, w skali TCI, niż w pozostałych grupach badanych. Stwierdzono również, że pacjentki z „podwójną diagnozą” wykazują szereg odrębności, w zakresie cech osobowości zarówno w stosunku do grupy z zaburzeniami jedzenia, jak i do grupy z chorobą afektywną dwubiegunową. Różnice te są najbardziej istotne, w odniesieniu do pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami jedzenia o typie bulimicznym i zaburzeniami afektywnych dwubiegunowych.

## 11 SUMMARY

Eating disorders affect mostly girls and young women. There are significant differences between eating disorders involving only food restriction and those including bulimic episodes. The prevalence of bipolar disorders, particularly the bipolar II disorder and the bipolar spectrum, is estimated at 6% of the general population. Previous research on the comorbidity of eating disorders and affective disorders focused on depression symptoms. Moreover, the problems with diagnosing hypomania complicate the clinical portrait of the comorbidity of eating disorders and affective disorders. Epidemiological studies suggest an association between bipolar spectrum and eating disorders with bulimic episodes. Bulimic behavior, impulsivity and affective disorders may all be associated with an impaired central serotonergic neurotransmission, which can be genetically determined and/or result from early childhood trauma.

The previous few studies on the subject failed to provide comprehensive analysis of the association between eating disorders and bipolar disorders. The aim of the paper was to conduct a more complete study of the problem.

The paper presents the analysis of clinical and personality characteristics of female patients with comorbid eating disorders and the bipolar disorder.

130 female patients diagnosed with anorexia and bulimia nervosa were examined, as well as 47 female patients diagnosed with the bipolar disorder and 50 healthy women. MDQ was used to identify comorbidity of the bipolar disorder and eating disorders. On this basis, three additional groups with the “double diagnosis” were identified. Altogether, 8 groups were analyzed. The following scales were used: Beck Depression Inventory (BDI), Eating Attitudes Test (EAT-26), Temperament Evaluation of Memphis Pisa and San Diego - Autoquestionnaire (TEMPS-A) and Temperament and Character Inventory (TCI).

The study has shown that the bipolar disorder affects the patients diagnosed with bulimic disorder significantly more often than other patients.

Patients with co-morbid eating disorders and the bipolar disorder presented significantly higher scores of cyclothymic and irritable temperament on TEMPS-A scale, as well as significantly higher scores for Novelty Seeking on TCI compared to the remaining groups. Also, patients with “double diagnosis” exhibited a number of personality differences compared both to the patients with eating disorders and the bipolar disorder. These differences proved most significant in the case of the comorbidity of bulimic disorder and the bipolar disorder.

## 12 PIŚMIENICTWO

1. Akiskal H.S., Akisklak K.K., Haykal R.F., Manning S., Connor P.D.: TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Aut6questionnaire J. Affect. Disord. 2005. 85: 3–16.
2. Akiskal H.S., Benazzi F.: Optimizing the detection of bipolar II in outpatient private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. J. Clin. Psychiatry. 2005. 66: 914–921.
3. Akiskal H.S., Mendlowicz M.V., Jean-Louis G., Rapaport M.H., Kelsoe J.R., Gillin J.C., Smith T.L.: TMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. J. Affect. Disord. 2005. 85: 45–52.
4. Akiskal H.S.: The clinical necessity of a return to Kraepelin's broad schema of manic depression. Psych.Clin.of North America. 1999. 22.
5. Akiskal H.S.: The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J. Clin. Psychopharmacol. 1996. 16(2–1): 4S–14S.
6. Allilaire J.F., Hantouche E.G., Sechter D. i wsp.: Frequency and clinical aspects of bipolar II disorder in French multicenter study: EPIDEP. L'Encephale 2001. 27: 149–158.
7. Álvarez-Moya E.M., Jiménez-Murcia S., Granero R., Vallejo J., Krug I., Bulik C.M., Fernández-Aranda F.: Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. Comprehensive Psychiatry. 2007. 48: 452–457.
8. Angst A.: The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J. Affect Disord. 1998. 143–51.
9. Angst J., Cassano G.: The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2005. 7(4): 4–12.
10. Angst J., Gamma A., Lewinsohn P.: The evolving epidemiology of bipolar disorder. World Psychiatry. 2002. 1(3): 146–148.

12. Angst J., Sellaro R., Stassen H., Gamma A.: Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: result of a long-term prospective study of hospital admissions. *J. Affect. Disord.* 2005. 84(2–3): 149–157.
13. Barbee J.G.: Topiramate in the treatment of severe bulimia nervosa with comorbid mood disorders: a case series. *Int. J. Eat. Disord.* 2003. 33: 468–472.
14. Beck A.T, Ward C.H, Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1961. 4: 561–71.
15. Bomba J., Józefik B. (red.): Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu. *Bibl. Psych. Pol.*, 2003.
16. Bondy B., Erfurth A., de Jonge S., Kruger M., Meyer H.: Possible association of the short allele of the serotonin transporter promoter gene polymorphism (5-HTTLPR) with violent suicide. *Mol. Psychiatry* 2000. 5: 193–195.
17. Borkowska A., Rybakowski J.K., Drózdź W., Bieliński M., Kosmowska M., Rajewska-Rager W., Bucíński A., Akiskal K.K., Akiskal H.S.: Polish validation of the TEMPS-A: the profile of affective temperaments in a college student population. *J. Affect. Disord.* 2010. 123: 36–41.
18. Brewerton T.D., Hand L.D., Bishop E.R.: The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients. *Int. J. Eat. Disord.* 1993. 14, 213–218.
19. Brownell K.D., Fairburn C.G., Garfinkel P.E.: Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: Guilford Press. 1995. 135–140.
20. Bulik C.M., Sullivan P.F., Fear J., Pickering A.: Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anoreksja nervosa. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997. 185: 704–707.
21. Bulik C.M., Sullivan P.F., McKee M., Weltzin T.E, Kaye W.H.: Characteristics of bulimic women with and without alcohol abuse. *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* 1994. 20: 273–283.
22. Bulik C.M., Sullivan P.F., Weltzin T., Kaye W.H.: Temperament in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1995a. 17: 251–261.
23. Cassin S.E, von Ranson K.M.: Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin. Psychol. Rev.* 2005. 25(7): 895–916.



24. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R.: A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993. 50(12): 975–90.
25. Coccaro E.F., Siever L.J., Klar H.M., Cochrane K., Cooper T.B., Mohs R.C.: Serotonergic studies in patients with affective disorders correlates with suicidal and aggressive behavior. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989. 46: 587–599.
26. Colom F., Vieta E.: Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. Medipage. Warszawa. 2009.
27. Cowen P.J., Clifford E.M., Walsh A.E., Williams C., Fairburn C.G.: Moderate dieting causes 5-HT<sub>2C</sub> receptor supersensitivity. *Psychol. Med.* 1996. 26: 1155–1159.
28. DaCosta M., Halmi K.A.: Classifications of anoreksja nervosa : questions of subtypes. *Int. J. Eat. Disord.* 1992. 11: 305–313.
29. Di Bella D.D., Catalano M., Cavallini M.C., Riboldi C., Bellodi L.: Serotonin transportet linked polymorphic region in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Mol. Psychiatry* 2000. 5: 233–234.
30. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association. 1994.
31. Diaz-Marsa M., Carrasco J.L., Lopez-Ibor J.J, Saiz J.: A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *J. Person. Disord.*, 2000. 14: 352–359.
32. Engström C., Brändström S., Sigvardsson S., Cloninger C.R., Nylander P.O.: Bipolar disorder. I. Temperament and character. *J. Affective Disorders*, 2004. 82: 131–134.
33. Evans L., Akiskal H.S., Keck Jr. P.E., McElroy S.L., Sadovnick A.D., Remick R.A., Kelsoe J.R.: Familiarity of temperament in bipolar disorder: Support for a genetic spectrum. *J. Affect. Disord.*, 2005. 85: 153–168.
34. Fagiolini A., Frank E., Houck P.R., Malinge A.G., Swartz H.A., Buysse D.J., Ombao H., Kupfer D.J.: Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2002. 6: 528–33.
35. Fairburn C.G., Harrison P.J.: Eating disorders. *The Lancet.* 2003. 361.
36. Fassino S., Abbate Daga G., Amianto F., Leombruni P., Amianto F., Atanic S., Rovera G.G.: Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Compr. Psychiatry.* 2002. 77: 1233–1240.

37. Fassino S., Amianto F., Abbate-Daga G.: The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Compr. Psychiatry*. 2009. 50: 232–239.
38. Fassino S., Amianto F., Gramaglia C., Facchini F., Abbate Daga G.: Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating Weight Disord*. 2004. 9: 81–90.
39. Fichtner C.G., O'Connor F.L., Yeoh H.C., Arora R., Crayton J.W.: Hypodensity of platelet serotonin reuptake sites in posttraumatic stress disorder: associated clinical feature. *Life Sc*. 1995. 57: 37–44.
40. Garner D.M. i wsp. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol. Med*. 1982. 12: 871–8.
41. Ghaemi S., Ko J.Y., Goodwin F.K.: The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatric Practice*. 2001. 7: 287–97.
42. Goto S., Terao T., Hoaki N., Wang Y.: Cyclothymic and hyperthymic temperaments may predict bipolarity in major depressive disorder: A supportive evidence for bipolar III/2 and IV. *J.Affective Disorders*, 2011.129: 34–38.
43. Hatsukami D.K., Mitchell J.E., Eckert E.D.: Eating Disorders: A variant of mood disorders? *Psych. Clin. of North America*. 1984. Vol.7, No.2.
44. Hirschfeld R.M.A., Williams J.B.W., Spitzer R.L.: Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am. J. Psychiatry*. 2000. 157: 1873–5.
45. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne, Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPN, Kraków Warszawa 1998.
46. Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Wyd. Uniw. Jagiellońskiego. Kraków. 1999.
47. Jylhä P., Mantere O., Melartin T., Suominenm K., Vuorilehto M., Arvilommi P., Holma I., Holma M., Leppamaki S., Valtonen H., Rytsala H., Isometsä E.: Differences in temperament and character dimensions in patients with bipolar I and II or major depressive disorder and general population subjects. *Psychological Medicine*. 2011. 41: 1579–1591.

48. Kamińska K., Chłopocka-Woźniak M., Rybakowski J., Rybakowski F.: Występowanie objawów zaburzeń jedzenia u pacjentek z chorobą afektywną dwubiegunową. *Wiad. Psych.* 2009. 13(2): 70–72.
49. Kamińska K., Rajewska J., Rybakowski J.: Korzystne działanie lamotryginy u pacjentki z zaburzeniami odżywiania się współistniejącymi z chorobą afektywną dwubiegunową – opis przypadku. *Farmakoter. Psychiatr. Neurol.* 2005.
50. Kamińska K., Rybakowski F.: Współwystępowanie zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Psychiatria Polska.* 2006. XL(3): 455–467.
51. Kamińska K., Rybakowski F.: Współwystępowanie zaburzeń jedzenia i spectrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Psychiatr. Pol.* 2004. 28.
52. Kamińska K., Rybakowski F.: Współwystępowanie zaburzeń jedzenia i spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Psychiatr. Pol.*, 2004. 28.
53. Kaplan A.S., Garfinkel P.E., Garner D.M.: Carbamazepine in the treatment of bulimia. *Am. J. Psychiatry* 1983. 140: 1225–1226.
54. Katzow J.J., Hsu D.J., Ghaemi S.N.: The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bip. Disord.* 2003. 5: 436–442.
55. Kaye W.H., Weltzin T.E.: Neurochemistry of bulimia nervosa. *J. Clin. Psychiatry* 1991. 52 (supl.): 21–28.
56. Kiejna A., Rymaszewska J., Hadryś T., Rybakowski J., Suwalska J., Łojko D.: Występowanie cech dwubiegunowości u osób z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi – ogólnopolskie, wielośrodkowe badanie uniDEP-BI. *Psychiatr. Pol.* 2005. 5: 951–962.
57. Klump K.L., Bulik C.M., Pollice Ch., Halmi K.A., Fichter M.M., Berrettini W.H., Devlin B., Strober M., Kaplan A., Woodside D.B., Treasure J., Shabbout M., Lilenfeld L.R., Plotnicov K., Kaye W.H.: Temperament and character in women with anorexia nervosa. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2000. 188: 559–5567.
58. Klump K.L., Strober M., Bulik C.M., Thornton L., Johnson C., Devlin B., Fichter M.M., Halmi K.A., Kaplan A.S., Woodside D.B., Crow S., Mitchell J., Rotondo A., Keel P.K., Berrettini W.H., Plotnicov K., Pollice Ch., Lilenfeld L.R., Kaye W.H.: Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine.* 2004. 34: 1407–1418.

59. Leibenluft E., Fiero P.L, Bartko J.J, Moul D.E, Rosenthal N.R.: Depressive symptoms and the self-reported use of alcohol, caffeine and carbohydrates in normal volunteers and four groups of psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry.* 1993. 150: 294–301.
60. Lesch K.P., Wolozin B.L., Murphy D.L., Reider P.: Primary structure of the human platelet serotonin uptake site: edentity with the brain serotonin transporter. *J. Neurochem.* 1993. 60: 2319–2322.
61. Loftus S.T., Garno J.L., Jaeger J., Malhotra, A.K.: Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: A comparison to healthy controls. *J. Psych. Research.* 2008. 42: 1131–1136.
62. Mackin P., Young A., rozdz.20, Wright P., Stern J., Phelan M. (red.): *Sedno Psychiatria*, Elserv. Urban & Part. 2008.
63. Mahmood T., Silverstone T.: Serotonin and bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2001. 66: 1–11.
64. Manning J.S., Haykal R.F., Connor P.D., Cunningham P.D., Jackson C.W., Long S.: Sustained remission with lamotrigine augmentation or monotherapy in female resistant depressive with mixed cyclothymic-dythymic temperament. *J. Affect. Disord.* 2005. 84: 259–266.
65. Marneros A., Angst J.: Bipolar disorders: roots and evolution. W: Marneros A., Angst J. (red.): *Bipolar Disorders. 100 Years After Manic Depressive Insanity.* Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 2000. 1–35.
66. Marneros A.: Expanding the group of bipolar disorders. *J. Affect. Disord.* 2001. 62: 39–44.
67. McElroy A.L., Kotwal R., Malhotra S.: Współwystępowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego i zaburzeń odżywiania się: co może zrobić lekarz? *Psychiatria po dyplomie.* 2005. 2(4).
68. McElroy S.L., Kotwak R., Keck P.E., Akiskal H.S.: Comorbidity of bipolar and eating disorder: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J. Affect. Disord.* 2005. 86: 107–127.

69. McElroy S.L., Arnold L.M., Shapira N.A., Keck P.E., Rosenthal N.R., Karim M.R., Kamin M., Hudson J.I.: Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am. J. Psychiatry* 2003. 160: 255–261.
70. McElroy S.L., Frye M.A., Helleman G. i wsp.: Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2011. 128:191–198.
71. McElroy S.L., Frye M.A., Suppes T., Dhavale D., Keck P.E., Leverich G.S., Altshuler L., Denicoff K.D., Nolen W.A., Kupka R., Grunze H., Waldwn J.: Post RM. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2002. 63:3.
72. Mizushima H., Ono Y., Asai M.: TCI temperamental scores in bulimia nervosa patients and normal women with ang without diet experiences. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998. 98: 228–2230.
73. Mury M., Verdoux H., Bourgeois M.: Comorbidite trouble bipolaire et trouble des conduits alimentaires. Aspect epidemiologiques et therapeutiques. *Lencephale.* 1995. XXI: 545–53.
74. Nagata T., Oshima J., Wada A., Yamada H., Iketani T., Kiriike N.: Temperament and character of Japanese eating disorder patients. *Compr. Psychiatry.* 2003. 44(2): 142–145.
75. Namysłowska I.: Bulimia nervosa. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*, tom 2. Wrocław: Wyd. Med. Urban i Partner; 2002, s. 528–537.
76. Nery F.G., Hatch J.P., Glahn D.C., Nicoletti M.A., Monkul E.S., Najt P., Fonseca M., Bowden C.L., Cloninger C.R., Soares J.C. : Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. *J. Psych. Research.* 2008. 42: 569–577.
77. Osher Y., Cloninger C.R., Belmaker R.H.: TPQ in euthymic manic-depressive patients. *J. Psych. Research.* 1996. 30: 353–357.
78. Osher Y., Lefkifker E., Kotler M.: Low persistence in euthymic manic-depressive patients: A replication. *J. Affect. Disord.* 1999. 53: 87–90.

79. Perugi G., Akiskal H.S.: The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2002. 25: 713–737.
80. Perugi G., Akiskal H.S.: The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2002. 25: 713–737.
81. Perugi G., Toni C., Passino M.C.S, Akiskal K.K., Kaprinis S., Akiskal H.S.: Bulimia nervosa in atypical depression: The mediating role of cyclothymic temperament. *J. Affect. Disord.* 2006. 92: 91–97.
82. Pużyński S., Rybakowski J., rozdz. 2.5, Bilikiewicz A., Pużyński A., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*, Urban & Partner, 2002.
83. Ramacciotti C.E, Paoli R.A, Ciapparelli A., Marcacci G., Placidi G., Dell’Osso L., Garfinkel P.E.: Affective temperament in the eating disorders. *Eat. Weight Disord.* 2004. 9: 114–119.
84. Ramacciotti C.E., Paoli R.A., Marcacci G., Piccinni A., Buralassi A., Dell’Osso L., Garfinkel E.: Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders, *Psych. Research.* 2005. 135: 165–170.
85. Ricca V., Mannucci E., Mezzani B., Di Bernardo M., Zucchi T., Paionni A., Placidi G.P.A, Rotella C.M., Faravelli C.: Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eating Weight Disord.* 2001. 6: 157–165.
86. Rybakowski F.: Psychobiologiczne cechy osobowości jako endofenotyp jadłowstrętu psychicznego. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia.* 2007. 2(1): 31–36.
87. Rybakowski J.: *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań. 2008.
88. Rybakowski J.: Spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. Nowa koncepcja diagnostyczna. *Lęk i Depresja.* 2002. 7(1): 28–40.
89. Sancho C., Arija M.V., Canals J.: Personality in non-clinical adolescents with eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2008. 16: 133–138.
90. Scully J.H.: *Psychiatria*. Urban & Partner. 1998.

91. Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A.: Oksfordzki podręcznik psychiatrii. Wyd. Czelej. 2007.
92. Shinjiro G., Takeshi T., Nobuhiko H., Yumei W.: Cyclothymic and hyperthymic temperaments may predict bipolarity in major depressive disorder: A supportive evidence for bipolar II 1/2 and IV. *J. Affect. Disord.* 2011. 129: 34–38.
93. Shisslak C.M., Perse T., Crago M.: Coexistence of bulimia nervosa and mania: a literature review and case report. *Compr. Psychiatry* 1991. 32: 181–184.
94. Sipson S.G., Al-Mufti R., Andersen A.E., DePaulo J.R.: Bipolar II affective disorder in eating inpatients. *The J. of Nerv. Ment. Dis.* 1992. 180(11).
95. Stahl S.: Podstawy psychofarmakologii depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej. Camb. Univ. Press, 2000.
96. Steiger H., Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. *J. Psychiatry Neurosc.* 2004. 29: 20–29.
97. Strakowski S., Tohen M., Stoll A.L.: Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am. J. Psychiatry* 1993. 150: 752–757.
98. Strakowski S.M., Faedda G.I., Thoen M., Goodwin D.C., Stoll A.L.: Possible affective-state dependence of the tridimensional personality questionnaire. *Psychol. Res.* 1992. 41 (3): 215–226.
99. Strelau J.: Psychologia temperamentu. Wyd. Nauk. PWN. 2012.
100. Strober M.: Disorders of the self in anorexia nervosa: an organismic-developmental perspective. W: Johnson C. (Ed.), *Psychodynamic theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, Guilford, 1992. 354–373.
101. Swift W.J., Andrews D., Barklage N.E., DePaulo J.R. Bipolar II Affective Disorder and Eating Disorders: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry.* 1986. 143:3.
102. Tauscher J., Pirker W., Willeit M., de Zwaan M., Bailer U., Neumeister A., Asenbaum S., Lennkh C., Praschak-Rieder N., Brucke T., Kasper S.: [123I] beta-CIT and single photon emission computed tomography reveal reduced brain serotonin transporter availability in bulimia nervosa. *Biol. Psychiatry* 2001. 49: 326–332.

103. Tillman R., Geller B., Craney J.L., Bolhofner K., Williams M., Zimmerman B., Frazier J., Beringer L.: Temperament and character factors in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J. Child and Adol. Psychopharm.* 2003. 13: 531–543.
104. Torrent C., Vieta E., Crespo A., Gonzales-Pinto J., del Valle J.M., Olivares A., Rodriguez C., de Arde L., Sanchez-Plannell F., Colom F.: Barcelona Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS): a self-administered scale for heating disturbance in bipolar patients, *Actas Esp. Psiquiatr.* 2004. 32: 127–13.
105. Tozzi F., Thornton L.M., Klump Kelly M., Fichter M.M., Halmi K.A., Kaplan A.S., Strober M., Woodside D.B., Crow A., Mitchell J., Rotondo A., Mauri M., Cassano G., Keel P., Plotnicov K.H., Pollice C., Lilenfeld L.R., Berrettini W.H., Bulik C.M., Kaye W.H.: Symptoms fluctuation in eating disorder: Correlates of diagnostic crossover. *Am. J. Psychiatry.* 2005. 162: 4.
106. Turner H., Bryant-Waugh R.: Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS): Profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2004. 12: 18–26.
107. Vieta E., Colom F., Corbella B., Martinez-Aran A., Reineres M., Benabarre A., Gast C.: Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bip. Disord.* 2001. 3: 253–258.
108. Wint d. P., Shapira N.A.: Zaburzenia kontroli impulsów. *Psychiatria po Dyplomie.* 2004. 1(5).
109. Woodside D.B., Bulik C.M., Halmi K.A., Fichter M.M., Kaplan A., Berrettini W.H., Strober M., Treasure J., Lilefeld L., Klump K., Kaye W.H.: Personality, perfectionism and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.*, 2002. 31: 290–299.
110. Wright i wsp.: *Sedno Psychiatria.* Elsevier Urban & Partner. Wrocław. 2008.
111. Zakrzewska M., Samochowiec J., Rybakowski F., Hauser J., Pełka-Wysiecka J. Polska wersja Inwentarza Temperamentu i Charakteru ( TCI): analiza rzetelności. *Psych Pol* 2001; 35: 455–465.



## 13 ZAŁĄCZNIKI

### Załącznik nr 1

#### TCI

#### *Temperament and Character Inventory*

C. Robert Cloninger adaptacja Elżbieta Hornowska UAM Poznań

Kwestionariusz ten zawiera stwierdzenia opisujące różne sądy, przekonania, zainteresowania i osobiste uczucia.

Proszę przeczytać poniższe wypowiedzi i zdecydować się, czy dane stwierdzenie opisuje Pana/Panią we właściwy sposób.

Czytajcie Państwo uważnie wszystkie pytania i udzielajcie odpowiedzi nie zastanawiając się zbyt długo. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie, nawet jeżeli nie jesteście Państwo zupełnie pewni odpowiedzi.

**Na każde stwierdzenie należy odpowiedzieć PRAWDA lub FALSZ**

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź stawiając znak **X** w odpowiedniej kratce.

Jeżeli wstawicie Państwo znak **X** w złym miejscu, proszę go zamalować i następnie zaznaczyć właściwą kratkę

Nie ma tu odpowiedzi dobrych lub złych. Są one wyrazem Państwa własnych uczuć i przekonań.

Prosimy o samodzielne wypełnianie kwestionariusza

Imię i nazwisko.....

Płeć.....

Wiek.....

Wykształcenie .....

Zawód.....

**Uwaga: tylko do użytku wewnętrznego dla potrzeb badań normalizacyjnych**

Copyright © 1987, 1992 by C. R. Cloninger

Nr tw.	Twierdzenie	Prawda	Falsz
1	Często próbuję nowych rzeczy wyłącznie po to, by przeżyć dreszczyk podniecenia, nawet jeżeli większość ludzi uważa, że jest to strata czasu		
2	Nawet w takich sytuacjach, w których inni ludzie bywają zaniepokojeni, zazwyczaj jestem pewien/wna, że wszystko pójdzie dobrze		
3	Piękna mowa lub poezja często głęboko mnie wzrusza		
4	Często mam wrażenie, że jestem ofiarą zbiegu okoliczności		
5	Zazwyczaj akceptuję innych ludzi, takimi, jakimi są, nawet jeżeli zdecydowanie różnią się ode mnie		
6	Wierzę, że cuda się zdarzają		
7	Cieszę się gdy mogę odplacić „pięknym za nadobne” ludziom, którzy mnie skrzywdzili		
8	Gdy jestem na czymś skoncentrowany/a, często tracę poczucie czasu		
9	Często mam uczucie, że moje życie nie ma sensu i jest bez znaczenia		
10	Lubię przyczynić się do rozwiązywania problemów w taki sposób, aby wszyscy byli zadowoleni		
11	Mógłbym prawdopodobnie osiągnąć więcej, ale nie widzę powodu by starać się bardziej niż jest to konieczne		
12	Często czuję się spięty/a i poddenerwowany/a w nowych sytuacjach, nawet wtedy, gdy inni uważają, że nie ma powodu do niepokoju		
13	Często działam kierując się tym, co czuję w danej chwili, nie zważając na to, jak postępowałem/łam w przeszłości		
14	Zazwyczaj robię różne rzeczy po swojemu, nie ulegając życzeniom innych ludzi		
15	Często czuję taką bliskość z innymi ludźmi, jak by nic nas nie dzieliło		

16	Na ogół nie lubię ludzi, których poglądy różnią się od moich		
17	Moje spontaniczne reakcje wynikają najczęściej z dobrych nawyków, które sam/a w sobie wykształciłem/łam		
18	Nawet jeśli miałbym/łabym stracić zaufanie dobrych przyjaciół, to i tak zrobiłbym/łabym prawie wszystko, aby stać się osobą bogatą i sławną, jeżeli byłoby to tylko zgodne z prawem		
19	Jestem zwykle bardziej powściągliwy/a i opanowany/a niż inni ludzie		
20	Często nie kończę tego co zacząłem/ęłam robić, ponieważ czuję, że i tak mi się to nie uda		
21	Lubię dzielić się z przyjaciółmi moimi doświadczeniami i uczuciami, zamiast zatrzymywać je dla siebie		
22	Jestem mniej energiczny/a i szybciej męczę się niż inni ludzie		
23	Czasami ludziom zdaje się, że jestem roztargniony/a, ponieważ tak angażuję się w to co właśnie robię, że nie zwracam uwagi na nic innego		
24	Rzadko mam pełną swobodę decydowania o tym, co chcę zrobić		
25	Zwykle zważam na uczucia innych ludzi tak samo, jak na swoje własne		
26	Wolałbym/łabym robić coś, co wiąże się z odrobiną ryzyka (np. jechać samochodem drogą z ostrymi zakrętami biegnącą nad przepaścią) niż spędzić kilka godzin spokojnie i beczynnienie		
27	Zwykle unikam spotkań z obcymi, ponieważ brak mi pewności siebie w towarzystwie ludzi, których nie znam		
28	Chciałbym/łabym by inni byli ze mnie zadowoleni tak bardzo, jak to możliwe		
29	Wolę stare „wypróbowane i dobre” metody postępowania, niż eksperymentowanie z „nowymi i ulepszonymi” sposobami		
30	Zwykle nie jestem w stanie załatwiać spraw w kolejności od najważniejszej do najmniej ważnej, gdyż brakuje mi czasu		
31	Często podejmuję działania, by chronić pewne gatunki zwierząt i roślin		
32	Chciałbym/łabym być sprytniejszy/a od innych		
33	Cierpienie moich wrogów sprawia mi przyjemność		
34	Staram się być dobrze zorganizowany/a i – jeżeli można - ustalać zasady postępowania dla innych ludzi		
35	Trudno jest mi skoncentrować się na czymś przez dłuższy czas, ponieważ różne rzeczy łatwo odwracają moją uwagę		
36	Systematyczne ćwiczenia wyrobiły we mnie dobre nawyki, silniejsze od przypadkowych okoliczności czy nacisków		
37	Zwykle jestem tak wytrwały/a, że kontynuuję pracę nawet wtedy, kiedy inni dawno już zrezygnowali		
38	Fascynuje mnie wiele rzeczy, których nie da się wytłumaczyć naukowo		
39	Mam wiele złych nawyków, które chciałbym/łabym przezwyciężyć		
40	Często oczekuję, że ktoś inny rozwiąże za mnie moje problemy		
41	Często wydaję za dużo pieniędzy i w efekcie brakuje mi gotówki lub popadam w długi		
42	Myszę, że w przyszłości będę mieć dużo szczęścia		
43	Nawet po lekkich chorobach lub osłabieniu spowodowanym stresem odzyskuję siły wolniej niż inni ludzie		
44	Gdybym miał/a pozostać samotny/a, nie miałbym/łabym nic przeciwko temu		
45	Kiedy odpoczywam, często doznaję zjawiska olśnienia		
46	Nie dbam o to, czy ludzie mnie lubią i czy lubią to, co robię		
47	Zwykle dążę do zaspokojenia własnych potrzeb, bo i tak nie można wszystkich zadowolić		
48	Denerwują mnie ludzie, którzy nie akceptują moich poglądów		

49	Nie sędę abym dobrze rozumiał/a innych ludzi		
50	Nie trzeba być nieuczciwym człowiekiem, by osiągnąć sukces w interesach		
51	Czasami czuję się tak zjednoczony/a z naturą, że wydaje mi się, iż wszystko co mnie otacza jest częścią jednego żyjącego organizmu		
52	Jestem lepszym słuchaczem niż mówcą		
53	Tracę panowanie nad sobą szybciej, niż większość ludzi		
54	Kiedy jestem w towarzystwie nieznanym mi osób, czuję się bardziej onieśmiałony/a niż inni ludzie		
55	Jestem bardziej uczuciowy/a niż inni ludzie		
56	Wydaje mi się, że posiadam „szósty zmysł”, który niekiedy pozwala mi przewidzieć co się wydarzy w przyszłości		
57	Gdy ktoś mnie skrzywdzi zwykle staram się odplacić mu tym samym		
58	Moje zachowanie jest, w dużej mierze, spowodowane okolicznościami, które są niezależne ode mnie		
59	Każdego dnia staram się zrobić następny krok w kierunku realizacji własnych celów		
60	Często czuję, że chciałbym/łabym być silniejszy/a od innych		
61	Długo zastanawiam się zanim podejmę decyzję		
62	Pracuję więcej niż inni ludzie		
63	Ponieważ bardzo szybko męczę się, często potrzebuję drzemki lub dodatkowej przerwy by wypocząć		
64	Lubię pomagać innym		
65	Zazwyczaj jestem dobrej myśli, bez względu na przejściowe problemy, które muszę rozwiązać		
66	Nie lubię wydawać pieniędzy na przyjemności nawet wtedy, gdy zaoszczędziłem/łam sporą sumę		
67	W sytuacjach, w których inni ludzie czują fizyczne zagrożenie zwykle zachowuję zimną krew i nie odczuwam niebezpieczeństwa		
68	Wolę zatrzymywać własne problemy dla siebie		
69	Nie mam oporów przed rozmową o moich osobistych problemach również z ludźmi, których znam krótko albo powierzchownie		
70	Wolę przebywać w domu niż podróżować, czy poznawać nowe miejsca		
71	Nie sędę, by mądre było pomaganie słabym ludziom, którzy sami nie potrafią sobie pomóc		
72	Nie potrafię pozbyć się wyrzutów sumienia, kiedy potraktuję kogoś niesprawiedliwie nawet wtedy, gdy ten ktoś zachował się tak samo w stosunku do mnie		
73	Ludzie często opowiadają mi o swoich uczuciach		
74	Często czuję, że chciałbym/łabym być wiecznie młody/a		
75	Strata bliskiego przyjaciela załamuje mnie bardziej niż większość ludzi		
76	Czasem czuję się tak, jak gdybym bym był/a częścią czegoś bez granic, w czasie i przestrzeni		
77	Czasami czuję duchową więź z innymi ludźmi, której nie potrafię wyrazić słowami		
78	Staram się uważać na uczucia innych ludzi nawet, jeżeli w przeszłości byli oni niesprawiedliwi wobec mnie		
79	Podoba mi się, kiedy ludzie mogą robić to, na co mają ochotę i nie są ograniczani przez surowe zasady i przepisy		
80	Myszę, że czyłbym/łabym się pewnie w towarzystwie obcych ludzi nawet wtedy, gdyby wcześniej powiedziano mi, że są oni do mnie nieprzyjaźnie nastawieni		
81	Bardziej niż inni ludzie martwię się tym, że coś może mi się nie udać w		

	przyszłości		
82	Zanim podejmę jakąś decyzję, zazwyczaj analizuję drobiazgowo wszystkie „za” i „przeciw”		
83	Myszę, że bycie człowiekiem życzliwym i wyrozumiałym w stosunku do innych ludzi jest ważniejsze, niż postępowanie w sposób praktyczny i racjonalny		
84	Często czuję się silnie związany/a ze wszystkim, co mnie otacza		
85	Często czuję, że chciałbym/łabym posiadać specjalną moc, tak jak Superman		
86	Inni ludzie mają zbyt dużą kontrolę nade mną		
87	Lubię dzielić się z innymi ludźmi tym, czego się nauczyłem/łam		
88	Doświadczenia religijne pozwoliły mi poznać sens życia		
89	Wiele uczę się od innych ludzi		
90	Systematyczne ćwiczenia sprawiły, że osiągam dobre wyniki w wielu dziedzinach		
91	Zazwyczaj udaje mi się sprawić by inni ludzie mi uwierzyli, nawet jeżeli to co mówię jest przesadzone albo nieprawdziwe		
92	By wrócić do sił po lekkich chorobach lub stresach, potrzebuję dużo spokoju, odpoczynku i troski ze strony innych		
93	Wiem, że w życiu obowiązują zasady, których nie można bezkarnie łamać		
94	Nie chcę być bogatszy/a niż inni		
95	Z chęcią zaryzykowałbym/łabym życie, by świat stał się lepszy		
96	Nawet kiedy długo nad czymś się zastanawiam, bardziej ufam swoim odczuciom niż logice		
97	Czasami miałem/łam uczucie, że moim życiem kieruje siła nadprzyrodzona, potężniejsza niż człowiek		
98	Cieszę się, kiedy mogę być złośliwy/a w stosunku do ludzi, którzy byli złośliwi w stosunku do mnie		
99	Uchodzę za osobę, która jest bardzo praktyczna i nie działa pod wpływem emocji		
100	Kiedy z kimś rozmawiam nie mam problemu z uporządkowaniem swoich myśli		
101	Na nieoczekiwane wiadomości często reaguję tak gwałtownie, że robię lub mówię rzeczy, których później żałuję		
102	Bardzo poruszają mnie wzruszające apele (np. prośba o pomoc dla kalekiego dziecka)		
103	W stosunku do siebie jestem zazwyczaj bardziej wymagający/a niż inni ludzie, ponieważ chcę postępować najlepiej, jak to tylko możliwe		
104	Mam tak wiele wad, że nie bardzo siebie lubię		
105	Mam zbyt mało czasu, by szukać długofalowych rozwiązań własnych problemów		
106	Często nie umiem poradzić sobie z moimi problemami, ponieważ po prostu nie wiem co powinienem/nam zrobić		
107	Często żałuję, że nie mogę zatrzymać czasu		
108	Nie znośzę podejmować decyzji tylko na podstawie pierwszego wrażenia		
109	Wolę wydawać pieniądze niż je oszczędzać		
110	Czasami jestem skłonny/a naciągnąć nieco fakty by to, co opowiadam było bardziej zabawne, albo by zrobić komuś dowcip		
111	Kiedy w przyjaźni pojawiają się problemy robię wszystko by ją utrzymać		
112	Staram się szybko zapomnieć o zakłopotaniu czy upokorzeniu, które		

	mnie spotkało		
113	Jest mi niezwykle trudno zmienić utarty sposób postępowania, ponieważ czuję się wtedy spięty/a, zmęczony/a lub niepewny/a		
114	Tylko argumenty natury praktycznej mogą mnie skłonić do zmiany utartych sposobów postępowania		
115	Potrzebuję pomocy ze strony innych ludzi, aby wykształcić dobre nawyki		
116	Uważam, że telepatia lub jasnowidzenie są rzeczywiście możliwe		
117	Chciałbym/łabym, aby otaczali mnie serdeczni i bliscy przyjaciele		
118	Często zdarza się, że powtarzam w kółko tę samą czynność nawet wtedy, kiedy długo nie mogę uzyskać pożądanego wyniku		
119	Nawet wtedy, kiedy inni ludzie dookoła mnie są pełni obaw jestem spokojny/a i beztroski/a		
120	Uważam, że smutne filmy i piosenki są nudne		
121	Okoliczności często zmuszają mnie do robienia czegoś wbrew mej woli		
122	Trudno jest mi tolerować ludzi, którzy są inni niż ja		
123	Uważam, że większość zdarzeń uznawanych za cuda, to dzieło przypadku		
124	Wolę być uprzejmy/a wobec kogoś kto mnie zranił, niż mścić się na nim		
125	Często jestem tak zafascynowany/a tym co robię, że tracę poczucie rzeczywistości		
126	Nie sądzę, aby moje życie miało jakiś rzeczywisty cel		
127	Staram się współpracować z innymi tak bardzo, jak to tylko możliwe		
128	Jestem zadowolony/a z własnych osiągnięć i nie czuję potrzeby by coś ulepszać		
129	Często czuję się spięty/a i poddenerwowany/a w nowych sytuacjach, nawet wtedy, gdy inni nie dostrzegają żadnego niebezpieczeństwa		
130	Często zdaję się na mój instynkt, przeczucia lub intuicję, bez zastanawiania się nad szczegółami		
131	Ponieważ często nie robię tego, czego oczekują ode mnie inni ludzie, uchodzę za osobę niezależną		
132	Często czuję silny duchowy lub emocjonalny związek z wszystkimi ludźmi		
133	Potrafię polubić ludzi, którzy wyznają inne wartości niż ja		
134	Próbuję pracować tak mało, jak to możliwe nawet wtedy, gdy inni ludzie oczekują ode mnie więcej		
135	Dobre nawyki stały się moją „drugą naturą” i zwykle pojawiają się automatycznie i spontanicznie		
136	Nie przeszkadza mi to, że inni ludzie wiedzą więcej niż ja		
137	Zazwyczaj staram się spojrzeć na sprawy „oczami drugiego człowieka”, aby lepiej go zrozumieć		
138	Zasady takie jak sprawiedliwość i uczciwość odgrywają małą rolę w niektórych aspektach mojego życia		
139	Oszczędzanie pieniędzy przychodzi mi łatwiej niż innym ludziom		
140	Rzadko bywam zdenerwowany/a lub sfrustrowany/a - kiedy coś mi nie wychodzi po prostu zajmuję się czymś innym		
141	Zwykle nalegam aby działać w sposób uporządkowany, nawet wtedy, gdy inni uważają, że to niepotrzebne		
142	W większości sytuacji czuję się pewny/a siebie		
143	Ponieważ rzadko dzielę się z przyjaciółmi moimi uczuciami, trudno im je poznać		
144	Nie lubię zmieniać swego sposobu postępowania mimo, iż ludzie mówią mi, że istnieją nowe i lepsze metody		

145	Uważam, że niemądrze jest wierzyć w rzeczy, których nie można wy tłumaczyć naukowo		
146	Lubię sobie wyobrażać, że moi wrogowie cierpią		
147	Mam więcej energii i męczę się wolniej niż inni ludzie		
148	We wszystkim co robię lubię zwracać uwagę na szczegóły		
149	Często przerywam to co robię, ponieważ się niepokoję mimo, iż znajomi mówią mi, że wszystko pójdzie dobrze		
150	Często czuję, że chciałbym/łabym mieć więcej władzy niż inni		
151	Zwykle mogę swobodnie decydować o tym, co będę robić		
152	Często angażuję się w to, co robię do tego stopnia, że przez chwilę zapominam gdzie jestem		
153	Sądzę, że każdy członek zespołu rzadko otrzymuje należną mu część		
154	Wolałbym/łabym robić coś ryzykownego (np. wspinac się w górach lub skakać ze spadochronem) niż spędzać czas spokojnie i beczynnje		
155	Często wydaję zbyt dużo pieniędzy pod wpływem impulsu i trudno mi coś zaoszczędzić (nawet na specjalne wydatki takie, jak np. wakacje)		
156	Nie zbaczam z obranej drogi, by przypodobac się innym ludziom		
157	Nie czuję się onieśmielony/a w obecności nieznanymych		
158	Często ustępuję moim przyjaciółom		
159	Przez większość czasu robię rzeczy konieczne, choć nie najważniejsze z mojego punktu widzenia		
160	Myszę, że religijne czy etyczne zasady dotyczące tego co dobre i złe, nie powinny istotnie wpływać na decyzje dotyczące interesów		
161	Zwykle staram się nie brać pod uwagę własnej oceny sytuacji, bym mógł/a lepiej zrozumieć to, czego doświadczają inni ludzie		
162	Wiele moich nawyków utrudnia mi osiągnięcie wartościowych celów		
163	Jestem skłonny/a poświęcić wiele, aby uczynić świat lepszym - np. próbując zapobiec wojnie, nędzy czy niesprawiedliwości		
164	Nigdy nie martwię się tym, że w przyszłości może zdarzyć się coś okropnego		
165	Prawie nigdy nie podniecam się do tego stopnia, by tracić panowanie nad sobą		
166	Często rezygnuję z jakiegoś zajęcia, jeżeli zabiera mi ono więcej czasu niż początkowo sądziłem/łam		
167	Wolę sam/a rozpocząć rozmowę, niż czekać aż ktoś inny odezwie się do mnie pierwszy		
168	Zwykle szybko wybaczam temu, kto mnie źle potraktował		
169	To, co robię w dużej mierze zależy od okoliczności będących poza moją kontrolą		
170	Muszę często zmieniać własne decyzje, ponieważ podejmuję je pod wpływem złego „wycucia” lub fałszywego pierwszego wrażenia		
171	Najchętniej czekam, aby ktoś inny przejął inicjatywę i doprowadził sprawę do końca.		
172	Zazwyczaj szanuję opinie innych		
173	Miałem/łam doświadczenia, które jasno określiły moje życie i sprawiły, że jestem zadowolony/a i szczęśliwy/a		
174	Kupowanie sobie różnych rzeczy sprawia mi przyjemność		
175	Uważam, że osobiście doświadczyłem/łam telepatii, jasnowidzenia lub czegoś podobnego		
176	Mam wrażenie, że mój mózg nie funkcjonuje prawidłowo		
177	W swoim zachowaniu kieruję się celami, które sam/a sobie obrałem/łam		
178	Uważam, że głupotą jest przyczynianie się do sukcesów innych ludzi		
179	Często żałuję, że nie mogę żyć wiecznie		

180	Zazwyczaj staram się zachowywać chłód i utrzymywać dystans w stosunku do innych ludzi		
181	Na smutnym filmie płaczę częściej niż inni		
182	Po lekkich chorobach lub osłabieniu spowodowanym stresem odzyskuję siły szybciej niż inni ludzie		
183	Często łamię zasady i normy kiedy sądzę, że można się bez nich obejść		
184	Muszę jeszcze wiele pracować nad sobą, zanim będę mógł/mogła zaufać sobie i zdołam się oprzeć różnym pokusom		
185	Chciałbym/łabym, aby inni ludzie nie mówili tak dużo		
186	Każdy powinien być traktowany z godnością i szacunkiem, nawet jeśli wydaje się mało ważnym albo złym człowiekiem		
187	Staram się szybko podejmować decyzje, aby jak najszybciej zrobić to co mam do zrobienia		
188	Zwykle we wszystkim co robię szczęście mnie nie opuszcza		
189	Jestem pewien/pewna, że bez trudu przyszłoby mi robienie rzeczy, które inni uważają za niebezpieczne (np. szybka jazda samochodem na śliskiej lub oblodzonej nawierzchni)		
190	Nie widzę powodu by kontynuować pracę, gdy nie ma dużej szansy na osiągnięcie sukcesu		
191	Lubię szukać nowych sposobów działania		
192	Oszczędzanie pieniędzy sprawia mi większą satysfakcję, niż wydawanie ich na przyjemności		
193	Prawa jednostki są ważniejsze niż potrzeby grupy		
194	Miałem/łam osobiste doświadczenia, w których czułem/łam kontakt z boską, cudowną i duchową siłą		
195	Przeżyłem/łam momenty wielkiej radości, w których nagle doświadczyłem/łam czystego, głębokiego poczucia jedności ze wszystkim co istnieje		
196	Dobre nawyki powodują, że jest mi łatwiej postępować tak, jak chcę		
197	Wydaje mi się, że większość ludzi jest bardziej zaradna niż ja		
198	Za moje problemy często winię okoliczności oraz innych ludzi		
199	Pomaganie innym sprawia mi przyjemność, nawet jeżeli zostałem/łam przez nich źle potraktowany/a		
200	Często czuję się częścią duchowej siły, od której zależy wszelkie życie		
201	Nawet kiedy jestem wśród przyjaciół, wolę nie otwierać się za bardzo		
202	Zazwyczaj jestem aktywny/a przez cały dzień i nie muszę się do tego specjalnie zmuszać		
203	Przed podjęciem decyzji zwykle analizuję drobiazgowo wszystkie fakty nawet wtedy, gdy ktoś mnie pogania		
204	Gdy zostanę przyłapany/a na robieniu czegoś złego, nie bardzo umiem się z tego wy tłumaczyć		
205	Jestem większym perfekcjonistą niż inni ludzie		
206	To, czy coś jest dobre czy złe, zależy tylko od punktu widzenia		
207	Uważam, że moje spontaniczne reakcje pozostają w zgodzie z tym, co jest dla mnie ważne i z tym, co chcę osiągnąć		
208	Uważam, że całe życie zależne jest od jakiegoś duchowego porządku lub siły, której nie można do końca wytłumaczyć		
209	Sądzę, że będę czuć się pewnie w towarzystwie nieznanym ludzi, nawet jeżeli dowiem się, że są oni na mnie źli		
210	Ludzie chętnie przychodzą do mnie po pomoc, współczucie i zrozumienie		
211	Trudniej niż innych ludzi przekonać mnie do nowych pomysłów i działań		

212	Trudno mi skłamać, nawet jeżeli wiąże się to z zaoszczędzeniem komuś przykrości		
213	Są ludzie, których nie lubię		
214	Nie chcę być bardziej podziwiany/a niż inni		
215	Często kiedy patrzę na zwyczajną rzecz mam wrażenie, że dzieje się coś niezwykłego - mam uczucie, że widzę ją po raz pierwszy		
216	Większość ludzi, których znam dba tylko o własny interes i nie zwraca uwagi na to, czy komuś szkodzi		
217	Zazwyczaj jestem spięty/a i zdenerwowany/a, kiedy muszę zrobić coś nowego i nieznanego		
218	Często pracuję aż do wyczerpania organizmu, czy też próbuję zrobić więcej niż naprawdę mogę		
219	Niektórzy uważają, że jestem zbyt skąpy/a albo chciwy/a		
220	Doniesienia o mistycznych przeżyciach są najprawdopodobniej tylko pobożnym życzeniem		
221	Mam zbyt słabą wolę by zwalczyć silne pokusy, nawet jeżeli wiem, że później będę cierpieć		
222	Nie lubię patrzeć na cudze cierpienie		
223	Wiem, co chcę robić w życiu		
224	Często zastanawiam się nad tym, czy to co robię jest dobre, czy złe		
225	Często coś mi się nie udaje, jeżeli nie jestem bardzo ostrożny/a		
226	Kiedy jestem załamany/a, zazwyczaj czuję się lepiej w otoczeniu przyjaciół niż w samotności		
227	Nie sądzę, aby można było dzielić uczucia z kimś, kto nie ma podobnych przeżyć		
228	Ludziom często wydaje się że żyją w innym świecie, ponieważ nie dostrzegam tego co się dzieje wokół mnie		
229	Chciałbym/łabym wyglądać lepiej od innych		
230	Często kłamałem/łam w tym kwestionariuszu		
231	Zazwyczaj unikam sytuacji, w których mógłbym/łabym spotkać nieznanomych ludzi, nawet gdyby zapewniano mnie, że będą oni do mnie przyjaźnie nastawieni		
232	Widok kwiatów kwitnących wiosną, sprawia mi taką samą przyjemność, jak spotkanie ze starym przyjacielem		
233	Zazwyczaj trudne sytuacje są dla mnie wyzwaniem albo szansą		
234	Ludzie, którzy mają ze mną do czynienia, muszą nauczyć się postępować tak, jak ja		
235	Nieuczciwość nie popłaca tylko wtedy, kiedy zostanie się przyłapanym na gorącym uczynku		
236	Mam większy zasób energii niż inni ludzie, nawet po drobnych dolegliwościach albo stresie		
237	Czytam cały dokument zanim cokolwiek podpiszę		
238	Kiedy nie dzieje się nic nowego zazwyczaj zaczynam szukać czegoś, co jest podniecające		
239	Czasami się denerwuję		
240	Od czasu do czasu mówię o ludziach za ich plecami		



## Skala Depresji Becka (BDI)

(Wypełnia pacjent)

**Skala składa się z 21 punktów ocenianych od 0 do 3. W każdym punkcie należy zakreślić tylko jedną odpowiedź. Ocena dotyczy ostatniej doby.**

A. 0. Nie jestem smutny ani przygnębiony.

1. Odczuwam często smutek, przygnębienie.
2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.
3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.

B. 0. Nie przejmuję się zbyt przyszłością.

1. Często martwię się o przyszłość.
2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.
3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.

C. 0. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań.

1. Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni.
2. Kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.
3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.

D. 0. To co robię sprawia mi przyjemność.

1. Nie cieszy mnie to co robię.
2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.
3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.

E. 0. Nie czuję się winnym ani wobec siebie, ani wobec innych.

1. Dość często miewam wyrzuty sumienia.
2. Często czuję, że zawiniłem.
3. Stale czuję się winnym.

- F. 0. Sądzę, że nie zasługuję na karę.
1. Sądzę, że zasługuję na karę.
  2. Spodziewam się ukarania.
  3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany).
- G. 0. Jestem z siebie zadowolony.
1. Nie jestem z siebie zadowolony.
  2. Czuję do siebie niechęć.
  3. Nienawidzę siebie.
- H. 0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi.
1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy.
  2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy.
  3. Winię siebie za wszystko zło, które istnieje.
- I. 0. Nie myślę o odebraniu sobie życia.
1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać.
  2. Pragnę odebrać sobie życie. .
  3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność.
- J. 0. Nie płaczę częściej niż zwykle.
1. Płaczę częściej niż dawniej .
  2. Ciągłe chce mi się płakać.
  3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie.
- K. 0. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.
1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej.
  2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony.
  3. Wszystko co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne.
- L. 0. Ludzie interesują mnie jak dawniej.
1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej.
  2. Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi.
  3. Utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.
- M. 0. Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej.
1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji.
  2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji.
  3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.

N. 0. Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej.

1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nie atrakcyjnie.
2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej.
3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco.

O. 0. Mogę pracować jak dawniej.

1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność.
2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek.
3. Nie jestem w stanie nic robić.

P. 0. Sypiam dobrze, jak zwykle.

1. Sypiam gorzej niż dawniej.
2. Rano budzę się 1-2 godzin za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć.
3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć.

Q. 0. Nie męczę się bardziej niż dawniej.

1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.
2. Męczę się wszystkim co robię.
3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić.

R. 0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej .

1. Mam trochę gorszy apetyt.
2. Apetyt mam wyraźnie gorszy.
3. Nie mam w ogóle apetytu.

S. 0. Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca).

1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg.
2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg.
3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg.

Jadam specjalnie mniej, aby stracić na wadze: 1. tak, 2. nie.

T. 0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.

1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcie, bóle.
2. Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę.
3. Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć.

U. 0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.

1. Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu).
2. Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują.
3. Utraciłem wszelkie zainteresowania sprawami seksu.

(Reference – Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961), An inventory for measuring depression, Archives of General Psychiatry, 4: 53-63)

**OCENA SKALI:**

**0-11 bez depresji**

**12-26 łagodna depresja**

**27-49 umiarkowanie ciężka depresja**

**50-63 bardzo ciężka depresja**

--	--	--	--	--	--	--	--

Kod badanego:

Data: \_\_\_\_\_ Płeć: K M      Wiek:

---

**SKALA TEMPERAMENTU MEMPHIS, PISA, PARIS AND SAN DIEGO –  
Wersja do samouzupelniania (TEMPS-A)**

---

**Zakreśl T (Tak) we wszystkich przypadkach, w których dane zdanie jest prawdziwe dla większej części Twojego życia.**

**Zakreśl N (Nie) we wszystkich innych przypadkach, w których stwierdzenia nie odnoszą się do większej części Twojego życia.**

1. T N Jestem smutną, nieszczęśliwą osobą.
2. T N Ludzie mówią mi, że nie potrafię dostrzec jasnej strony życia.
3. T N Doświadczyłem/am wielu cierpień w swoim życiu.
4. T N Myślę, że sprawy zwykle kończą się bardzo źle.
5. T N Łatwo się poddaję.
6. T N Odkąd pamiętam, zawsze czułem się jak przegrany/a.
7. T N Zawsze obwiniałem się o coś, czego inni nie uważali za wielki problem.
8. T N Wydaje się, że mam mniej energii niż inni ludzie.
9. T N Jestem osobą, która nie za bardzo lubi zmiany.
10. T N Gdy jestem w grupie, wolę słuchać niż mówić.
11. T N Często ustępuje innym.
12. T N Czuję się bardzo skrępowany spotykając nowych ludzi.
13. T N Łatwo skrzywdzić moje uczucia poprzez krytykę lub odrzucenie.
14. T N Jestem osobą, na której zawsze można polegać.
15. T N Potrzeby innych osób przedkładam nad moje własne.
16. T N Jestem osobą ciężko pracującą.
17. T N Wolę pracować dla kogoś, niż być szefem.
18. T N Naturalne dla mnie jest bycie uporządkowanym i zorganizowanym.
19. T N Jestem osobą, która we wszystko wątpi.
20. T N Mój popęd płciowy był zawsze niewielki.
21. T N Zwykle potrzebuję ponad 9-ciu godzin snu.

22. T N Często czuję się zmęczony bez powodu.
23. T N Miewam nagłe zmiany nastroju i energii.
24. T N Mój nastrój i poziom energii są bardzo wysokie lub niskie, rzadko znajdują się pośrodku.
25. T N Moja zdolność do myślenia waha się znacznie, od dobrego skupienia do braku koncentracji,  
bez istotnych powodów.
26. T N Mogę kogoś naprawdę lubić, a potem całkowicie stracić nim zainteresowanie.
27. T N Często wybucham gniewem wobec ludzi i czuję się z tego powodu winny/a.
28. T N Często zaczynam jakąś czynność i tracę nią zainteresowanie nie kończąc jej.
29. T N Mój nastrój często zmienia się bez powodu.
30. T N Ciągłe zmieniam się pomiędzy żywotnością i znużeniem.
31. T N Niekiedy kładę się spać czując się źle, ale budzę się w doskonałym nastroju.
32. T N Niekiedy kładę się spać, czując się świetnie, ale budząc się rano czuję, że nie warto żyć.
33. T N Często mówią mi, że mam pesymistyczne nastawienie do świata i zapominam o wcześniejszych szczęśliwych czasach.
34. T N Waham się pomiędzy poczuciem nadmiernej pewności siebie i braku wiary w siebie.
35. T N Waham się pomiędzy byciem człowiekiem towarzyskim i wycofanym z życia społecznego.
36. T N Silnie odczuwam wszystkie emocje.
37. T N Moje potrzeba snu różni się znacznie, od kilku godzin do ponad 9 godzin na dobę.
38. T N Niekiedy postrzegam otoczenie w wesołych barwach, a niekiedy jako całkowicie bezbarwne.
39. T N Jestem osobą, która potrafi być jednocześnie smutna i wesoła.
40. T N Dużo marzę o rzeczach, które inni uważają za niemożliwe do osiągnięcia.
41. T N Często odczuwam silną potrzebę dokonywania skandalicznych czynów.
42. T N Jestem osobą, która szybko się zakochuje i odkochuje.
43. T N Zwykle jestem w dobrym lub radosnym nastroju.
44. T N Życie jest świętem, które obchodzę najweselej jak potrafię.
45. T N Lubię opowiadać dowcipy, ludzie mówią mi, że mam poczucie humoru.

46. T N Jestem osobą, która uważa, że wszystko w końcu skończy się dobrze.
47. T N Mam duże zaufanie do siebie.
48. T N Często mam dużo wspaniałych pomysłów.
49. T N Jestem ciągle w biegu.
50. T N Mogę wykonać wiele zadań i nawet wtedy nie jestem zmęczony/a.
51. T N Mam dar przemawiania, przekonywania i inspirowania innych osób.
52. T N Uwielbiam mierzyć się z nowymi projektami, nawet, jeśli są one ryzykowne.
53. T N Gdy zdecyduję, że czegoś dokonam, nic nie może mnie zatrzymać.
54. T N Czuję się całkowicie pewnie, nawet z ludźmi, których niewiele znam.
55. T N Lubię przebywać z dużą liczbą ludzi.
56. T N Ludzie mówią mi, że często wtrącam się w nie swoje sprawy.
57. T N Jestem znany z tego, że jestem hojny i wydaję dużo pieniędzy na potrzeby innych osób.
58. T N Posiadam zdolności i doświadczenie w wielu dziedzinach.
59. T N Czuję, że mam prawo i przywilej postępować tak, jak mi się podoba.
60. T N Jestem osobą, która lubi być szefem.
61. T N Gdy się z kimś nie zgadzam, mogę używać siły fizycznej.
62. T N Mój popęd płciowy jest zawsze duży.
63. T N Zwykle nie potrzebuję więcej niż 6 godzin snu na dobę.
64. T N Jestem zrzędlivą (drażliwą) osobą.
65. T N Z natury jestem niezadowolony.
66. T N Dużo narzekam.
67. T N Jestem bardzo krytyczny wobec innych.
68. T N Często czuję się nerwowy.
69. T N Często odczuwam bardzo silne napięcie.
70. T N Napędza mnie nieprzyjemny niepokój, którego nie rozumiem.
71. T N Często jestem tak wściekły, że mógłbym zniszczyć wszystko wokół siebie.
72. T N Gdy ktoś mi się sprzeciwia, mogę wdać się w bójkę.
73. T N Ludzie mówią mi, że wybucham bez powodu.
74. T N Gdy jestem zły, krzyczę na ludzi.
75. T N Lubię droczyć się z ludźmi, nawet z tymi, których nie znam.
76. T N Moje cięte poczucie humoru przysporzyło mi wiele kłopotów.
77. T N Mogę być tak wściekły, że mogę zrobić komuś krzywdę.

78. T N Jestem tak zazdrosny o moją żonę/męża (lub kochankę/a), że nie mogę tego znieść.
79. T N Jestem znany z tego, że wiele przeklinam.
80. T N Mówiono mi, że staję się agresywny zaledwie po kilku drinkach.
81. T N Jestem bardzo sceptyczną osobą.
82. T N Mógłbym/mogłabym być buntownikiem/buntowniczką.
83. T N Mój popęd płciowy jest często tak nasilony, że jest to naprawdę nieprzyjemne.
84. T N (Tylko kobiety): Tuż przed miesiączką mam nagłe ataki niekontrolowanego gniewu.
85. T N Odkąd tylko pamiętam, zawsze dużo się martwiłam/em.
86. T N Zawsze martwię się o jakąś sprawę.
87. T N Ciągłe martwią mnie codzienne sprawy, które inni uważają za mało istotne.
88. T N Nie mogę przestać się martwić.
89. T N Wiele osób mówiło mi, bym nie martwił/a się tak wiele.
90. T N W sytuacjach napięcia, mam często pustkę w głowie.
91. T N Nie potrafię się odprężyć.
92. T N Często czuję się wewnętrznie roztrzęsiony/a.
93. T N W sytuacjach napięcia, często trzęsą mi się ręce.
94. T N Często odczuwam dyskomfort w brzuchu.
95. T N Gdy jestem zdenerwowany/a, miewam biegunkę.
96. T N Gdy jestem zdenerwowany/a, często odczuwam nudności.
97. T N Gdy jestem zdenerwowany, częściej chodzę do toalety.
98. T N Gdy ktoś do późna nie przychodzi do domu, martwię się, że mógł mieć wypadek.
99. T N Często martwię się, że ktoś w mojej rodzinie może zachorować na ciężką chorobę.
100. T N Często myślę, że ktoś może powiedzieć mi złą wiadomość na temat członka mojej rodziny.
101. T N Mój sen jest niespokojny.
102. T N Mam często problemy z zasypianiem.
103. T N Jestem z natury bardzo ostrożną osobą.
104. T N Często budzę się w nocy, myśląc, że włamywacze są w moim domu.
105. T N Gdy jestem zdenerwowany/a, często boli mnie głowa.
106. T N Gdy jestem spięty, mam nieprzyjemne uczucie w klatce piersiowej.



107. T N Mam małe poczucie bezpieczeństwa.
108. T N Nawet niewielkie zmiany w codziennych zajęciach, powodują, że jestem bardzo spięty/a.
109. T N Podczas prowadzenia samochodu, nawet, gdy nie zrobię nic złego, obawiam się, że może zatrzymać mnie policja.
110. T N Łatwo przestraszają mnie gwałtowne hałasy.

**Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju – polska wersja językowa**

(tłumaczenie: dr med. Aleksandra Suwalska, Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu)

Wypełnia pacjent, w przypadku trudności dopuszczalna jest pomoc lekarza.

Czy był w Twoim życiu okres, kiedy byłeś inny niż zazwyczaj i:		
1. czuleś się tak dobrze i tak „super”, że inni ludzie myśleli, że nie jesteś zwykłym, normalnym sobą lub byłeś na takim wyżu, że wpadłeś w kłopoty?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. byłeś tak rozdrażniony, że krzyczałeś na innych lub zaczynałeś bójki lub kłótnie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. byłeś znacznie bardziej pewny siebie niż zwykle?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. spałeś znacznie mniej niż zazwyczaj i byłeś wyspany?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. mówiłeś znacznie więcej i szybciej niż zazwyczaj?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6. miałeś goniwą myśl i nie mogłeś jej powstrzymać?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7. tak łatwo rozpraszaly Cię wydarzenia wokół Ciebie, że miałeś kłopoty z koncentracją i utrzymaniem uwagi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
8. miałeś znacznie więcej energii niż zazwyczaj?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9. byłeś znacznie bardziej aktywny i robiłeś więcej rzeczy niż zwykle?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
10. byłeś znacznie bardziej towarzyski niż zwykle, np. telefonowałeś do przyjaciół w środku nocy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
11. byłeś znacznie bardziej zainteresowany seksem niż zwykle?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
12. robiłeś rzeczy dla Ciebie niezwykle lub rzeczy, o których można by powiedzieć, że są zbędne, pochojne czy ryzykowne?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
13. wydawałeś pieniądze w sposób, który spowodował kłopoty na Ciebie lub Twoją rodzinę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jeśli zaznaczyłeś odpowiedź „TAK” na więcej niż jedno z powyższych pytań, czy część z nich zdarzyła się w tym samym okresie Twojego życia?

Proszę zaznaczyć *tylko jedną* odpowiedź.

TAK  NIE

Jak znaczny problem stanowiły dla Ciebie powyższe zachowania (niezdolność do pracy, kłopoty rodzinne, problemy finansowe, problemy z prawem, wdawanie się w kłótnie lub w bójki)?

Nie było problemu  
 Mały problem  
 Umiarkowany problem  
 Poważny problem

Proszę zaznaczyć *tylko jedną* odpowiedź.

## Kwestionariusz postaw wobec odżywiania

## Eating Attitude Test – 26 (eat – 26)

	ZAWSZE	ZWYKLE	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	NIGDY
1. Przeraza mnie myśl, że będę gruba						
2. Unikam jedzenia, gdy jestem głodna						
3. Jestem zajęta myślami o jedzeniu						
4. Objadam się i czuję, że nie jestem w stanie przestać						
5. Dzielę jedzenie na małe kawałki						
6. Wiem ile kalorii ma posiłek, który zjadam						
7. Szczególnie unikam jedzenia z dużą zawartością węglowodanów, np. chleb, ryż						
8. Czuję, że inni woleliby, abym jadła więcej						
9. Wymiotuję po jedzeniu						
10. Czuję się szczególnie winna po zjedzeniu posiłku						
11. Pochłania mnie myśl o tym, aby być szczuplejszą						
12. Kiedy wykonuję ćwiczenia myślę żeby spalić kalorie						
13. Inni ludzie myślą, że jestem zbyt szczupła						
14. Zamartwiam się, że jestem tłusta						
15. Jem dłużej posiłki niż inni						
16. Unikam jedzenia zawierającego cukier						
17. Jem jedzenie dietetyczne						
18. Czuję, że jedzenie kontroluje moje życie						
19. Udaję, że mam kontrolę nad jedzeniem						
20. Czuję, że inni wywierają na mnie presję, abym jadła						
21. Poświęcam za dużo czasu na jedzenie i myślenie o nim						
22. Czuję niezadowolenie po zjedzeniu słodczy						
23. Lubię odchudzać się						
24. Lubię kiedy mam pusty żołądek						
25. Lubię próbować nowe obfite w kalorie posiłki						
26. Mam odruchy wymiotne po jedzeniu						