

## Struktura osobowości dziewcząt z zespołem *anorexia nervosa*

### *The personality structure of girls with anorexia nervosa*

<sup>1</sup>Magdalena Wiśniowiecka, <sup>2</sup>Leszek Szewczyk

<sup>1</sup>Wyższa Szkoła Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie

<sup>2</sup>Klinika Endokrynologii i Diabetologii UM w Lublinie

**Adres do korespondencji:** Magdalena Wiśniowiecka, Leszek Szewczyk, Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Dziecięcy Szpital Kliniczny, ul. Chodźki 2, 20-Lublin, tel. 81-71-85-440 (448), e-mail: mawi.extra@op.pl, l.szewczyk@wp.pl

**Słowa kluczowe:** *anorexia nervosa*, zaburzenia odżywiania, osobowość

**Key words:** *anorexia nervosa*, eating disorders, personality

#### STRESZCZENIE/ABSTRACT

---

Cechy lub zaburzenia osobowości są jednym z czynników w etiologii *anorexia nervosa*. W diagnozie, terapii i profilaktyce tego typu zaburzeń odżywiania, prowadzących do wyniszczenia i licznych zaburzeń hormonalnych, należy zawsze uwzględniać predyspozycje osobowościowe. Celem pracy jest analiza osobowości 39 pacjentek Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej UM w Lublinie z rozpoznaniem *anorexia nervosa* w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10. Dziewczęta były badane Kwestionariuszem HSPQ (*High School Personality Questionnaire*) Belloff i Cattella, wersja B. Przebadano analogiczną grupę kontrolną dziewcząt zdrowych. *Endokrynol. Ped.* 13/2014;2(47):25-34.

The features or personality disorders are some of the factors in the etiology of *anorexia nervosa*. In the diagnosis, therapy and the prevention of this type of eating disorder, leading to cachexia and many hormonal disorders, the personality traits should be considered. The aim of this study is to analyze the personality of 39 female patients of the Department of Endocrinology and Diabetology, Medical University of Lublin, diagnosed with *anorexia nervosa* based on the diagnostic criteria of ICD-10. The girls were tested with the use of Questionnaire HSPQ (High School Personality Questionnaire) Belloff and Cattell, version B. A similar group of healthy girls was examined as a comparison. *Pediatr. Endocrinol.* 13/2014;2(47):25-34.

#### Wstęp

---

Przegląd dotychczasowych badań i analiza literatury psychologiczno-medycznej wskazują na różnorodne czynniki w etiologii zespołu *anorexia nervosa*

(*a.n.*). Wśród nich wyodrębniane są predyspozycje osobowościowe lub występujące zaburzenia osobowości, co potwierdzają obserwacje kliniczne.

Stosunkowo mało uwagi poświęcono dotychczas badaniom osobowości pacjentów z młodziej grupy

wiekowej ze świeżą diagnozą, często hospitalizowanych po raz pierwszy i rozpoczynających swe leczenie w somatycznych oddziałach pediatrycznych. Badacze zwracają uwagę nie tylko na stały wzrost liczby zachorowań na zaburzenia odżywiania, ale też obniżanie się wieku zachorowania. Ze względu na wskazywany przez specjalistów początek zachorowań wraz z nadejściem okresu dojrzewania, a także korzystniejsze rokowanie w przypadku pacjentów młodszych i z krótszym wywiadem chorobowym celowe wydaje się zwrócenie szczególnej uwagi na będącą w okresie intensywnych przemian osobowość i moment, kiedy rozwiązywane są istotne z punktu widzenia rozwojowego intrapsychozyczne konflikty i kryzysy. Ocena ryzyka rozwoju zaburzeń z perspektywy osobowości pacjenta oraz odpowiednie oddziaływanie terapeutyczne na wczesnym etapie mogą przyczynić się do zahamowania postępu choroby czy zapobiec utrwaleniu mechanizmów patologicznych.

Współczesne przekonania (m.in. *Tłuszcz zbędny i szkodliwy; Nadwaga łączy się z brzydota*) i promowany wizerunek (*Szczupła sylwetka synonimem atrakcyjności, szczęścia i sukcesu*), niektóre zainteresowania i zajęcia (modeling, taniec, niektóre dyscypliny sportowe, np. skoki narciarskie, lekkoatletyka, gimnastyka), a także silna rywalizacja i dążenie do sukcesu tworzą sprzyjającą atmosferę do podejmowania diet, intensywnych ćwiczeń fizycznych i dążenia do doskonałości. Jeżeli osoba nie zatrzyma się w tych wysiłkach w odpowiednim momencie, to istnieje poważne ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania, spośród których najczęściej spotykanym jest *a.n.*

Kryteria diagnostyczne zespołu *anorexia nervosa* według klasyfikacji ICD-10 przedstawiają się następująco. Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie wszystkich wymienionych objawów:

- masa ciała utrzymuje się na poziomie co najmniej 15% poniżej oczekiwanej (z powodu utraty wagi albo dlatego, że nigdy nie osiągnęła ona wartości należnej) albo wskaźnik masy ciała Queteleta wynosi 17,5 lub mniej; pacjenci przed okresem pokwitania mogą nie osiągnąć należnej masy ciała w okresie wzrostu;
- utrata masy ciała jest wywołana poprzez unikanie „tuczających pokarmów”, a ponadto za pomocą jednej z wymienionych czynności: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie i/lub środków moczopędnych;
- wyobrażenie własnego ciała jest zaburzone i przyjmuje postać specyficznego zespołu psy-

chopatologicznego, w którym obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu masy ciała;

- liczne zaburzenia hormonalne obejmują oś przysadkowo-nadnerczową i gonady, co u kobiet przejawia się zatrzymaniem miesiączek, a u mężczyzn – spadkiem zainteresowań seksualnych i potencji; wyjątek stanowi zachowanie krwawienia z dróg rodnych u kobiet z anoreksją, przyjmujących hormonalne leki substytucyjne, najczęściej pigułki antykoncepcyjne; stwierdza się również wzrost poziomu hormonu wzrostu i kortyzolu oraz zmiany osi przysadka-tarczyca i zaburzenia wydzielania insuliny;
- jeżeli początek nastąpił przed okresem pokwitania, to liczne zjawiska związane z pokwitaniem są opóźnione albo zahamowane (wzrost ulega zatrzymaniu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączek, u chłopców narządy płciowe pozostają w stanie dziecięcym); po powrocie do zdrowia pokwitanie często przebiega normalnie, ale pierwsza miesiączka jest opóźniona [1].

Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania jest największe w okresie adolescencji: *a.n.* 0,5–1% populacji, bulimia ok. 2% (1–4%), chłopcy to ok. 5–10% chorujących. Maksymalne nasilenie tych zaburzeń przypada na 15–19 r.ż. Poniżej 13 r.ż. obserwujemy najczęściej niepełny, subkliniczny obraz. Badacze zwracają uwagę na stały wzrost liczby zachorowań na zaburzenia odżywiania się, obniżanie się wieku zachorowania [2–4].

Rokowanie jest zróżnicowane: śmiertelność szacowana jest na 5–10% przypadków (przyczyną wycieńczenie, wyniszczenie, atak serca, powikłania kardiologiczne, nefrologiczne, żołądkowe, infekcje, próby samobójcze), w połowie przypadków mamy do czynienia z nawrotami, a ok. 50% przypadków normalizuje się w ciągu 2 lat, 70% – w ciągu 5 lat.

Generalnie pozytywny efekt leczenia daje praca zespołu.

W etiopatogenezie wymieniane są różne grupy czynników:

- czynniki osobnicze (genetyczne, zaburzenia endokrynologiczne, zaburzenia metabolizmu neuroprzekaźników, m.in. serotoniny, noradrenaliny, opioidów endogennych);
- cechy osobowości;
- czynniki rodzinne (specyficzne wzorce relacji w rodzinie, szczególnie w sytuacjach stresowych);

- czynniki socjoekonomiczne (dobry status ekonomiczny, propagowanie przez media szczupłej sylwetki oraz poglądu, że bycie szczupłym zapewnia szczęście i sukces, wykonywanie niektórych profesji) [5].

Do czynników wyzwalających chorobę zalicza się m.in.: okres dojrzewania (zmiany hormonalne, zmiany w sylwetce, kryzys psychologiczny); dietę redukującą masę ciała (np. w wyniku wcześniejszej nadwagi czy innej choroby pacjentki albo podejmowaną w najbliższym otoczeniu przez rodzica, koleżankę); krytyczne uwagi otoczenia głównie dotyczące masy ciała, wyglądu, zmian pokwitaniowych; konieczność adaptacji do zmian (kolejny etap życia, nowa szkoła i in.); sytuacje stresowe, traumatyczne (np. strata osoby znaczącej, przemoc, wykorzystanie seksualne, problemy w szkole, rozwód rodziców) [6]. Okres adolescencji jest okresem szczególnym w życiu człowieka ze względu na nagromadzenie zmian (w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym), nowe wyzwania i towarzyszące uzyskiwaniu niezależności od rodziców przejmowanie odpowiedzialności za siebie, a więc rezygnacja z bezpiecznych relacji z okresu dzieciństwa.

Zakłóca to niekiedy istniejącą dotąd „homeostazę” rodziny, szczególnie gdy hamowany jest rozwój autonomii w rodzinach nadopiekuńczych, nadmiernie kontrolujących, tłumiących indywidualne potrzeby, „sztywnych” [7]. W percepcji społecznej może to być rodzina o wysokich standardach i wymaganiach, z wysoką pozycją, gdzie obowiązkowość, poświęcanie się dla innych, sztywne zasady stanowią istotę codzienności, w której wzrasta młoda osoba. Zdarza się również, że strata osób znaczących z powodu śmierci (rodzica, dziadków, przyjaciółki), rozwodu czy wyjazdu (często do pracy poza krajem) staje się znaczącym czynnikiem w pojawieniu się zaburzeń odżywiania.

Jak wskazuje literatura przedmiotu, badania i obserwacje kliniczne, anoreksja wiąże się także z określonym typem osobowości lub określonymi cechami osobowości, a u pewnego procenta pacjentów – z zaburzeniami osobowości.

Bomba i wsp. zwracają uwagę, że u dziewcząt z anoreksją występuje „matowość” nastroju – dziewczęta te są przygaszone, nie cieszą się, najczęściej unikają kontaktów z innymi, działań grupowych, wykazują solidność, pilność i skrupulatność w nauce, przywiązują dużą wagę do osiągniętych wyników; są ambitne, plany życiowe koncentrują wokół wykształcenia [8]. Sulestrowska zauważa u nich

egocentryzm, infantyizm, pewną bezwzględność w przeprowadzaniu działań i zamierzeń, ukrytą pod maską uległości i posłuszeństwa [9].

Według Strobera funkcjonowanie społeczne anorektyczek charakteryzuje nieufność, ostrożność i dystansowanie się do innych. Unikają one bliskich więzi z ludźmi z powodu trudności w nawiązywaniu kontaktów emocjonalnych. Cechuje je brak poczucia bezpieczeństwa, nadmierna zależność i podporządkowanie, ograniczona spontaniczność i perfekcjonizm [10].

Do wspólnych cech osobowościowych występujących w anoreksji zalicza się: upór w dążeniu do wyznaczonego celu, przesadną ambicję, niskie poczucie własnej wartości, a także swoich osiągnięć [11]. Banaś także zwraca uwagę na występujące u pacjentek z jadłowstrętem poczucie niskiej wartości jak i niepełnej akceptacji siebie i swojego wyglądu, obowiązkowość, poczucie odpowiedzialności, zależność emocjonalną od rodziców oraz lęk przed dojrzałością psychoseksualną [12].

Wolska, podsumowując indywidualne charakterystyki pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, wskazuje na poczucie odpowiedzialności, obowiązkowość, wysokie ambicje i nasiloną potrzebę sukcesu, trudności w akceptowaniu siebie i w kontaktach z rówieśnikami, skłonność do podporządkowywania się innym, zależność emocjonalną od rodziców [2].

Józefik podkreśla również, że z anoreksją wiążą się cechy takie, jak: perfekcjonizm, wycofanie emocjonalne, wrażliwość na krytykę, brak zaufania zarówno do siebie, jak i do innych ludzi, trudności w werbalizowaniu własnych emocji (aleksytymia), a także niska samoocena i samoświadomość [13]. W badaniach w grupie studentek medycyny, charakteryzującej się wysokim ryzykiem zachorowania, wykazano, że perfekcjonizm utrzymuje się na poziomie osób z poważnymi zaburzeniami odżywiania [14].

Negatywna emocjonalność, obejmująca tendencję do odczuwania dysforii, negatywne wartościowanie siebie oraz niskie poczucie własnej wartości, może przyczyniać się do rozwoju zaburzeń odżywiania. Osoby przejawiające kliniczną formę perfekcjonizmu odczuwają strach przed zrobieniem pomyłek, wierzą, że jedynie bycie perfekcyjnym zapewnia społeczną akceptację. Osoby te również odczuwają presję osiągnięcia nierealistycznych celów, co nieuchronnie prowadzi do doświadczania niepowodzeń i negatywnego wartościowania siebie. Perfekcjonizm określany mianem klinicznego jest

uważany za najważniejszy czynnik ryzyka zaburzeń odżywiania [15, 16].

Wyniki uzyskane w badaniu Kozak i Kozak (przy użyciu Testu Przymiotnikowego ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna) wskazują, że pacjentki z jadłowstrętem w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami charakteryzują: niższa samoocena, krytycyzm i surowsza ocena siebie, wątpienie w swoje możliwości, większe trudności adaptacyjne, mniejsze zaufanie do siebie, większy lęk przed bliskością i kontaktami z innymi ludźmi, unikanie konfliktów i częstsze uleganie innym ludziom, wykazują one tendencje do przyjmowania postawy obronnej, mniejszą odporność na stres i trudności życia codziennego [17].

W badaniach hiszpańskich dziewcząt w wieku 12–21 lat wykazano ponadto, że neurotyzm mierzony za pomocą Inwentarza Eysencka jest najwyższym czynnikiem ryzyka dla zaburzeń odżywiania, natomiast wysoka samoocena ma znaczenie protekcyjne [18].

Wielu autorów, m.in. Lask i Bryant-Waugh, wśród aspektów psychologicznego funkcjonowania osób cierpiących z powodu anoreksji wymienia depresyjność [2].

Szacuje się, że pewna liczba osób dotkniętych anoreksją ma także zaburzenia osobowości i jest to wielkość rzędu kilkudziesięciu procent. Z jednej strony anoreksja może być specyficznym sposobem, w jaki zaburzenie osobowości się ujawnia, z drugiej – wpływ długotrwałej głodówki na umysł osoby chorej może dać efekty w postaci zaburzonej osobowości [19].

Kiejna i Małyszczak wskazują na następujące typy osobowości nieprawidłowej u pacjentek z anoreksją: obsesyjno-kompulsywną (ze względu na perfekcjonizm w różnych aspektach życia, przeszacowywanie rozmiarów własnego ciała), histrioniczną, schizoidalną lub schizotypową (skłonność do dziwacznych zachowań może obejmować zachowania związane z jedzeniem), o wysokim poziomie lęku, niskim poczuciu własnej wartości [20].

Grilo na podstawie przeglądu literatury stwierdza, że zaburzenia osobowości wśród pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną występowały średnio dwukrotnie częściej niż w grupach kontrolnych, przy czym u chorych z restrykcyjną postacią jadłowstrętu najczęściej opisywano osobowość z cechami lękowymi (unikająca, obsesyjno-kompulsyjna, zależna – klaster C według klasyfikacji DSM IV). Pacjentki z bulimią i bulimicznym typem jadłowstrętu najczęściej

prezentowały zaburzenia z klastra B według DSM IV, to znaczy osobowość typu borderline oraz typ histrioniczny zaburzeń osobowości [21]. Zaburzenia osobowości najczęściej powiązane z anoreksją to zaburzenia obawowo-lękowe (klaster C). Należą do nich: zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsywne (osobowość anankastyczna), osobowość unikająca, osobowość zależna.

Oprócz zaburzeń z cechami lękowymi wymienia się także osobowość schizoidalną, która charakteryzuje się unikaniem przyjemnych doznań, chłodem emocjonalnym, brakiem umiejętności wyrażania uczuć i emocji, ograniczaniem relacji z innymi ludźmi, tendencją do pozostawiania samotną, brakiem zainteresowań seksualnych.

Jednoczesne wystąpienie anoreksji i zaburzenia osobowości znacznie utrudnia leczenie i w ogóle przekonanie chorej osoby do podjęcia leczenia. Należy jednak pamiętać, że w przypadku pacjentów w okresie adolescencji mówimy raczej o obserwacji w kierunku nieprawidłowo kształtującej się osobowości, niż je diagnozujemy.

W tabeli I zamieszczono uporządkowane według sfer przejawiania się, stwierdzone w wielu badaniach empirycznych i opracowaniach specjalistów, charakterystyczne właściwości osobowości pacjentek z zespołem *a.n.*

Anoreksja wiąże się z określonym typem osobowości lub określonymi cechami osobowości, jak wskazuje literatura przedmiotu, badania i obserwacje kliniczne. Czynniki osobowościowe mogą zwiększać ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania poprzez wpływanie na podatność do internalizowania ideału szczupłej sylwetki oraz wybór grupy rówieśniczej, która może zwiększać częstość kontaktów z takim ideałem [16]. Osobowość i stosowane mechanizmy radzenia sobie mogą sprzyjać pojawianiu się zaburzeń odżywiania w reakcji na sytuacje trudne czy traumę.

## Cel pracy

Celem badań było wskazanie charakterystycznych cech lub specyficznej struktury osobowości dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny.

## Materiał i metody

Ponieważ zdecydowana większość chorujących na anoreksję to kobiety, zatem większość opracowań dotyczących osobowości anorektycznej odnosi się do płci żeńskiej. Badaniami w tym przypadku

**Tabela I.** Cechy osobowości pacjentek z a.n.**Table I.** *Personality characteristics in female patients with a.n.*

CECHY OSOBOWOŚCI PACJENTEK ANOREXIA NERVOSA		
STOSUNEK DO SIEBIE	KONTAKTY Z INNYMI	EMOCJE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• konflikty wewnętrzne (zaprzeczanie własnej płci, rozwojowi seksualnemu)</li> <li>• potrzeba określenia własnej tożsamości</li> <li>• negatywny obraz własnej osoby</li> <li>• małe zaufanie do siebie</li> <li>• wysokie aspiracje</li> <li>• kliniczny perfekcjonizm</li> <li>• koncentracja na ciele, wyglądzie zewnętrznym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nieufność, ostrożność</li> <li>• lęk przed bliskością i kontaktami</li> <li>• nieśmiałość</li> <li>• potrzeba dominacji (jawna lub ukryta) u innych autorów uległość</li> <li>• wrażliwość na krytykę</li> <li>• trudności w kontaktach z rówieśnikami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problemy uczuciowe, złożona sytuacja emocjonalna</li> <li>• negatywna emocjonalność</li> <li>• sztywność w emocjach</li> <li>• aleksytmia</li> <li>• „matowość” nastroju</li> <li>• mniejsza odporność na stres</li> <li>• zależność emocjonalna</li> <li>• brak poczucia bezpieczeństwa</li> <li>• lęki i niepokój</li> <li>• neurotyzm</li> <li>• agresja lub autoagresja</li> <li>• depresyjność</li> </ul>

objęto 39-osobową grupę pacjentek chorych na jadłowstręt psychiczny w wieku 13–17 lat. Rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego zgodne było z kryteriami ICD 10: masa ciała na poziomie co najmniej 15% poniżej oczekiwanej albo wskaźnik BMI 17,5 lub mniej; utrata masy ciała była wywołana poprzez odchudzanie; wyobrażenie własnego ciała było zaburzone; występowały zaburzenia hormonalne obejmujące oś przysadkowo-nadnerczową i gonady, co u dziewcząt przejawia się zatrzymaniem miesiączek [1]. Grupę kontrolną stanowiło 39 zdrowych dziewcząt w tym samym wieku bez takiego rozpoznania (oraz braku jakiegokolwiek innej diagnozy psychiatrycznej).

Zastosowaną metodą badań był kwestionariusz HSPQ (*High School Personality Questionnaire*) P.Belloff, R.B. Cattella, w tłumaczeniu polskim Kiedrowskiego (MKO- Młodzieżowy Kwestionariusz Osobowości) [22, 23]. W naszych badaniach wykorzystano wersję B. U podstaw metody leży czynnikowa koncepcja osobowości Cattella. Osobowość według niego jest tym, co pozwala na przewidywanie, jak zachowa się dana osoba w danej sytuacji. W młodzieżowej wersji kwestionariusza liczba czynników wynosi 14. Czynniki te tworzą strukturę osobowości i są nazywane przez autora cechami źródłowymi, czyli tymi, które leżą u podstaw osobowości.

Kwestionariusz służy do badania osób zdrowych, nie jest to metoda służąca do odróżniania normy od zaburzeń ani nie zawiera pytań diagnostycznych dla

patologii (mogą być tylko hipotezy diagnostyczne, na przykład co do ewentualnych zaburzeń osobowości, ale potem trzeba to sprawdzić innymi metodami). Wartość w odniesieniu do niniejszych badań wynika z możliwości wykreślenia i analizy profilu osobowości.

## Wyniki badań

Badania kwestionariuszem osobowości HSPQ przeprowadzono w Klinice Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej UM w Lublinie. Uzyskano wyniki w zakresie 14 czynników (od A do Q4) i profile osobowości dla 39 dziewcząt z diagnozą *a.n.* oraz tak samo licznej grupy rówieśniczek bez zaburzeń odżywiania. Dodatkowo zostały wyliczone wskaźniki: intro-ekstrawersji (I-E) i niepokoju (WN) dla każdej z dziewcząt. Wyniki analiz statystycznych (test t równości średnich) prezentuje tabela II (pola oznaczone kolorem wskazują czynniki, w których różnica jest statystycznie istotna). Natomiast rycina 1 stanowi zestawienie uśrednionych profili osobowości: dziewcząt z anoreksją i ich zdrowych rówieśniczek (ryc. 1).

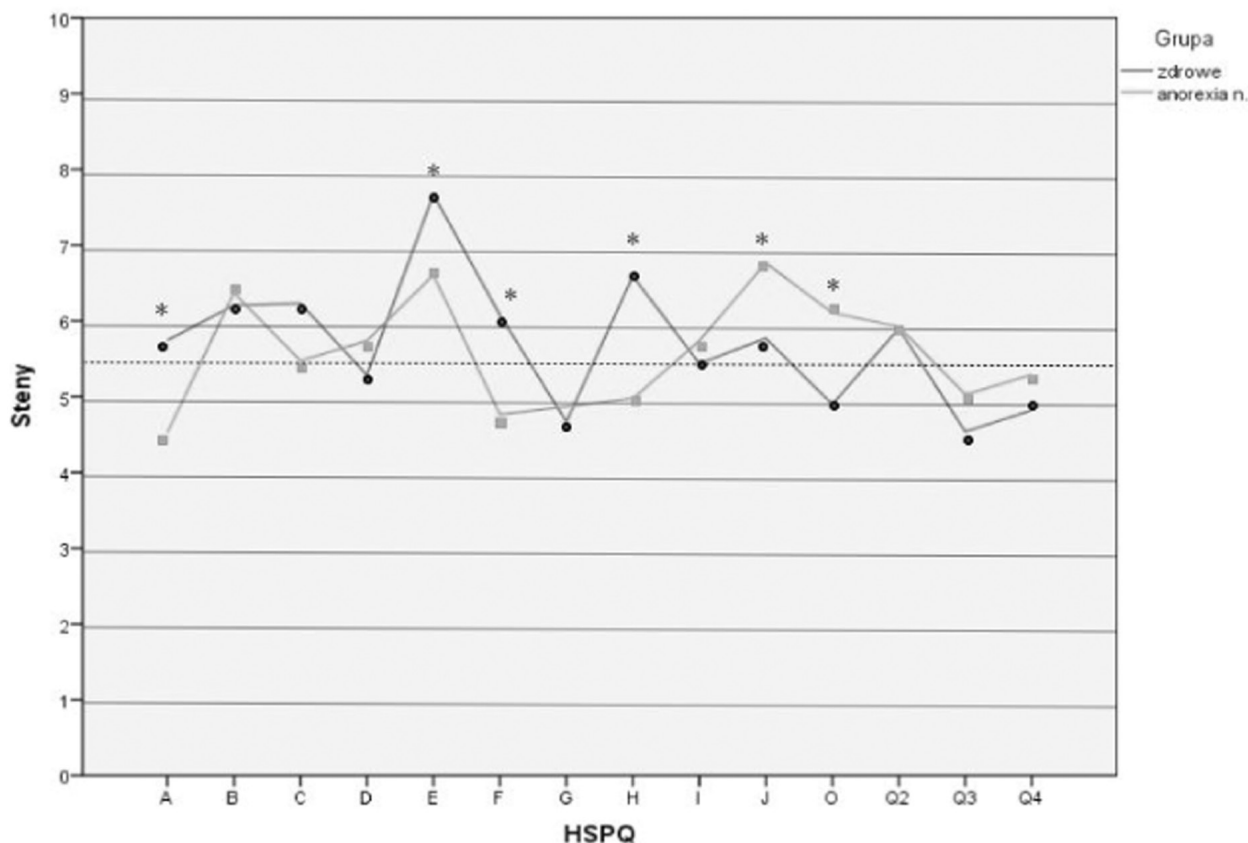
Jak widać w tabeli II, pacjentki z anoreksją w porównaniu do zdrowych rówieśniczek w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,001$  –  $p < 0,039$ ) różnią się od nich w zakresie sześciu na czternaście mierzonych kwestionariuszem Cattellovskich cech osobowości: A – cyklotymia/schizotypia, E – dominacja/submisja, F – surgencja/desurgencja, H – śmiałość/

**Tabela II.** Porównanie średnich wartości w zakresie 14 czynników osobowości oraz wskaźnika intro-ekstrawersji i wskaźnika niepokoju dziewcząt z *anorexia n.* oraz zdrowych rówieśniczek**Table II.** Mean values of 14 personality factors and intro-extraversion measure and anxiety measure in female patients with *anorexia n.* and healthy subjects

		Test t równości średnich						
		t	df	Istotność dwustronna	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
							Dolna granica	Górna granica
A	zał. równ. wariacji	2,657	75	,010	1,217	,458	,305	2,130
B		-,348	75	,729	-,163	,469	-1,097	,771
C		1,776	75	,080	,757	,426	-,092	1,606
D		-1,012	75	,315	-,455	,449	-1,350	,440
E		2,562	75	,012	1,061	,414	,236	1,887
F		2,548	75	,013	1,314	,516	,287	2,341
G		-,414	75	,680	-,202	,487	-1,173	,769
H		3,388	75	,001	1,6161	,4770	,6659	2,5662
I		-,664	75	,509	-,301	,454	-1,204	,603
J		-2,105	75	,039	-,994	,472	-1,934	-,053
O		-2,636	75	,010	-1,208	,458	-2,121	-,295
Q2		-,059	75	,953	-,024	,403	-,826	,779
Q3		-1,144	75	,256	-,488	,427	-1,338	,362
Q4		-1,301	75	,197	-,469	,360	-1,187	,249
I-E		2,876	75	,005	7,384	2,568	2,269	12,449
WN		-1,890	75	,063	-5,116	2,707	-10,509	,277

nieśmiałość, J – mocny, krzepki/skrępowany wewnętrznie, neurastenicznie męczliwy, O – skłonność do obwiniania siebie/spokojna ufność. Okazuje się, że dziewczęta z anoreksją w kontaktach z innymi charakteryzują się schizotypią (niższe wartości czynnika A), co oznacza większe zamknięcie się w sobie, nieufność i rezerwę w nawiązywaniu kontaktów i ujawnianiu uczuć, preferowanie działania w samotności. Oznaczać to także może emocjonalny chłód, krytycyzm i rygoryzm wobec siebie czy innych. W badaniach naszych uzyskaliśmy także wyraźną przewagę cech związanych z uległością i podporządkowywaniem się, zależnością od innych (niższy czynnik E), bez dążenia do dominacji

czy buntu. Obniżone wyniki w zakresie czynnika F wskazują na dominację obniżonego samopoczucia, tendencję do zamartwiania się, powagę i skłonność do introspekcji, a także ogólny pesymizm. Okazuje się też, że dziewczęta z *a.n.* w odniesieniu do grupy zdrowych koleżanek są mniej śmiałe, powściągliwe, bardziej bojaźliwe i wstydliwe, szybko dostrzegają zagrożenia, wykazują też skłonność do rozgoryczeń i żalu (czynnik H). Trudno im w związku z tym inicjować relacje. Wynik w zakresie czynnika J wskazuje natomiast na nasiloną cechę indywidualizmu w grupie dziewcząt z *a.n.*, starają się one być bardziej samowystarczalne, działać na swój sposób, a jednocześnie są wewnętrznie spięte, skrępowane,



**Ryc. 1.** Porównanie profili osobowości dziewcząt z *a.n.* i zdrowych rówieśniczek  
**Fig. 1.** Mean personality profiles in patients with anorexia *n.* and healthy subjects

wręcz neurastenicznie męczliwe. Są to jednocześnie osoby o silnym poczuciu obowiązku, wymagające od siebie, skrupulatne, przejmujące się, skłonne do psychicznych załamania, a w chwilach niepowodzeń obwiniające siebie i skłonne do autoagresji (wyższe wyniki w czynniku O).

Wyniki w zakresie wskaźnika introwersji–ekstrawersji również w sposób istotny ( $p < 0,005$ ) różnią je od osób bez zaburzeń odżywiania. Niski wskaźnik w tym zakresie wskazuje na cechy introwertywne w grupie pacjentek z anoreksją.

## Dyskusja

Różnice między dziewczętami z anoreksją a ich zdrowymi rówieśniczkami w zakresie aż sześciu spośród czternastu mierzonych kwestionariuszem HSPQ cech osobowości wskazują na pewną specyfikę osobowościową w zespole *a.n.* i potwierdzają zauważane w literaturze przedmiotu, ale także w klinicznych obserwacjach, specyficzne właściwości tych pacjentek. Wskazuje to również na znaczący udział czynników indywidualnych w predysponowaniu do wystąpienia zaburzeń odżywiania

w związku z nadejściem okresu adolescencji, reagowaniem na lansowany w mediach wizerunek ciała czy napotykiem stresowych sytuacji.

W przeprowadzonych badaniach znalazło potwierdzenie wiele spośród opisywanych już wcześniej w literaturze charakterystyk osobowościowych pacjentek z anoreksją. Zaczynając od stosunku do siebie, dziewczęta z tym zespołem wykazują małe do siebie zaufanie, niepewność, wysokie wymagania i skrupulatność, nadmierny krytycyzm i obwinianie się w razie niepowodzeń, co niekiedy przechodzić może w autoagresję – odpowiada to Cattellovskim czynnikom E (submisja) i O (obwinianie siebie). Podobne rezultaty uzyskali Kozak i Kozak w badaniu ACL, stwierdzając m.in. krytycyzm i surowszą ocenę siebie, wątpliwość w swoje możliwości, mniejsze zaufanie do siebie [17], także Strober wskazując na brak poczucia bezpieczeństwa [10], oraz Rajewski i Talarczyk-Więckowska – zwracając uwagę na przesadną ambicję, niskie poczucie wartości swojej osoby, a także swoich osiągnięć [11]. Na negatywne wartościowanie siebie wskazali też Keel i Forney [16] oraz Nietendel-Bujakowa i Szewczyk [24]. Posiadanie tej cechy

może stanowić przyczynę obserwowanego u wielu osób z anoreksją perfekcjonizmu, wysokich aspiracji i nieustannego „podwyższania sobie poprzeczki” zarówno w kwestiach masy ciała, jak i innych osiągnięć, głównie szkolnych [5, 8, 11, 14, 16].

Opisywana w literaturze, wynikająca także z okresu dorastania, potrzeba podkreślenia własnej tożsamości, niezależności i indywidualności – jako jeden z czynników zachorowania na anoreksję – może znajdować wyraz w wyższym niż u zdrowych rówieśniczek czynniku J (*Coasthenia*), który wyjaśniany jest jako indywidualizm czy samowystarczalność.

Uzyskane przez nas rezultaty korespondują z cechami wykrytymi w innych badaniach dotyczących funkcjonowania społecznego anorektyczek. Stwierdzona w badaniu kwestionariuszem HSPQ schizotypia (czynnik A) i introwersja (niski wskaźnik intro-ekstrawersji) wiążą się z trudnościami w kontaktach z innymi, polegającymi na zamknięciu się w sobie, nadmiernej ostrożności i nieufności, trudnościach w ujawnianiu swoich myśli i uczuć, a także do pewnego stopnia na lęku przed bliskością [por. 2, 4, 9, 13, 17]. Potwierdziła się także opisywana w literaturze nieśmiałość i zahamowanie w kontaktach (czynnik H) [9].

Dyskusyjną kwestią pozostaje nadal cecha dominacji czy podporządkowywania się w relacjach społecznych, choć wyniki badań kwestionariuszem HSPQ pokazały, że w sposób istotny statystycznie dziewczęta z anoreksją odznaczają się większą uległością w porównaniu do zdrowych rówieśniczek. Jest to zgodne z rezultatami badań między innymi Sulestrowskiej [9] i Wolskiej [2]. Rzeczywiście część pacjentek w kontakcie sprawia wrażenie podporządkowanych (oczywiście odrębną sferą jest tu jedzenie). Obserwacje kliniczne, rozmowy z rodzicami i niektóre opisy w literaturze przedmiotu sugerują jednak nasiloną u tych pacjentek potrzebę dominacji, jeżeli nie wyrażoną wprost, to ukrytą i realizowaną poprzez odmowę czy wręcz czynny sprzeciw co do odżywiania i utrzymywania masy ciała właściwej dla wieku, nawet jeśli werbalnie pacjentka deklaruje zgodę na normalizację ciężaru ciała. W konstelacji Cattellovskiej połączenie dominacji (czynnik E) i obwiniania (czynnik O) może skutkować konfliktem i znajdować wyraz w agresji kierowanej do wewnątrz (autoagresja, wyniszczanie siebie występuje właściwie u każdej osoby z *a.n.*). Ze względu na skomplikowane zależności i nadal nie do końca poznane mechanizmy interpretacja winna być tu ostrożna i stanowić jedynie

impuls do dalszych poszukiwań. Wydaje się także, że Cattellovskie schizotypie może być zapowiedzią kształtującej się nieprawidłowo osobowości w kierunku późniejszej osobowości o typie schizoidalnym, którą w grupie części anorektyczek odnajdują Kiejna i Małyszczak [20].

Dziewczęta z anoreksją wykazują także w porównaniu do rówieśniczek skłonność do obniżonego samopoczucia, długo działającego ogólnego niezadowolenia, a także pesymizmu (czynnik F). Wynik ten zbieżny jest ze wskazywaną w szeregu badań depresyjnością, „matowością nastroju” czy negatywną emocjonalnością [2, 8, 16]. Jednak w trakcie prowadzonego leczenia i psychoterapii Szewczyk i Krzaczek zanotowali w Cattellovskich kwestionariuszach osobowości zmiany stanu emocjonalnego, polegające m.in. na poprawie samopoczucia i nastroju [25, 26].

Chociaż w badaniu osobowości pacjentek z młodziej grupy wiekowej, tzw. pediatrycznych, hospitalizowanych w oddziale endokrynologii w wyniku wyniszczenia w przebiegu *a.n.*, potwierdzono kilka cech wyróżniających w odniesieniu do grupy zdrowych rówieśniczek i znaczenie czynnika predyspozycji osobowościowej (obok uwarunkowań osobniczych, rodzinnych i socjoekonomicznych) jest niepodważalne, to nie można mówić o specyficznej strukturze czy profilu osobowości typowej pacjentki z tym zaburzeniem. Etiopatogeneza choroby jest bardziej złożona, zwykle wieloczynnikowa, choć z punktu widzenia osobowości można oceniać już ryzyko anoreksji czy rozwijających się zaburzeń osobowości lub depresji, a także dostosowywać oddziaływania terapeutyczne i rokować co do powodzenia leczenia.

## Wnioski

1. Uzyskane wyniki wykazały, że różnice między grupami w zakresie sześciu czynników osobowości były istotne statystycznie ( $p \leq 0,01$ ;  $p \leq 0,03$ ), można więc, w oparciu o średni profil osobowości, mówić o pewnych charakterystycznych dla pacjentek z *a.n.* cechach osobowości.

2. Pacjentki z *a.n.* w porównaniu do swoich zdrowych rówieśniczek charakteryzują się: schizotypią, większym zamknięciem w sobie, nieufnością i rezerwą w nawiązywaniu kontaktów i ujawnianiu uczuć (A-); są bardziej uległe, niepewne siebie i potrzebujące aprobaty (E-); wykazują obniżone samopoczucie i przejawiają pesymizm (F-); zwykle są bardziej nieśmiałe i zahamowane (H-); wewnątrz-



nie spięte, z tendencją do indywidualizmu (J+); obwiniające siebie, o silnym poczuciu obowiązku, wrażliwe, o niskim zaufaniu do siebie (O+).

3. Wyniki w zakresie wskaźnika intro-ekstrawersji wskazują na istotnie większą introwersję ( $p < 0,005$ ) w przypadku dziewcząt z *a.n.*

4. Wyniki badań wskazują na znaczenie zmiennych osobowościowych w etiopatogenezie i leczeniu dziewcząt chorych na anoreksję. Warto je uwzględnić w ocenie ryzyka zaburzeń odżywiania, a także w podejściu psychoterapeutycznym w stosunku do osób, które już otrzymały diagnozę.

## PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

- [1] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1997.
- [2] Wolska M.: Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: Anoreksja i bulimia psychiczna. Red. B. Józefik, Kraków 1996, 60-65.
- [3] Komender J.: Jądlowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy. *Nowa Med.*, 1996;17, 5-11.
- [4] Bomba J.: Zaburzenia jedzenia. Próba spojrzenia z perspektywy historycznej. W: Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu. Red. J. Bomba, B. Józefik. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2003, 11-16.
- [5] Bator E., Bronkowska M. et al.: Anoreksja – przebieg, przyczyny, leczenia. *Nowiny Lekarskie*, 2011; 80, 3, 184-191.
- [6] Pawłowska B., Masiak M.: Porównanie danych socjodemograficznych pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i bulimicznego hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1993–2003. *Psychiatria Polska*, 2007;XLI, 3, 351-364.
- [7] Nietendel-Bujakowa E., Szewczyk L.: Wpływ członków rodziny na ujawnienie się zespołu jądlowstrętu psychicznego. Część II. Obraz rodziców w rodzinach z córką chorą na anoreksję. *Psychoterapia*, 2003; 3(126), 37-43.
- [8] Bomba J., Mamrot S., Orwid M.: Anorexia nervosa. W: Zaburzenia psychiczne u młodzieży. Red. M. Orwid PZWL, Warszawa 1981.
- [9] Sulestrowska H.: Wybrane zagadnienia psychiatrii dziecięcej. W: T. Bilikiewicz: *Psychiatria Kliniczna*. Red. T. Bilikiewicz, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, 332-336.
- [10] Strober M.: The relation of personality characteristics to body image disturbances in juvenile anorexia nervosa: a multivariate analysis. *Psychosom. Med.*, 1981;43, 323-330.
- [11] Rajewski A., Talarczyk-Więckowska: Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jądlowstrętu psychicznego. *Psychiatria Polska*, 1996; XXX, 5, 811-820.
- [12] Banaś A., Januszkiewicz-Grabias A., Radziwiłłowicz P.: Wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania się. *Psychiatria Polska*, 1998; XXXII, 2, 165-176.
- [13] Józefik B.: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Red. B. Józefik, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [14] Mikołajczyk E., Samochowiec J., Śmiarowska M., Lisiecka A.: Cechy psychologiczne pacjentek z zaburzeniami odżywiania w porównaniu ze studentkami wyższych szkół medycznych badane kwestionariuszem EDI. *Psychiatria Polska*, 2004;38 (3) suplement: 170-171.
- [15] Cervera S., Lahortiga F., Martínez-González M.A., Gual P., de Irala-Estévez J.: Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *Int. J. Eat. Disord.*, 2003;33, 271-280.
- [16] Keel PK., Forney K.J.: Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2013;46 (5), 433-439.
- [17] Kozak A., Kozak G.: Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jądlowstrętem psychicznym (anorexia nervosa). <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=91>; dn. 5.02.14
- [18] Cervera S., Lahortiga F., Martínez-González M.A., Gual P., de Irala-Estévez J.: Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *Int. J. Eat. Disord.*, 2003;33, 271-280.
- [19] Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Hyrnik J., Sowiński R.: Zmienna i ciągła diagnoza w procesie psychoterapii pacjentki z zaburzeniami odżywiania się. *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2005;14 (supl. 1/20), 103-106.
- [20] Kiejna A., Małyszczak K.: *Psychiatria – podręcznik akademicki*. Wydawnictwo AM, Wrocław 2009.
- [21] Mikołajczyk E., Samochowiec J.: Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*, tom 1, nr 2, 91-95.
- [22] Cattell R.B., Beloff H., Coan R.W.: *The High School Personality Questionnaire (The HSPQ)*. Ipat. 1602-04. Coronado Drive. Champaign, Illinois 1958.
- [23] Kiedrowski J.: Interpretacja do Młodzieżowego Kwestionariusza Osobowości wg podręcznika wydanego w 1958 r.: Cattell R.B.: *Handbook for the IPAT High School Personality Questionnaire*; pracownia Psychometryczna KUL, Lublin (maszynopis).
- [24] Nietendel-Bujakowa E., Szewczyk L.: Wpływ członków rodziny na ujawnienie się zespołu jądlowstrętu psychicznego. Część I: Samoocena osoby chorej na anoreksję a oceny dokonywane przez jej rodziców. *Psychoterapia*, 2003;3 (126), 27-33.

- [25] Szewczyk L., Krzaczek E.: Zmiany stanu emocjonalnego u dziewcząt z zespołem anorexia nervosa w trakcie psychoterapii. W: Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych świata. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996, 84-87.
- [26] Szewczyk L., Jankowska H., Krzaczek E., Tarkowska A.: Zmiany stanu emocjonalnego i aktywności opioidowej u dziewcząt z anorexia nervosa podczas terapii. Now. Lek. 1997: 66, suplement I, 80-83.