

## Analiza wymiarów temperamentu i charakteru u dorosłych kobiet z zaburzeniami odżywiania się

### Temperament and character of Polish women with anorexia and bulimia nervosa

Elżbieta Mikolajczyk, Jerzy Samochowiec,  
Małgorzata Śmiarowska, Szymon Syrek

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii PAM w Szczecinie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Horodnicki

#### Summary

**Aim:** One of the factors influencing eating disorders are personality traits. The authors analyse temperament and character of healthy women.

**Method:** The Cloninger Temperament and character Inventory was applied to 52 eating disordered patients (33 with anorexia nervosa and 19 with bulimia nervosa). The patients were divided into subgroups of restrictive type and bulimic types of anorexia, bulimia and bulimic episodes.

**Results:** In all the subgroups of the patients a higher result was obtained on the harm avoidance scale (HA), cooperativeness (C) and the self transcendence ST2 subscale. Lower results were seen in self-directedness (SD) in the SD2, SD3 and SD5 subscales. The subgroups differed in temperament. Bulimia patients noted a higher need for NS stimulation and a higher reward dependence (RD). Anorectic patients had higher results in the persistence scale (P), whilst the restrictive anorectic patients had lower results in the NS1 and RD3 subscales.

**Conclusions:** The TCI Inventory is a useful tool, helping for a precise measurement of the difference in temperament of anorectic and bulimia patients as compared to their healthy peers.

*Słowa klucze:* zaburzenia odżywiania się, jadłowstręt psychiczny, bulimia, temperament i charakter

*Key words:* eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, temperament and character

Ostatnie lata przyniosły znaczny postęp w rozumieniu etiologii zaburzeń odżywiania się. Większość autorów przyjmuje model wieloczynnikowy, uwzględniający składowe biologiczne, psychologiczne i społeczne. Model Garner i Garsfinkel [za: 1] uwzględnia w grupie czynników predysponujących do zaburzeń jedzenia przyczyny indywidualne, rodzinne oraz kulturowe. Do czynników indywidualnych autorzy zaliczają cechy osobowości, zmienione genetycznie neuroprzeżywalność oraz regulację

uczucia głodu i sytości. Model rodzinny zwraca uwagę na zaburzenia interakcji i procesu komunikacji [2]. Do czynników kulturowych zalicza się endemicznie występujące w kulturze zachodniej niezadowolenie z własnego wyglądu, propagowanie modelu szczupłej sylwetki, utożsamianej z sukcesem i swobodą seksualną [2].

Liczne badania wykazywały, że rozpowszechnienie zaburzeń osobowości w grupie chorych z zaburzeniami odżywiania się jest częste i waha się od 23 do 80% [3, 4, 5, 6], czyli średnio jest dwukrotnie częstsze niż w grupach kontrolnych [7]. Osobowość z cechami lękowymi (grupa C wg DSM-IV) opisywano u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się niezależnie od ich postaci. Z kolei pacjentki z bulimią i bulimicznym typem anoreksji prezentują zaburzenia osobowości z grupy B wg DSM-IV, z przewagą typu borderline. Niewielka grupa pacjentek została zakwalifikowana do grupy A wg DSM IV, która obejmuje osobowość schizoidalną, paranoiczną oraz schizotypową [3, 8]. Część pacjentek spełnia kryteria więcej niż jednego typu zaburzeń. Doniesienia na temat wpływu zaburzeń osobowości na przebieg i rokowanie w zaburzeniach jedzenia są niejednoznaczne [4, 3, 9, 10, 11]. Występowanie zaburzeń osobowości ma związek raczej z ogólnym funkcjonowaniem niż z samym procesem leczenia [3]. Dodatkowe określenie typu zaburzeń może być istotne dla planowania rodzaju terapii [12].

Od lat 90. wielowymiarową analizę cech osobowości w badaniach zaburzeń jedzenia (ZJ) prowadzono z wykorzystaniem kwestionariuszy DAPP (Dimensional Assessment of Personality Pathology), MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) oraz TCI – Inwentarza Temperamentu i Charakteru wg Cloningera [13].

Model Cloningera uwzględnia siedem wymiarów osobowości, tzn. zapotrzebowanie na stymulację (Novelity Seeking – NS), unikanie urazów (Harm Avoidance – HA), zależność od nagrody (Reward Dependence – RD), wytrwałość (Persistence – P), które określają temperament człowieka, oraz zdolność do samoukierowania (SD – Self Directivness), zdolność do samotranscendencji (Selftranscendence – ST), zdolność do współpracy (Cooperativeness – C), które nazwano cechami charakteru [13]. Opis wszystkich wymiarów podano w załączniku nr 1.

Teoria zakłada, że wymiary temperamentu uwarunkowane są różnicami w budowie i połączeniach określonych struktur mózgowych: jąder migdałowatych, podwzgórza, prążkowiec, układu limbicznego, oraz odmiennosiami w funkcjonowaniu układów neuroprzekazników. Zapotrzebowanie na stymulację wiąże się z układem dopaminergicznym, unikanie urazów z układem serotonergicznym, uzależnienie od nagrody z noradrenergicznym, cechy charakteru natomiast kształtują się w wyniku indywidualnego rozwoju jednostki i zależą od połączeń w obrębie hipokampa i kory nowej [14].

W opisanym badaniu przeprowadzono analizę wymiarów osobowości u dorosłych kobiet z zaburzeniami jedzenia oraz rozważono ich znaczenie dla rokowania i terapii tych zaburzeń.

### **Materiał i metoda**

Do badania zakwalifikowano 52 kobiety w wieku od 18 do 34 lat, które były leczone w Klinice Psychiatrii na oddziale całodobowym, bądź konsultowane w Poradni Przyklinicznej z powodu jadłowstrętu lub bulimii psychicznej, zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [15]. W badanej grupie 33 pacjentki spełniały kryteria jadłowstrętu psychicznego (J), w tym u 9 był to restrykcyjny typ anoreksji (JR), u 24 bulimiczny typ jadłowstrętu

(JB). U 19 rozpoznano bulimię psychiczną (B). Grupę kontrolną rekrutowano wśród zdrowych kobiet dobranych pod względem wieku (G. kontr.) (tabela 1).

Pacjentki zostały poinformowane o celu i warunkach badania, na które wyraziły piśmenną zgodę. Następnie samodzielnie wypełniały zestaw testów, w tym 240-punktowy Inwentarz Temperamentu i Charakteru, w wersji walidyzowanej w tut. klinice oraz

Tabela 1

Dane demograficzne pacjentek z zaburzeniami odżywiania się i grupy kontrolnej

	J+ B n=52	J n=38	B n=19	JR n=9	JB n=24	JB+B n=43	G. kontr. n=62
Wiek w latach	22,2 ± 2,8	22,3 ± 2,8	22,0 ± 2,9	22,3 ± 2,8	22,3 ± 2,2	22,1 ± 2,0	23,6 ± 2,4
Wiek zachorowania	18,5 ± 2,7	18,3 ± 2,3	18,8 ± 2,2	18,6 ± 2,4	18,0 ± 2,3	18,4 ± 2,7	-
Czas trwania choroby [lata]	3,8 ± 2,9	4,2 ± 3,1	3,2 ± 2,5	3,9 ± 2,8	4,2 ± 3,2	3,7 ± 2,9	-
Ciężar ciała [kg]	65,9 ± 7,4	66,1 ± 7,9	65,9 ± 6,9	66,0 ± 6,4	66,2 ± 6,6	66,1 ± 7,7	66,5 ± 6,9
Wzrost [cm]	162,1 ± 9,7	163,8 ± 7,4	166,5 ± 7,5	162,5 ± 7,5	164,4 ± 7,5	160,4 ± 9,6	167,7 ± 7,3
BMI	17,7 ± 3,2	15,7 ± 1,9	20,5 ± 2,4	15,4 ± 2,5	15,8 ± 1,7	18,2 ± 3,1	20,8 ± 2,3
Skala depresji Becka	20,1 ± 10,1	21,2 ± 10,8	18,8 ± 8,8	22,4 ± 9,6	20,7 ± 11,4	19,8 ± 9,9	3,7 ± 3,5

LEGENDA: Podane wartości są średnimi arytmetycznymi ± wartość odchylenia standardowego. Pogrubioną czcionką zaznaczono istotność różnic w stosunku do grupy kontrolnej.

J – jadłowstręt, B – bulimia, JR – typ restrykcyjny jadłowstrętu, JB – typ bulimiczny jadłowstrętu, JB+B – grupa z zachowaniami bulimicznymi, G. kontr. – grupa kontrolna, n – liczebność grupy

w Klinice Psychiatrii w Poznaniu [16], oraz Skalę Depresji Becka [17].

Do obliczeń statystycznych użyto testu t-Studenta oraz testu U Manna-Whitneya. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SPSS wersja 9.0 dla systemu Windows [18].

Analizę wymiarów TCI przeprowadzono w całej grupie badanych kobiet z zaburzeniami odżywiania się (ZO) oraz w poszczególnych podgrupach w zależności od typu tych zaburzeń (J, JR, JB, B, JB+B). Wszystkie wyodrębnione podgrupy porównywano z grupą kontrolną.

## Wyniki

W wymiarach temperamentu stwierdzono istotne różnice w porównaniu z grupą kontrolną. Pacjentki z bulimią (B) uzyskały większe wyniki w wymiarze zapotrzebowania na stymulację (NS) oraz w podskalach NS2, NS3 i NS4. Grupa z zachowaniami bulimicznymi (ZB) uzyskała istotnie większy wynik w skali NS oraz w podskali NS3. Pacjentki z restrykcyjną postacią jadłowstrętu (JR) uzyskały mniejszy wynik w podskali NS1.

Wszystkie badane grupy uzyskały znamienne większe wyniki w wymiarze HA i podskalach HA1, HA2, HA3 i HA4. Pacjentki z JR uzyskały największy wynik w HA.

W wymiarze RD stwierdzono podobieństwa i różnice w podgrupach. Pacjentki z bulimią oraz grupa z ZB uzyskała istotnie większy wynik w wymiarze RD i w podskalach RD1 i RD4. Pacjentki z JB uzyskały mniejszy wynik w podskali RD3. Wszystkie badane grupy uzyskały większy wynik w wymiarze podskali RD4, który był największy w podgrupie z JR.

W wymiarze P znamienne większy wynik uzyskały pacjentki z anoreksją (J).

W wymiarach charakteru uzyskano istotne różnice w porównaniu z grupą kontrolną. W wymiarze SD niższe wyniki uzyskała cała grupa kobiet z ZO oraz podgrupy J, B, ZB. Również dla tych podgrup oraz z JB uzyskano znamienne niższe wyniki w podskalach SD2, SD3 i SD5.

Cała grupa oraz podgrupy uzyskiwały wyższe wyniki w wymiarze C oraz w jego podskalach C1–C5. Szczególnie charakterystyczny dla grupy ZO był wysoki wynik C1, C4 i C5. Pacjentki z bulimią uzyskały większe wyniki dla wymiaru ST oraz podskali ST2. Wysoki wynik ST2 był charakterystyczny dla wszystkich podgrup.

Wyniki przedstawiono w tabelach 2-3.

## Omówienie

Tabela 2

Wymiary temperamentu TCI w badanych grupach w porównaniu z grupą kontrolną

	ZO ogółem n=62	J n=33	JR n=9	JB n=24	B n=18	ZB n=43	Gr. kontr. n=64
HA	20,19±7,11	18,13±6,20	21,14±7,53	20,14±5,29	21,37±6,39**	22,18±6,79*	19,50±5,59
HA1	5,33±2,29	5,24±2,26	5,78±2,28**	5,19±2,29	5,60±2,31	6,19±2,31	5,16±2,21
HA2	4,33±2,06	4,36±2,39	3,56±2,18	4,61±2,06	4,18±2,27*	5,33±2,07	4,70±2,09
HA3	5,23±2,54	4,64±2,30	4,14±2,23	4,63±2,33	4,63±1,83**	5,53±2,31*	4,55±2,04
HA4	4,96±2,04	4,80±1,95	4,67±2,23	4,80±1,59	5,05±1,82*	5,03±1,69	4,14±2,00
RD	22,30±7,37**	23,30±7,30**	24,87±8,14**	22,78±3,40**	21,37±7,87*	22,19±3,14**	19,15±5,33
RD1	7,22±2,38**	7,00±2,84**	7,33±2,68*	8,33±3,07**	7,42±2,38**	7,12±2,87**	4,56±1,11
RD2	4,31±2,08*	5,12±2,08*	5,44±1,68*	5,00±2,28*	4,11±2,03	4,80±2,12*	3,73±1,51
RD3	6,36±2,03**	6,80±2,01**	6,00±1,12**	6,49±2,28**	4,78±2,02*	6,18±2,18**	3,14±1,54
RD4	6,41±2,36**	6,57±2,33**	6,38±2,16*	6,49±2,43**	6,06±2,34*	6,23±2,37**	3,23±2,02
SD	16,43±3,01*	14,90±3,01	15,15±1,39	14,55±3,39	19,44±2,37*	16,40±3,30*	18,94±3,33
SD1	7,18±1,88	7,08±1,84	7,00±2,00	7,18±1,94	7,38±1,87	7,24±1,86*	6,36±2,30
SD2	4,03±2,05	4,12±2,07	4,56±1,61	3,88±2,22*	5,33±1,66	4,56±2,18	4,70±1,53
SD3	3,83±1,18**	3,81±1,14*	4,22±1,08*	3,38±1,08*	3,83±1,30*	3,48±1,18*	3,11±1,29
P	4,04±1,82	4,27±1,82*	4,63±2,38	4,04±1,53	3,50±1,60	3,85±1,66	3,33±1,99

LEGENDA: \*\*p ≤ 0,001, \* p ≤ 0,05,

Podane wartości są średnimi arytmetycznymi ± wartość odchylenia standardowego.

Tabela 3

Wymiary charakteru TCI w badanych grupach w porównaniu z grupą kontrolną

	ZO ogółem n=62	J n=33	JA n=8	JE n=24	E n=18	ZE n=13	G. kontrol. n=84
RO	21,22±2,22*	21,80±8,42	12,33±10,95	22,21±6,60	20,47±7,48*	21,21±2,22**	25,82±1,51
RO1	4,22±2,22*	2,22±2,22*	2,22±2,22*	4,12±2,22*	4,21±2,22*	4,22±2,22*	4,22±2,22*
RO2	2,22±2,12*	2,22±2,12*	2,22±2,22*	4,02±2,22*	2,22±2,02	2,22±2,12*	4,22±2,22*
RO3	1,70±1,48**	1,78±1,47**	1,87±1,73	1,22±1,40	1,82±1,58*	1,78±1,48**	2,22±1,60
RO4	5,21±2,22*	6,22±2,22*	5,22±2,22*	6,22±2,22*	5,22±2,22*	6,22±2,22*	5,22±2,22*
RO5	1,82±2,48**	1,72±2,48**	6,22±2,22*	1,82±2,48**	1,82±2,48**	1,82±2,48**	1,82±2,22*
C	21,22±7,48**	21,22±2,02*	22,22±8,22*	20,22±7,22*	22,22±8,22*	21,22±7,22**	22,22±1,22*
C1	1,22±1,87**	1,22±1,87**	6,22±2,22*	1,22±1,87**	1,22±2,02*	1,22±2,02**	5,22±1,70
C2	1,22±1,87**	1,22±1,87**	5,22±2,22*	1,22±1,87**	1,22±1,87**	1,22±1,87**	4,22±1,60
C3	1,22±1,87**	5,22±1,87**	5,22±2,22*	5,22±1,87**	1,22±1,87**	1,22±1,87**	5,22±1,87**
C4	7,22±2,22**	7,22±2,22**	2,22±2,22*	7,22±2,22**	7,22±2,22**	7,22±2,22**	5,22±2,22*
C5	1,22±1,87**	1,22±1,70**	7,22±1,87**	1,22±1,72**	1,22±1,87**	1,22±1,87**	5,22±2,22*
BT	12,22±6,22*	12,22±6,22*	12,22±6,22*	12,22±6,22*	12,22±6,22*	12,22±6,22*	12,22±6,22*
BT1	5,22±2,22*	5,22±2,22*	5,22±2,22*	5,22±2,22*	5,22±2,22*	5,22±2,22*	4,22±2,22*
BT2	2,22±2,12*	2,22±2,02*	2,22±2,22*	2,22±1,87**	2,22±2,22**	2,22±2,12**	2,22±1,87**
BT3	6,22±2,22*	6,22±2,22*	1,22±2,22*	5,22±2,22*	1,22±2,22*	6,22±2,22*	6,22±2,22*

LEGENDA: \*\*p ≤ 0,001, \* p ≤ 0,05,

Podane wartości są średnimi arytmetycznymi ± wartość odchylenia standardowego.

Duża wartość wymiaru unikania przykrości (HA), jaką stwierdziliśmy u wszystkich badanych kobiet z zaburzeniami jedzenia, jest cechą potwierdzoną przez innych autorów [6, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22]. Badane kobiety mają cechy neurotyczne, ujawniają zahamowanie i łatwo ulegają zmęczeniu. Dlatego potrzebują większego poczucia bezpieczeństwa, są niezwykle wrażliwe na krytykę i kary, reagując lękowo lub depresyjnie [13]. Pacjentki z jadłowstrętem charakteryzuje wyższy poziom unikania przykrości niż pacjentki z bulimią. Jest to zgodne ze spostrzeżeniem, że jadłowstręt trudniej poddaje się leczeniu niż bulimia [23]. Wymiar tej skali koreluje z występowaniem zaburzeń depresyjnych [13], potwierdzonych u pacjentek z wysokimi wynikami w Skali Depresji Becka. Podwyższone wyniki w skali unikania przykrości (HA) utrzymywały się także u osób z jadłowstrętem w wywiadzie, a także u pacjentek z chroniczną postacią zaburzeń odżywiania się, jednak w grupach tych nie wykazywały korelacji z występowaniem depresji [24]. Jeśli ta cecha temperamentu koreluje z obniżoną transmisją serotonergiczną [13, 19], to wg niektórych autorów mogłaby odzwierciedlać przekazywaną genetycznie predyspozycję do zachorowania na zaburzenia odżywiania się [20]. W badaniu prospektywnym hiszpańskich dziewcząt w wieku 12–21 lat wykazano, że neurotyzm mierzony za pomocą Inwentarza Eysencka jest najważniejszym czynnikiem predykcyjnym zapadalności na zaburzenia odżywiania się [25].

W wymiarze zapotrzebowania na stymulację (NS) większe wyniki uzyskiwały pacjentki z bulimią, zwłaszcza w wymiarze NS3 – podskala nazwana rozrzutnością.

Większy wynik w skali NS cierpiących na bulimię jest zgodny z innymi doniesieniami [20, 8]. Osoby takie mają żywe usposobienie, łatwo się angażują, są impulsywne i nieuporządkowane. Duże wartości NS odróżniają pacjentki z bulimią od chorujących na anoreksję z dominującymi zachowaniami restrykcyjnymi [8]. Większe wyniki w skali NS stwierdzono także u osób eksperymentujących z dietą [26] lub doświadczających często nagłego uczucia głodu (food cravings) [27]. Znaczenie większego zapotrzebowania na stymulację wiąże się z częstszym zgłaszaniem się pacjentek z bulimią do leczenia, a także z przerywaniem terapii, używaniem środków psychoaktywnych i alkoholu [28]. W badaniach populacji Japonek chorujących na zaburzenia jedzenia nie potwierdzono dużych wartości wymiaru zapotrzebowania na stymulację, co autorzy wiążą z różnicami kulturowymi i trudnościami w przekładzie inwentarza TCI [21].

W skali głównej zależności od nagrody, RD, a także w podskalach RD1 i RD3 ujawniły się różnice w podgrupach. Pacjentki z bulimią uzyskały większy wynik w skali zależności od nagrody (RD). Osoby z wysokimi wynikami w skali RD są wrażliwe, empatyczne oraz zależne od innych. Poszukują kontaktów z ludźmi i komunikują się w sposób otwarty. Odpowiada to obserwowanemu w praktyce klinicznej lepszemu funkcjonowaniu socjalnemu pacjentek z bulimią, które częściej niż anorektyczki wchodzi w związki seksualne i zawierają przyjaźnie. Dobrze oddaje to podskala RD1, dotycząca empatii, umiejętności zrozumienia i okazania uczuć innej osobie, w której tylko pacjentki z bulimią osiągały wyższe wyniki. Duża wartość wymiaru zależności od nagrody wiąże się także z zaburzeniami depresyjnymi, które występują częściej w przebiegu bulimii, w porównaniu z jadłowstrętem [28]. W badaniach Johnson wykazano, że epizod depresji we wczesnym okresie adolescencji podwyższał ryzyko zachorowania na zaburzenia odżywiania się [29].

Pacjentki z bulimiczną postacią jadłowstrętu (JB) miały najmniejszą wartość wymiaru RD3, co można wyjaśnić nadmiernym skupieniem się na sobie, małym zainteresowaniem kontaktami społecznymi, a także wydłużeniem czasu choroby (tab.1). Większą wartość podskali RD4 – szczególną zależność od aprobaty i troski innych – wykazano we wszystkich podgrupach pacjentek, największą w podgrupie z restrykcyjną postacią jadłowstrętu (JR).

Wartość wymiaru P była istotnie wyższa u pacjentek z jadłowstrętem, najwyższa w grupie „restrykcyjnej”, co jest zgodne z doniesieniami innych autorów [8, 20, 22].

Anorektyczki bardzo wytrwale podtrzymują nieprawidłowe zachowania w celu utrzymania niskiej masy ciała. Zwykle są one ambitnymi uczennicami, studentkami, potrafią ciężko pracować na sukces. Badania polskie [30] wskazały na wyższy poziom aspiracji u pacjentek z jadłowstrętem, w odróżnieniu od Cloningera, który wiązał P z perfekcjonizmem. Perfekcjonizm jest stałą cechą obecną u pacjentek z anoreksją niezależnie od okresu choroby [31]. Stwierdzono go również u matek pacjentek z jadłowstrętem [32].

W naszym badaniu wynik wymiaru zdolności do samoukierunkowania (SD) był istotnie mniejszy w porównaniu z innymi badaniami we wszystkich grupach pacjentek. Mała wartość tej skali jest charakterystyczna dla zaburzeń osobowości i wskazuje na niedojrzałość mechanizmów obronnych [33]. Osoby z małą wartością skali samoukierunkowania (SD) są opisywane jako obwiniające innych, destrukcyjne, nieodpowie-

działne i słabo zintegrowane. Brakuje im wewnętrznego uporządkowania priorytetów, są podatne na naciski społeczne – dotyczące również wzorca bardzo szczupłej sylwetki. Małą wartość zdolności do samoukierunkowania u osób z zaburzeniami odżywiania się potwierdzają inne badania [8, 20, 21, 33]. Pacjentki z bulimią i grupa z zachowaniami bulimicznymi w naszym badaniu osiągały najmniejsze wartości, świadczące o ich impulsywności i niezdolności do odłożenia gratyfikacji (SD2), nieefektywności postępowania (SD3) i słabej woli do zmiany niekorzystnych przyzwyczajęń (SD5). Wg niektórych autorów mała wartość SD łączy się z większą częstością prób samobójczych oraz częstszym przerywaniem terapii [9, 34]. W badaniach Andersen [35] stwierdzono, że mała wartość SD u pacjentek z bulimią zwiększała się po terapii behawioralno-poznawczej, co jest zgodne z badaniami Bulik i wsp. [9]. Małą wartość zdolności do samoukierunkowania stwierdzono również u matek pacjentek z bulimią [36].

Zaskakujący w porównaniu z badaniami innych autorów okazał się uzyskany w naszej próbie większy wynik w wymiarze zdolności do współpracy (C), który łączy się z tolerancją, empatią i otwarciem na potrzeby innych osób. Być może jest to związane z pewną gotowością do podjęcia leczenia i otwarcia się na potrzeby zespołu terapeutycznego. Niski wynik w skali zdolności do współpracy łączył się z przerywaniem terapii [10], natomiast wyższe wyniki w skali C stwierdzono u pacjentek w remisji choroby [24]. Jest to zgodne z naszymi obserwacjami, że wysoki wynik w skali C ma korzystny wpływ na efekty terapii, co wymaga oceny prospektywnej.

Wymiar samotranscendencji (ST), który był wyższy u osób z bulimią oraz wykazujących zachowania bulimiczne, oznacza cechę o kontrowersyjnym znaczeniu dla człowieka, nazwaną duchowością, idealizmem lub, szczególnie w kulturze Zachodu, naiwnością pozostającą w sprzeczności z wartościami materialnymi i kultem władzy. Wydaje się, że cecha ta niesie korzyści z doświadczania cierpienia związanego z chorobą. Wymiar ST2, wysoki we wszystkich badanych grupach, charakteryzuje osoby skłonne do „ulepszania świata”, chcące zapobiegać niesprawiedliwości, wojnom, niszczeniu natury. W połączeniu z innymi cechami, szczególnie z wysokim HA i niskim SD, wskazuje na nieharmonijną strukturę osobowości, najwyraźniejszą dla bulimiczek; nie mogąc uporać się z własną impulsywnością i nadwrażliwością, jednocześnie pragną one porządkować otaczający je świat, są działaczkami różnych organizacji. Spostrzeżenie to zgodne jest z fenomenologiczną teorią Rogersa, wg której te zaburzenia psychiczne mają źródło w rozbieżnościach między Ja a Ja idealnym [za: 37]. W badaniach kobiet z zaburzeniami odżywiania się oraz depresją wysoki wynik ST korelował pozytywnie z liczbą podjętych prób samobójczych [34]. Gendal i wsp. [38] stwierdzili, że osoby o wysokiej samotranscendencji oraz słabo ukierunkowane częściej ograniczają jedzenie oraz stosują diety.

W badaniu grupy młodych kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania się zważono wymiary temperamentu i charakteru różniące je od zdrowych rówieśniczek, spośród których wysoki wymiar HA, niski wymiar SD wydają się mieć znaczenie uniwersalne. Wyższy wymiar P w anoreksji i NS w bulimii znaleziono także w badaniach amerykańskich, włoskich i hiszpańskich. Duża wartość skali uzależnienia od nagrody oraz kooperatywności może być uwarunkowana różnicami kulturowymi, np. oczekiwaniem od kobiety, by zabiegała o potrzeby innych (rodziny) bardziej niż własne.

Analiza wymiarów temperamentu u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się tworzy obraz kobiety nadwrażliwej, reagującej lękiem i obniżeniem nastroju na sytuacje stresowe oraz zależnej od aprobaty innych. Anorektyczki są szczególnie uparte i mają niewielkie potrzeby socjalne. Pacjentki z bulimią wyróżniają się większą impulsywnością, są mniej uporządkowane, co w skrajnej postaci może przyjmować patologię borderline [12]. Skala TCI wydaje się przydatnym narzędziem – wyraźnie zaznacza różnice temperamentu w jadłowstręcie i bulimii oraz, zgodnie z jej założeniami, stwarza badaczom szerokie pole do poszukiwań biologicznych uwarunkowań zaburzeń odżywiania się.

## Rírěčë iölięć nłęd'ldřělínř č řřřřělđř ó áčđřńěúó člíúćí n řřđřřřřč'ěč đ'čńřřč'

### Nřāđřřřřř

**Čřāřřřř:** řāřčë čę řřěńřđā, đđřāčńđřřěđřđřčč ę řřđřřřčř đ'čńřřč' – řńř čč=řńńřřřř đ'łđńń. Řāńřđř řřřččđřđřń řńńřřřřńńč nłęd'ldřělínř č 'đřęńłđř člíúćí n řđńűńě řřđłęńčłě č áóěččłě č řđřāřčāřřń čđ nř čāđřāűěč đřāłńřčřřč.

**Ĕłńřā:** ×łđńű čč=řńńč čńńěłāřřřřřřř řűěč řřłřřř řř řńńāł đłčřěűńřřā đřěó=łřřř đđč řřłřęł Āěřńńřđč' nłęd'ldřělínř č řřđřęńłđř Ęęřřčřāłđř ó 52 člíúćí n řřđřřřřč'ěč đ'čńřřč', nđłāč ęřńđűó ó 33 āčřāřřńńčđřāř đ'ńčđč=łńęčč řřđřęńłđ řřđłęńčč, ř ó 19 řđđāřđř áóěčččř. Čńńěłāřřřřřř đřřłńńęčč đřčāłěłřř řř đřāāđđđ'ű n đłńńđčęńčāřű č áóěłčč=łńęčč ńčđ'řě řřđłęńč, áóěččłě č áóěččč=łńęčč đ'āłāłřč'ěč.

**Đłčřěűńřřű:** Āř āńł đřāāđđđ'đřř āřěűřűó řāřđřčłł āřěűřčě řāűłě ā řęřł ččāłčřřč' nđřāčű ĬŘ, ęłűűřčě řāűłě řřěűřđđřāłěłńńč SD řāčřř=łřřűě ā đřāřęřřřř SD2, SD3 č SDS, āřěűřčě řāűłě nđ'ńńāřřńńč ā nřāłńńńńě đřāńř Ĭ, ř nřęł āřěűřčě řāűłě đřāřęřřű SN2. Đřččč=č' ā đřāāđđđ'đřř řāčřřř=čččńű ā řāűłěřř nłęd'ldřělínř. Đđč áóěčččč řńčł=łł āřěűřčě řāűłě đřńđłāřřńńč ę řńččěó' őčč, ř nřęł āřěűřčě řāűłě čřāčńčěřńńč řń řāđřāű RD. Đřřčłńńęč n řřđłęńčłě řāčřāřčč āűńřččč đłčřěűńřřčč ā řęřł nłđđłččāřńńč Đ, ř đřřčłńńęč n đłńńđčęńčāřű őđđěř řřđłęńčč řāčřāřčč řččřčč đ'ęřęřńłě'ěč ā đřāřęřřřř NSI č RDS.

**Āűāřřű:** Āěřńńřđčě ĬĬ Āē'łńń' đđčāřāřűě čřńńđřčłńńě, đřńęűěűó āűđřčłłűě řāđřčě řāčřřř=řłń đřččč=č' nłęd'ldřělínř ó đřřčłńńęč n řřđłęńčłě č áóěččłě ā nđřāřřčłł nř čāđřāűěč đřāłńřčřřč.

## Analyse der Temperament und Charakterdimensionen bei erwachsenen Frauen mit Essstörungen

### Zusammenfassung

**Ziel:** Einer der Faktoren, der für Essstörungen prädisponiert, sind Persönlichkeitseigenschaften. Die Autoren analysieren die Temperament- und Charakterdimensionen der Frauen mit Anorexia nervosa und mit Bulimie im Vergleich mit den gesunden Frauen in demselben Alter.

**Methode:** Die Persönlichkeitseigenschaften wurden aufgrund des Inventars des Temperaments und Charakters nach Cloninger bei 52 Frauen mit Essstörungen beurteilt, unter denen bei 33 Anorexia nervosa und bei 19 Bulimie diagnostiziert wurde. Die untersuchten Patientinnen wurden in Untergruppen geteilt: mit restriktivem, bulimischen Typ der Anorexia nervosa, mit Bulimie und bulimischem Verhalten.

**Ergebnisse:** In allen Untergruppen der Kranken wurde eine größere Dimension in der Skala des Traumameidens HA, eine kleinere Dimension der Selbststrichtung SD, markiert in den Unterskalen SD2, SD3 und SD5, eine größere Dimension der Zusammenarbeit C und



eine höhere Dimension der Unterskala ST2 festgestellt. Die Unterschiede in den Untergruppen zeichneten sich in den Temperamentdimensionen aus. In der Bulimie wurde eine größere Dimension des Bedarfs an Stimulation NS und eine größere Dimension der Abhängigkeit vom Preis RD festgestellt. Die Patientinnen mit Anorexia nervosa erzielten ein höheres Ergebnis in der Skala für Ausdauer P, die Patientinnen mit dem restriktiven Typ der Anorexia nervosa erzielten niedrigere Ergebnisse in den Unterskalen NS1 und RD.

**Schlussfolgerungen:** Das Inventar TCI ist ein nützliches Mittel, es betont deutlich die Unterschiede im Temperament bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimie im Vergleich mit den gesunden Frauen.

### Le tempérament et le caractère des femmes adultes souffrant de l'anorexie nerveuse et de la boulimie

#### Résumé

**Objectif:** Analyser le tempérament et le caractère des femmes souffrant de l'anorexie nerveuse et de la boulimie et les comparer avec ceux des femmes saines.

**Méthode:** Les traits de la personnalité sont analysés à l'aide du Temperament and Character Inventory de Cloninger. On examine 52 femmes dont 33 souffrent de l'anorexie nerveuse et 19 – de la boulimie. Les patientes sont divisées en groupes: anorexie restrictive, anorexie boulimique, boulimie, comportement boulimique.

**Résultats:** Dans tous les groupes on observe: résultats plus élevés de l'échelle HA, résultats moins élevés de l'échelle SD (accentués dans les sous-échelles SD2, SD3, SD5), plus élevés – dans l'échelle C et dans la sous-échelle ST. Les différences des sous-groupes se font voir dans les dimensions du tempérament. Dans la boulimie on trouve les résultats plus élevés dans les échelles NS et RD. Les patientes souffrant de l'anorexie obtiennent les résultats plus élevés dans l'échelle P, celles avec l'anorexie restrictive – moins élevés dans les sous-échelles NS1 et RD3.

**Conclusion:** Inventaire TCI est un instrument très utile pour mesurer les différences du tempérament des femmes souffrant de l'anorexie et de la boulimie et des femmes saines.

#### Piśmiennictwo

1. Garner D. *Pathogenesis of anorexia nervosa*. Lancet 1993; 341: 1631–1635.
2. Józefik B. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
3. Skodol AE, Oldham JM, Kellman HD. *Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders*. Int. J. Eat. Disord. 1993; 14[4]: 403–416.
4. Wonderlich SA, Fullerton D, Swift WJ, Klein MH. *Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders*. Int. J. Eat. Disord. 1994; 15: 233–243.
5. Goldner EM, Srikameswaran S, Schroeder ML. *Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders*. Psychiatry Res. 1999; 85: 151–159.
6. Tomotake M, Ohmori T. *Personality profiles in patients with eating disorders*. J. Med. Invest. 2002; 49: 87–96.
7. Grilo CM. *Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders*. Curr. Psychiatry Rep. 2002; 4: 18–24.
8. Díaz-Marsá M, Carrasco JL, Sáiz J. *A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa*. J. Pers. Dis. 2000; 14 [4]: 352–359.
9. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. *Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa*. Compr. Psychiatry 1998; 39 [4]: 206–214.
10. Fassino S. *Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger*. Psychother. Psychosom. 2003; 72 [4]: 203–210.

11. Zanarini MC, Frankenburg FR. *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1733–1739.
12. Westen D, Harden-Fisher J. *Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II*.
13. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory [TCI]: A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality. St. Louis, Missouri: Washington University; 1994.
14. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. *A psychobiological model of temperament and character*. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 14: 213–218.
15. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: IPiN; 1997.
16. Zakrzewska M, Samochowiec J, Rybakowski F, Hauser J, Pełka-Wysiecka J. *Polska wersja Inwentarza Temperamentu i Charakteru [TCI]: analiza rzetelności*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXV, 3: 455–465.
17. Beck AT. *Depression Inventory*. Philadelphia: Philadelphia Center of Cognitive Therapy; 1978.
18. *Statistical package for social sciences. Version 9.0, SSPS for Windows*, RZK GMBH Asbach, 1999.
19. Rybakowski F, Dmierzak-Węglarz M, Słopeń A, Czerski P, Hauser J, Rajewski A. *Temperament i charakter w jadłowstręciu psychicznym – wpływ genów transportera serotoniny i receptora 5-HT<sub>2A</sub>*. Psychiatr. Pol. 2003; XXXVII, 1: 47–55.
20. Fassino S. *Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory*. Int. J. Eat. Disord. 2002; 32, 4: 412–425.
21. Nagata T, Oshima J, Wada A. *Temperament and character of Japanese eating disorder patient*. Compr. Psychiatry 2003; 44, 2: 142–145.
22. Klump KL, Bulik CM, Pollice C. *Temperament and character in women with anorexia nervosa*. J. Nerv. Ment. Dis. 2000; 188, 9: 559–567.
23. Herzog DB, Dorer DJ. *Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7,5-year follow-up study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1999; 38, 7: 829–837.
24. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL. *Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding*. Int. J. Eat. Disord. 2000; 28, 2: 139–147.
25. Cervera S. *Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 33, 3: 271–280.
26. Mizushima H. *TCI temperamental scores in bulimia nervosa patients and normal women with and without diet experiences*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98, 3: 228–230.
27. Gendall KA, Sullivan PF, Joyce PR, Fear JL, Bulik CM. *Psychopathology and personality of young women who experience food cravings*. Addict. Behav. 1997; 22, 4: 545–555.
28. Polivy J. *Causes of eating disorders*. Ann. Rev. Psychol. 2002; 53: 187–213.
29. Johnson JG. *Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood*. J. Consult. Clin. Psychol. 2002; 70, 5: 1119–1128.
30. Rajewski A, Talarczyk-Więckowska M. *Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego*. Psychiatr. Pol. 1996; XXX, 5: 811–820.
31. Bulik CM, Tozzi F. *The relation between eating disorders and components of perfectionism*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 242–247.
32. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA. *Personality, perfectionism and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2002; 31: 290–299.
33. Mulder RT. *The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences*. Psychol. Med. 1999; 29, 4: 943–952.
34. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. *Temperament, character and suicide attempts in anorexia*

- nervosa, bulimia nervosa and major depression*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100: 27–32.
35. Anderson CB. *The effect of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa on temperament and character as measured by the temperament and character inventory*. Compr. Psychiatry 2002; 43, 3; 182–188.
36. Fassino S. *Bulimic family dynamics: role of parents' personality – a controlled study with the Temperament and Character Inventory*. Compr. Psychiatry 2003; 44, 1: 70–77.
37. Pervin LA, Oliver PJ. *Osobowość – teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.
38. Gendal KA, Joyce PR, Sullivan PF. *Personality and dimensions of dietary restraint*. Int. J. Eat. Disord. 1998; 24: 371–379.

Otrzymano: 8.01.2004

Zrecenzowano: 19.02.2004

Przyjęto do druku: 25.06.2004

Adres: Elżbieta Mikołajczyk  
Klinika Psychiatrii PAM  
71-342 Szczecin, ul. Broniewskiego

#### ZAŁĄCZNIK NR 1

##### Opis wymiarów temperamentu i charakteru w inwentarzu Cloningera

Wymiar osobowości	Wysoki wynik	Niski wynik
<b>CECIHY TEMPERAMENTU</b>		
<b>HA</b> [podskala HA1–HA4] unikanie przykrości tendencja do zahamowania działań w odpowiedzi na negatywne bodźce	marliwy się, pesymista, pełen wątpliwości, niecierpliwy, mślawy	odporny, optymistyczny, pewny siebie, otwarty, energiczny
<b>NS</b> [podskala NS1–NS4] zapotrzebowanie na stymulację aktywne reagowanie na nowe bodźce	badawczy, celowy, impulsywny, wzburzony, pełen entuzjazmu, chaotyczny	obojętny, relaksacyjny, oszczędny, uporządkowany, zorganizowany
<b>RD</b> [podskala RD1,3,4] zależność od nagrody podtrzymywanie zachowania wzdł. na wzmożeniu porażenia	sentymentalny, ciepły, oddany, przywiązany, zależny	praktyczny, chłodny, odizolowany, bezstronny, niezależny
<b>P</b> [zazwyczaj podskala RD2] wytrwałość samodzielne podtrzymywanie aktywności	zarybny, pilny, pracowity, ambitny, dążący do osiągnięcia wartości, perfekcjonista	nieaktywny, niewydolny, łatwo zniechęcający się, słomny, o niskich wymaganiach, rezygnujący, pragmatyczny

CECHY CHARAKTERU		
<p><b>SD</b> [podskala SD1-SD6] zdolność do samokierunkowania dotrzymywanie zachowania do sytuacji samokontrola</p>	<p>dążeń, silny, odpowiedzialny, solidny celowy, pomysłowy, efektywny, lubi<sup>1</sup>oy siebie, miej<sup>1</sup>oy zwykle zgodne z celami długoterminowymi</p>	<p>niedojrzały, kruchy nieodpowiedzialny (obwiniaj<sup>1</sup>oy innych), niesolidny, bezwładny, nieefektywny, walczą<sup>1</sup>oy z sobą<sup>1</sup>, miej<sup>1</sup>oy zwykle niezgodne z długoterminowymi celami</p>
<p><b>C</b> [podskala C1-C5] zdolność do współpracy rozpoznanie i akceptacja działań innych osób</p>	<p>tolerancyjny, skłonowy, pomocny, współucz<sup>1</sup>oy, konstruktywny, egetyczny, zadowolony</p>	<p>nie tolerancyjny, krytyczny, niepomocny, moziwy, destrukcyjny, oportunista</p>
<p><b>ST</b> [podskala ST1-ST3] zdolność do transcendentnej poczucia bycia częścią wszechświata, duchowość</p>	<p>m<sup>1</sup>dry, ciepły, kreatywny, bezinteresowny, zgodny (zjednoczony) z wszechświatem</p>	<p>niedziękły, pozbawiony wyobraźni, zagniewany, dumny, nieskromny</p>

Opracowany przez autorów pracy na podstawie Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory [TCI]: A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. St. Louis, Missouri: Washington University; 1994.