

Maciej Wojciech Pilecki<sup>1</sup>, Kinga Sałapa<sup>2</sup>, Barbara Józefik<sup>3</sup>

## Zaburzenia odżywiania – dylematy diagnozy

Eating disorders – dilemmas of subtyping

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum. Kierownik (p.o.): dr n. med. Maciej Pilecki

<sup>2</sup> Zakład Bioinformatyki i Telemedycyny, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum. Kierownik: prof. dr hab. Irena Roterman-Konieczna

<sup>3</sup> Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum.

Kierownik: dr hab. n. hum. Barbara Józefik, profesor UJCM

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJCM, ul. Kopernika 21 A, 31-501 Kraków, tel.: 12 424 87 40, faks: 12 424 87 44,

e-mail: [maciej.pilecki@uj.edu.pl](mailto:maciej.pilecki@uj.edu.pl)

*Badania przeprowadzono w oparciu o fundusze KBN (nr grantu: 6 POSE 09021) oraz grant CM UJ (nr grantu 501/NKL/269/L), po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM (KBET/26/B/2001)*

### Streszczenie

Celem badania było przedstawienie dylematów dotyczących diagnozy zaburzeń odżywiania się na przykładzie alternatywnego do kryteriów klinicznych podziału grupy dziewcząt z rozpoznaniem tych zaburzeń, uwzględniającego wyniki kwestionariuszy samooceny. Badaniem objęto 116 dziewcząt z rozpoznaniem któregoś z zaburzeń odżywiania się według DSM-IV, konsultowanych po raz pierwszy w latach 2002–2004 w ambulatorium Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Z uwagi na ograniczenia statystyczne modelu jedynie zmienne zależne, takie jak: samoocena obecności objawów depresyjnych (Kwestionariusz Depresji Becka, BDI), samoocena obecności problemów z odżywianiem się (Kwestionariusz Postaw wobec Odżywiania, EAT26), obraz siebie (Ja Społeczne Kwestionariusza Obrazu Siebie Offera, JaSpoł QSIA) i relacje rodzinne (skala Intymności Skali Rodziny Pochodzenia, INT FOS), zostały poddane analizie skupień metodą *k*-średnich. Przeprowadzone analizy doprowadziły do wyłonienia pięciu skupień niepokrywających się z podziałem na poszczególne diagnozy kliniczne. Wszystkie skupienia różnią się wynikami tworzących je skal kwestionariuszowych. Pierwsze skupienie okazało się charakteryzować osoby o niskim w swojej ocenie nasileniu występowania problemów z odżywianiem się i depresyjności oraz korzystnym obrazie swojego funkcjonowania społecznego i relacji rodzinnych. Zależność obserwowana w skupieniu 5. była odwrotna. Przeważająca liczba pacjentek w skupieniu 1. miała rozpoznaną anoreksję restrykcyjną, a w skupieniu 5. bulimie. Najbardziej odmiennie od pozostałych okazało się skupienie 3. Pozytywnemu obrazowi siebie, relacji rodzinnych w badanych obszarach towarzyszyło duże nasilenie występowania problemów z odżywianiem się i niskie depresyjności w samoocenie. Otrzymane wyniki wskazują, iż podział kliniczny zaburzeń odżywiania się proponowany w ICD i DSM nie jest jedynym możliwym. Inne sposoby porządkowania pacjentów nie tylko mogą być interesujące poznawczo, ale też mają pewną wartość kliniczną.

**Słowa kluczowe:** jadłowstręt, bulimia, eksploracja danych, analiza skupień metodą *k*-średnich, typy diagnoz

### Summary

The aim of this study was to present the dilemmas in the diagnosis of eating disorders on an example of division of a group of girls with diagnosed eating disorders on the basis of the self-assessment questionnaire results which provides an alternative to the clinical criteria. The study covered 116 girls diagnosed with any of the eating disorders according to DSM-IV consulted for the first time between 2002 and 2004 in the outpatient clinic of the Child and Adolescent Psychiatry Unit, University Hospital in Cracow, Poland. Due to statistical limitations of the model only dependent variables such as self-assessment of the presence of depressive symptoms (measured by Beck Depression Questionnaire, BDI), eating attitudes (measured using Eating Attitudes Test, EAT26), self-image (Social Self from Offer's Self-Image Questionnaire, JaSpoł QSIA) and family relations (Intimacy scale from the Family of Origin Scale, INT FOS) were subjected to *k*-means cluster analysis. The conducted analyses led to the emergence of five clusters which did not correspond to the division into particular clinical diagnoses. All the clusters turned out to differ from one other in the context of the results of their constituent questionnaire scales. Cluster One proved to characterise individuals with self-assessed low severity of eating problems and depression and a favourable image of their social functioning and family relations. The interaction observed in Cluster Five was the opposite. The majority of the patients in Cluster One were diagnosed with restrictive anorexia, while in Cluster Five with bulimia. Cluster Three turned out to be most different from the others. Positive self-image and family relations were accompanied by high

self-assessed severity of eating problems and low depression. The obtained results indicate that the clinical division of eating disorders proposed in ICD and DSM is not the only possible. Other ways of grouping patients may be of interest not only cognitively but may also have some clinical value.

**Key words:** anorexia, bulimia, data mining, *k*-mean cluster analysis, subtyping

## WPROWADZENIE

Z uwagi na powszechnie panujący pogląd o nieadekwatności klinicznej dotychczasowych kryteriów diagnostycznych zaburzeń odżywiania się zawartych w DSM-IV<sup>(1)</sup> zaproponowano istotną ich modyfikację w klasyfikacji DSM-V<sup>(2-4)</sup>. Wprowadzone zmiany [między innymi usunięcie jako obligatoryjnych dwóch kryteriów diagnostycznych anoreksji psychicznej: lęku przed przytęciem oraz utraty miesiączki, a także zmiana liczby epizodów objadania się i zachowań kompensacyjnych koniecznych do rozpoznania bulimii z dwóch w tygodniu na jeden oraz wyodrębnienie jako niezależnej jednostki klinicznej zespołu napadowego objadania się (*binge eating disorders*)], zgodne z oczekiwaniami wielu klinicystów, mają przyczynić się do wzrostu liczby rozpoznań zespołów pełnoobjawowych i ograniczenie niespójnej wewnątrznie kategorii zaburzeń subklinicznych<sup>(5)</sup>. Nadal jednak przyjęte w DSM-V<sup>(2)</sup> rozstrzygnięcia nie mogą być uznane za ostateczne i wzbudzają wątpliwości klinicystów, poszukujących rozwiązań alternatywnych<sup>(4,6)</sup>, również uwzględniających wiek wystąpienia objawów<sup>(7)</sup>.

Zmiany wprowadzone w klasyfikacji DSM-V<sup>(2)</sup> w porównaniu z DSM-IV<sup>(1)</sup> są zgodne z wynikami badań sugerujących podobieństwo między klinicznymi i subklinicznymi jednostkami anoreksji i odrębnie bulimii psychicznej. Nie wszystkie jednak przypadki diagnozowane jako zaburzenia odżywiania nieokreślone w inny sposób (*eating disorder not otherwise specified*, EDNOS) mają obraz kliniczny zbliżony do jednostek pełnoobjawowych<sup>(8)</sup>.

Dane badawcze wspierają również koncepcje mówiące o istotnych różnicach pomiędzy anoreksją restrykcyjną a anoreksją żarłoczno-przeczyszczającą. Podkreśla się też podobieństwo między anoreksją żarłoczno-przeczyszczającą a bulimią psychiczną<sup>(9)</sup>. Podział na subtypy anoreksji psychicznej dokonany w klasyfikacji amerykańskiej nie występuje jednak w klasyfikacji ICD-10<sup>(10)</sup>. Kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania według DSM i ICD nie pokrywają się. Problem ten w kontekście wprowadzenia klasyfikacji DSM-V<sup>(2)</sup>, do czasu opracowania i wprowadzenia ICD-11, staje się szczególnie istotny.

Kryteria diagnostyczne ICD i DSM są mało przydatne w rozpoznawaniu zaburzeń odżywiania się u dzieci i młodzieży<sup>(7)</sup>. Różnice w diagnozach mogą więc wynikać nie z awansowania procesu chorobowego, lecz raczej z niedoskonałości stosowanych kryteriów diagnostycznych. Znaczenie może mieć też większe nasilenie zaprzeczania objawom u tych pacjentów niż u dorosłych<sup>(11)</sup>. Może to skutkować

tym, iż w różnych grupach wiekowych konfrontujemy się ze znaczącymi różnicami w składzie badanych grup w obrębie zaburzeń odżywiania w kontekście ryzyka objawów, ich przebiegu czy potencjalnych czynników ryzyka.

Warto tu też zaznaczyć, że występowanie u jednego pacjenta różnych zaburzeń odżywiania w przebiegu choroby (najrzadsze jest przechodzenie w stronę anoreksji restrykcyjnej z innych grup) dodatkowo komplikuje powyższe rozważania<sup>(9)</sup>.

Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania wykracza również poza kryteria diagnostyczne zawarte w ICD czy DSM. Różnice te dotyczą czasu trwania, dynamiki narastania i nasilenia objawów, ich wzajemnych interakcji oraz obecności innych zaburzeń<sup>(6)</sup>. Pojawia się pytanie o relację pomiędzy obrazem klinicznym a percepcją siebie czy relacji rodzinnych. Zagadnienie to jest istotne nie tylko z perspektywy poznawczej. Różnice te mogą mieć znaczenie rokownicze, zwłaszcza że terapia rodzin i psychoterapia indywidualna stanowią najistotniejsze sposoby leczenia tych zaburzeń<sup>(12)</sup>. W planowaniu postępowania terapeutycznego i reakcjach przeciwp przeniesieniowych terapeutycznego znaczenie ma nie tylko sama diagnoza, ale również inne towarzyszące jej konteksty wpływające na poznawczą i emocjonalną percepcję pacjenta.

## CEL PRACY

Celem pracy jest ocena interakcji zmiennych związanych z samooceną w obrębie nasilenia problemów z odżywianiem, depresyjności, obrazu siebie i relacji rodzinnych oraz powiązania ich z diagnozą kliniczną zaburzeń odżywiania się.

## MATERIAŁ

W analizach statystycznych będących podstawą niniejszej publikacji użyto danych 116 pacjentek z rozpoznaniem któregoś z zaburzeń odżywiania według DSM-IV<sup>(1)</sup>, konsultowanych po raz pierwszy w poradni przyklinicznej Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2002–2004. Diagnozę anoreksji restrykcyjnej (ANR) postawiono u 47 pacjentek, anoreksji żarłoczno-przeczyszczającej u 16 (ANBP), bulimii u 34 (BUL), natomiast zaburzenia odżywiania nieokreślone w inny sposób (EDNOS) stwierdzono u 19 pacjentek, z czego 7 miało objawy subklinicznej anoreksji restrykcyjnej (ANRs), 6 subklinicznej anoreksji żarłoczno-przeczyszczającej (ANBPs) oraz 6 bulimii o cechach subklinicznych (BULs).

## METODYKA

W niniejszym badaniu zdecydowano się na przeprowadzenie analizy skupień wybranych zmiennych w badanej grupie, a następnie porównanie ich z diagnozami klinicznymi. Opis zmiennych zależnych użytych w badaniu znajduje się w tabeli 1, a opis użytych narzędzi w tabeli 2.

Cechy ilościowe przedstawione zostały za pomocą wartości średniej wraz z odchyleniem standardowym oraz wartością minimalną i maksymalną. Dodatkowo podano wartość mediany i dwóch pozostałych kwartyli (Q1 i Q3), jeżeli do analiz zastosowane zostały testy nieparametryczne.

Do porównania cech ilościowych w badanych populacjach wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji, gdy spełnione były jej założenia, w przeciwnym przypadku stosowano nieparametryczny test Kruskala–Wallisa (brak normalności rozkładów w badanych populacjach) lub test Welcha (brak jednorodności wariancji w badanych populacjach). Uzupełnienie analizy wariancji stanowiły testy post-hoc (Tukeya – gdy stosowano testy parametryczne lub Bonferronię – w przypadku testów nieparametrycznych). Testem Shapiro–Wilka oceniano zgodność rozkładów z rozkładem normalnym.

Do oceny związku między dwoma cechami ilościowymi stosowano współczynniki korelacji Pearsona lub Spearmana (brak normalności rozkładów badanych cech).

W badaniu zastosowano metodę  $k$ -średnich z  $\nu$ -krotnym sprawdzianem krzyżowym ( $\nu = 10$ ) w celu przydzielenia obiektów do grup w taki sposób, aby stopień powiązania dwóch obiektów był jak najwyższy, jeżeli należą one do tego samego skupienia, oraz jak najniższy, jeżeli należą do dwóch różnych skupień. Optymalna liczba skupień ( $k$ ) nie została określona a priori, lecz została obliczona na podstawie  $\nu$ -krotnego sprawdzianu krzyżowego.

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics v22 (IBM, New York, USA) oraz Statistica v10 (StatSoft Inc., Tulsa, OK, USA). Wyniki uznawano za statystycznie istotne, jeżeli wartość  $p$  nie przekraczała poziomu istotności  $\alpha = 0,05$ .

**Obecność objawów depresyjnych**

– Kwestionariusz Depresji Becka (BDI)

**Samoocena obecności problemów związanych z jedzeniem**

– Kwestionariusz Postaw wobec Odżywiania (EAT26)

**Obraz siebie**

– Kwestionariusz Obrazu Siebie Offera (QSIA)

**Autonomia i więź w rodzinie pochodzenia**

– Skala rodziny pochodzenia (FOS)

Tabela 1. Zmienne zależne użyte w badaniu

## WYNIKI

Charakterystyka badanych dziewcząt w grupach diagnostycznych zawarta jest w tabeli 3.

Statystycznie istotne różnice wykazano pomiędzy medianą EAT26 w grupie ANR [19 (11,5–36,0)] i BUL [37 (22,75–52,5)]. Zaobserwowano również istotnie różne przeciętne wyniki skali AUT i BLISK kwestionariusza FOS w tych grupach. W obu przypadkach w grupie ANR średnie wartości tych skal były wyższe niż w grupie BUL. Istotne różnice średniego poziomu depresji, mierzonego kwestionariuszem BDI, występowały nie tylko między grupami ANR i BUL, ale również między grupą ANR i ANBP. Najniższy przeciętny poziom depresji zanotowano w grupie ANR. W przypadku kwestionariusza QSIA wykazano występowanie statystycznie istotnych różnic średnich wartości skal JaPsych oraz JaRodz.

Następnie przeprowadzono analizę skupień. Do grupowania obiektów wykorzystano ogólny wynik EAT26, DBI oraz skale FOS i QSIA.

Przed wykonaniem właściwej analizy skupień oceniono zależności pomiędzy cechami w całej grupie zaburzeń odżywiania (tabela 4), tak aby uniknąć wystąpienia zjawiska współliniowości, które w dużym stopniu wpływa na wyniki analizy i mogłoby przyczynić się do błędnego podziału pacjentów na grupy. Wysoki poziom skorelowania można zaobserwować pomiędzy JaPsych a JaSpoł ( $R = 0,640$ ), JaMech ( $R = 0,834$ ) oraz DBI ( $R = -0,719$ ). Niemalże liniowa zależność

Nazwa polska	Kwestionariusz Postaw wobec Odżywiania	Kwestionariusz Depresji Becka	Skala Rodziny Pochodzenia	Kwestionariusz Obrazu Siebie D. Offera
<b>Nazwa oryginalna</b>	Eating Attitude Test	Beck Depression Inventory	Family of Origin Scale	Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents
<b>Skrót</b>	EAT26	BDI	FOS	QSIA
<b>Autorzy</b>	D. Garner i P. Garfinkel <sup>(13)</sup>	A. Beck i wsp. <sup>(16)</sup>	A. Hovestadt i wsp. <sup>(18)</sup>	D. Offer i wsp. <sup>(20)</sup>
<b>Autorzy polskiej wersji</b>	K. Włodarczyk-Bisaga <sup>(14,15)</sup>	T. Parnowski i W. Jernajczyk <sup>(17)</sup>	M. Fajkowska-Stanik <sup>(19)</sup>	W. Badura-Madej i wsp. <sup>(21–23)</sup>
<b>Skale</b>	Nie używane w tym badaniu	Nie używane w tym badaniu	Autonomia (AUT) Intymność (BLISK)	Ja Psychologiczne (JaPsych) Ja Społeczne (JaSpoł) Ja Seksualne (JaSex) Ja Rodzinne (JaRodz) Ja Mechanizmy radzenia sobie (JaMech)
<b>Własności psychometryczne</b>	Alfa Cronbacha dla EAT26 = 0,84; Alfa Chronbacha dla skal 0,65–0,82	Alfa Cronbacha = 0,72	$W = 0,88$ ; Alfa Cronbacha = 0,82; Spearman–Brown = 0,92; Guttman = 0,92	Alfa Cronbacha > 0,77
<b>Wyższy wynik oznacza</b>	Nasilenie problemów z odżywianiem	Nasilenie objawów depresyjnych	Bardziej pozytywny obraz relacji rodzinnych	Bardziej pozytywny obraz siebie

Tabela 2. Własności psychometryczne narzędzi

Diagnoza		ANR (N = 47)	ANBP (N = 16)	BUL (N = 34)	EDNOS (N = 19)	Wartość p
<b>EAT26</b>	Śr. ± odch.	23,87 ± 15,67	37,4 ± 18,54	37,26 ± 18,22	34,21 ± 20,18	ANR-BUL p = 0,011
	Mediana	19	38	37	34	
	Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub>	11,5-36	20-56	22,75-52,5	12-52	
	Min.-maks.	1-60	5-63	5-64	3-65	
<b>BDI</b>	Śr. ± odch.	17,5 ± 10,66	28,86 ± 15,31	28,21 ± 10,8	25,89 ± 15,94	ANR-ANBP p = 0,016 ANR-BUL p = 0,001
	Min.-maks.	0-45	2-49	4-50	0-56	
<b>FOS: AUT</b>	Śr. ± odch. Min.-maks.	68,55 ± 12,64 44-97	64,13 ± 14,08 44-89	58,52 ± 14,97 32-89	62,0 ± 13,70 32-81	ANR-BUL p = 0,011
<b>FOS: BLISK</b>	Śr. ± odch. Min.-maks.	72,41 ± 14,47 39-98	64,75 ± 13,11 43-85	58,27 ± 16,81 23-89	64,74 ± 15,95 27-88	ANR-BUL p = 0,001
<b>QSIA: JaPsych</b>	Śr. ± odch. Min.-maks.	120,93 ± 38,26 54-208	100,13 ± 37,76 57-181	94,59 ± 37,22 20-173	113,47 ± 56,72 44-245	ANR-BUL p = 0,032
<b>QSIA: JaSpoł</b>	Śr. ± odch. Min.-maks.	97,22 ± 25,82 38-143	82,81 ± 17,17 54-109	84,68 ± 24,62 27-125	92,26 ± 30,41 31-152	p = 0,094
<b>QSIA: JaMech</b>	Śr. ± odch. Mediana Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> Min.-maks.	129,98 ± 41,32 127 104-155 43-219	118,88 ± 35,62 114 96,25-128,75 74-212	103,84 ± 38,80 102,5 73,5-140,75 26-190	117,39 ± 53,57 101 77-162,75 30-226	p = 0,050
<b>QSIA: JaSex</b>	Śr. ± odch. Min.-maks.	38,23 ± 18,03 1-73	34,38 ± 12,42 14-62	46,21 ± 20,14 1-77	38,44 ± 21,58 2-75	p = 0,138
<b>QSIA: JaRodz</b>	Śr. ± odch. Min.-maks.	50,67 ± 12,66 22-73	36,69 ± 12,51 5-57	37,5 ± 14,26 3-69	45,63 ± 17,24 16-69	ANR-ANBP p = 0,020 ANR-BUL p < 0,001

Tabela 3. Charakterystyki badanych dziewczyn w grupach

występuje pomiędzy AUT i BLISK badanych pacjentek ( $R = 0,908$ ). Ponadto skale te są silnie dodatnio skorelowane z JaRodz.

W efekcie w analizie skupień uwzględniono takie czynniki, jak: EAT26, BDI, BLISK oraz JaSpoł. Rys. 1 przedstawia wartości średnie tych cech w poszczególnych skupieniach, natomiast pełne charakterystyki zawiera tabela 5. Wszystkie zmienne różnią się istotnie przynajmniej w dwóch skupieniach (tabela 5).

Tabela 6 zawiera analizę krzyżową relacji między diagnozą (z uwzględnieniem poszczególnych typów diagnoz w EDNOS) a wyłonionymi klastrami.

## OMÓWIENIE

Celem niniejszej pracy była ocena związku, jaki zmienne związane z wieloma aspektami oceny siebie oraz percepcji relacji rodzinnych mają z typem diagnozy zaburzeń

	EAT26	BDI	FOS: AUT	FOS: BLISK	QSIA: JaPsych	QSIA: JaSpoł	QSIA: JaMech	QSIA: JaSex
<b>BDI</b>	$R = 0,516$ $p < 0,001$							
<b>FOS: AUT</b>	NS	$R = -0,256^*$ $p = 0,010$						
<b>FOS: BLISK</b>	NS	$R = -0,324^*$ $p = 0,001$	$R = 0,908$ $p < 0,001$					
<b>QSIA: JaPsych</b>	$R = -0,420$ $p < 0,001$	$R = -0,719$ $p < 0,001$	$R = 0,235$ $p = 0,019$	$R = 0,314$ $p = 0,001$				
<b>QSIA: JaSpoł</b>	$R = -0,210$ $p = 0,036$	$R = -0,464^*$ $p < 0,001$	$R = 0,269^*$ $p = 0,007$	$R = 0,279$ $p = 0,005$	$R = 0,640$ $p < 0,001$			
<b>QSIA: JaMech</b>	$R = -0,310$ $p = 0,002$	$R = -0,574^*$ $p < 0,001$	$R = 0,276^*$ $p = 0,005$	$R = 0,322$ $p = 0,001$	$R = 0,834$ $p < 0,001$	$R = 0,804^*$ $p < 0,001$		
<b>QSIA: JaSex</b>	$R = -0,268$ $p = 0,007$	$R = -0,410^*$ $p < 0,001$	NS	NS	$R = 0,472$ $p < 0,001$	$R = 0,516^*$ $p < 0,001$	$R = 0,480^*$ $p < 0,001$	
<b>QSIA: JaRodz</b>	NS	$R = -0,398^*$ $p < 0,001$	$R = 0,684^*$ $p < 0,001$	$R = 0,757$ $p < 0,001$	$R = 0,450$ $p < 0,001$	$R = 0,448^*$ $p < 0,001$	$R = 0,483^*$ $p < 0,001$	NS

\* Wyniki oznaczone gwiazdką oznaczają obliczenia w oparciu o współczynnik Pearsona, pozostałe – w oparciu o współczynnik Spearmana.

Tabela 4. Współczynniki korelacji w całej grupie zaburzeń odżywiania się

odżywiania. Cel ten uzyskany został poprzez analizę skupień możliwych do umieszczenia w modelu wybranych aspektów samooceny i odniesienie uzyskanych wyników do typów diagnoz klinicznych w kategorii zaburzeń odżywiania.

W wyniku przeprowadzonych analiz uzyskano pięć skupień. Okazało się, że wszystkie różniły się pod względem wyników tworzących je skal kwestionariuszowych. Skupienie 1. i skupienie 5. były krańcowo odmienne. Pierwsze skupienie charakteryzuje osoby o niskim w swojej ocenie nasileniu problemów z odżywianiem i depresyjności oraz korzystnym obrazie swojego funkcjonowania psychologicznego oraz relacji rodzinnych w kontekście doświadczenia bliskości. Zależność obserwowana w skupieniu 5. była odwrotna. Przeważająca liczba pacjentek w skupieniu 1. miała diagnozę anoreksji restrykcyjnej (63,3%).

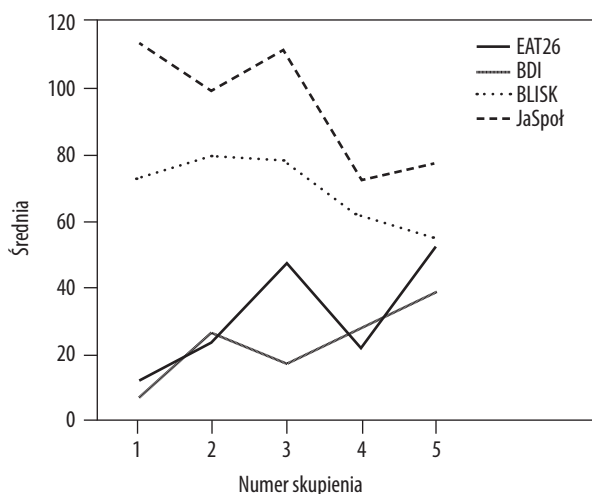
Najwięcej pacjentek z tym rozpoznaniem znalazło się też w skupieniu 1. (33,3%). W skupieniu 5. najwięcej pacjentek miało diagnozę bulimii (48,2%). Najwięcej pacjentek z tym rozpoznaniem znalazło się też w skupieniu 5. (39,4%).

Skupienia 2. i 4. przy zbliżonych wynikach samooceny problemów z odżywianiem i depresyjności różnią się oceną siebie i relacji rodzinnych (ocena w skupieniu 2. okazała się lepsza niż w 4.). Najbardziej odmienne od pozostałych okazało się skupienie 3. Wysokiemu wynikowi w skali JaSpoł, EAT26, BLISK towarzyszy niski wynik depresyjności mierzonej skalą BDI.

Interpretacja otrzymanych wyników wymaga odniesienia ich zarówno do charakteru skal użytych w badaniu, kontekstu klinicznego, jak i wyników innych analiz badanej grupy.

		Skupienie 1. (N = 22)	Skupienie 2. (N = 12)	Skupienie 3. (N = 17)	Skupienie 4. (N = 28)	Skupienie 5. (N = 27)	Wartość p
EAT26	Śr. ± odch.	11,27 ± 7,78	23,67 ± 11,10	46,71 ± 9,39	22,39 ± 9,75	51,41 ± 9,46	s1-s3 p < 0,001
	Mediana Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> Min.-maks.	9,5 5-16,75 1-31	27,5 11,75-33,75 8-38	46 41-52,5 31-65	21 14,25-32,25 5-40	53 42-60 34-64	s1-s5 p < 0,001 s2-s3 p = 0,006 s2-s5 p < 0,001 s3-s4 p < 0,001 s4-s5 p < 0,001
BDI	Śr. ± odch.	6,64 ± 4,82	25,83 ± 3,74	16,41 ± 6,87	26,54 ± 8,69	37,74 ± 7,85	s1-s2 p < 0,001
	Mediana Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> Min.-maks.	5 3-12,25 0-15	26 25-29 16-30	17 11-21,5 6-30	25 21,25-32 9-46	38 32-43 24-56	s1-s4 p < 0,001 s1-s5 p < 0,001 s3-s5 p < 0,001 s4-s5 p = 0,012
FOS: BLISK	Śr. ± odch.	71,82 ± 15,27	78,5 ± 6,95	76,88 ± 15,31	60,11 ± 10,48	54,19 ± 14,53	s1-s4 p = 0,020
	Min.-maks.	39-97	66-89	49-98	36-79	23-80	s1-s5 p < 0,001 s2-s4 p = 0,001 s2-s5 p < 0,001 s3-s4 p = 0,001 s3-s5 p < 0,001
QSI: JaSpoł	Śr. ± odch.	112,18 ± 17,89	98,0 ± 14,31	110,76 ± 19,57	71,75 ± 20,43	76,41 ± 21,29	s1-s4 p < 0,001
	Min.-maks.	71-152	77-120	76-135	27-110	31-118	s1-s5 p < 0,001 s2-s4 p = 0,002 s2-s5 p = 0,015 s3-s4 p < 0,001 s3-s5 p < 0,001

Tabela 5. Charakterystyka opisowa badanych cech w zależności od skupienia



Rys. 1. Średnie wartości badanych cech w zależności od skupienia

Najmniej realistyczne w ocenie siebie i zaprzeczające istotnym aspektom obrazu klinicznego wydają się pacjentki w skupieniu 1. Zaprzeczają one objawom klinicznym, pomimo oczywistości ich występowania (wynik EAT26). Pozytywnie postrzegają doświadczenie intymności w relacjach rodzinnych mimo traumy, jaką zaburzenia odżywiania są dla ich najbliższych (wynik INT FOS). W chwili badania w klinice psychiatrycznej z powodu zaburzeń psychicznych, jakie prezentują, przeżywają siebie jako osoby dobrze radzące sobie, skoncentrowane na sukcesie i powodzeniu życiowym (JaSpoł QSIA). W skupieniu tym obecne mogą być więc wszystkie te pacjentki, które cierpiąc zarówno na anoreksję, jak i bulimię psychiczną, mają zafalszowaną percepcję lub też ich percepcja siebie ma charakter obronny. Jest to zjawisko w grupie zaburzeń odżywiania opisywane jako częste<sup>(24)</sup>. Kluczem do zrozumienia wyników w skupieniu 5. wydaje się najbardziej nasilona w tej grupie pacjentek depresyjność (wynik BDI). Otrzymane wyniki kojarzą się z obrazem klinicznym depresji, w której obniżonemu nastrojowi towarzyszą negatywne poznawcze oceny siebie i istotnych aspektów swojego życia. Możliwa jest też inna zależność. Jej charakteru nie można jednak ocenić w oparciu o tak zaprojektowane badanie. Ciekawe interpretacyjnie

jest skupienie 3. Z perspektywy klinicznej można postawić hipotezę, że jest to grupa o najkorzystniejszej konstelacji w zakresie postrzegania siebie i istotnych relacji. Nasilonym problemom z odżywianiem towarzyszą niska depresyjność, dobry obraz siebie i poczucie bliskości w relacjach rodzinnych. W kontekście wyniku EAT26 trudno jest tym pacjentkom zarzucić nieadekwatność oceny swojego stanu, co uprawdopodobnia wyniki innych skal. Jest to jednak grupa składająca się z przedstawicielek wszystkich grup klinicznych, bez istotnej przewagi którejkolwiek z nich. Zaproponowane wyjaśnienia otrzymanych wyników nie są jedynymi możliwymi. Podstawową wątpliwość interpretacyjną można mieć też w kontekście zastosowanej metody statystycznej. Nie odkrywa ona jakichś ukrytych zależności w badanej grupie, a pozwala jedynie na dokonanie podziału wynikającego z zastosowanych logarytmów obliczeniowych.

Otrzymane skupienia mogą mieć jednak znaczenie nie tylko poznawcze, ale też pewną wartość kliniczną, w tym związaną z rokowaniem. U części pacjentów z grupy BUL, poddanej ponownej ocenie stanu klinicznego po kilku latach od omawianego badania, lepszy obraz siebie w QSIA okazał się korelować z gorszym rokowaniem. Podobną zależność stwierdzono w grupie ANR w kontekście powiązań między pogarszającym się rokowaniem a polepszającym obrazem relacji rodzinnych mierzonym za pomocą FOS. Występowanie nasilonej depresyjności, zarówno w ocenie klinicysty, jak i w samoocenie w oparciu o BDI, okazało się korelować negatywnie z rokowaniem w całej grupie zaburzeń odżywiania<sup>(25)</sup>. Otrzymane wyniki otwierają więc nowe możliwości badawcze. Ciekawe będzie odniesienie uzyskanych skupień do wyników leczenia w badanej grupie.

Badanie wskazuje też, iż analizy odnoszące się tylko do jednego badanego wymiaru – poczucia występowania u siebie problemów z odżywianiem, depresyjności, obrazu siebie czy relacji rodzinnych – mogą prowadzić do niepełnych czy wręcz mylnych interpretacji.

Powyższe analizy przemawiają za tym, iż podział kliniczny zaburzeń odżywiania proponowany w głównych klasyfikacjach diagnostycznych nie jest jedynym możliwym. Inne sposoby porządkowania pacjentów mogą być nie tylko interesujące poznawczo, ale też istotne z perspektywy praktycznej.

Diagnoza \ Klasyfikacja		Skupienie 1. (N = 32)	Skupienie 2. (N = 18)	Skupienie 3. (N = 30)	Skupienie 4. (N = 23)	Skupienie 5. (N = 36)
ANR		14 (33,3%)	7 (16,7%)	8 (19,0%)	11 (26,2%)	2 (4,8%)
ANBP		2 (15,4%)	0 (0,0%)	2 (15,4%)	4 (30,7%)	5 (38,5%)
BUL		2 (6,1%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	10 (30,3%)	13 (39,4%)
EDNOS	ANRs	3 (42,9%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)
	ANBPs	1 (20,0%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)
	BULs	0 (0,0%)	1 (16,67%)	1 (16,67%)	1 (16,67%)	3 (50,0%)

Tabela 6. Zestawienie krzyżowe diagnoz klinicznych z utworzonymi skupieniami

## PIŚMIENNICTWO:

## BIBLIOGRAPHY:

1. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatry Association, Washington DC 1994.
2. APA.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®). American Psychiatric Association, Arlington 2013.
3. Wilfley D.E., Bishop M.E., Wilson G.T., Agras W.S.: Classification of eating disorders: toward DSM-V. *Int. J. Eat. Disord.* 2007; 40 suppl.: S123–S129.
4. Fairburn C.G., Cooper Z.: Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br. J. Psychiatry* 2011; 198: 8–10.
5. Keel P.K., Brown T.A., Holm-Denoma J., Bodell L.P.: Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int. J. Eat. Disord.* 2011; 44: 553–560.
6. Wildes J.E., Marcus M.D.: Alternative methods of classifying eating disorders: models incorporating comorbid psychopathology and associated features. *Clin. Psychol. Rev.* 2013; 33: 383–394.
7. Bravender T., Bryant-Waugh R., Herzog D. i wsp.; Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents: Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2010; 18: 79–89.
8. Thomas J.J., Vartanian L.R., Brownell K.D.: The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol. Bull.* 2009; 135: 407–433.
9. Peat C., Mitchell J.E., Hoek H.W., Wonderlich S.A.: Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2009; 42: 590–594.
10. Pużyński S., Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.
11. Micali N., House J.: Assessment measures for child and adolescent eating disorders: a review. *Child Adolesc. Ment. Health* 2011; 16: 122–127.
12. Fairburn C.G., Harrison P.J.: Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407–416.
13. Garner D.M., Garfinkel P.E.: The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1979; 9: 273–279.
14. Włodarczyk-Bisaga K.: Ocena własności psychometrycznych EAT26 dla populacji dziewcząt nastoletnich. W: Włodarczyk-Bisaga K.: Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się. Nieopublikowana rozprawa doktorska. Warszawa 1992.
15. Włodarczyk-Bisaga K., Dolan B.: A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychol. Med.* 1996; 26: 1021–1032.
16. Beck T., Ward C.H., Mendelson M. i wsp.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
17. Parnowski T., Jernajczyk W.: Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11: 417–421.
18. Hovestadt A.J., Anderson W.T., O’Piercy F.P. i wsp.: A family of origin scale. *J. Marital Fam. Ther.* 1985; 11: 287–297.
19. Fajkowska-Stanik M.: Polska adaptacja Skali Rodziny Pochodzenia Hovestadta, Andersona, O’Piercy’ego, Cochran’a i Fine’a. *Przegl. Psychol.* 1999; 3: 51–67.
20. Offer D., Ostrov E., Howard K.I., Dolan S.: The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents (OSIQ). Fourth Edition. Michael Reese Hospital, Chicago 1989.
21. Badura-Madej W., Ulaścińska R., Wolska M.: Kwestionariusz Daniela Offera „Obraz siebie”. Podręcznik – wersja polska (nieopublikowana), Kraków 1990.
22. Badura-Madej W., Bomba J., Hagman H. i wsp.: Self-image of adolescents and adolescent depression. Comparative study of Finnish and Polish adolescents. 10 Sympozjum Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Współczesne dzieciństwo i adolescencja. Materiały konferencyjne, Kraków 1988.
23. Badura-Madej W.: Raport z resortowego programu naukowo-badawczego: Ocena zależności między obrazem siebie a zaburzeniami psychicznymi u młodzieży i opracowanie technik poprawy diagnostyki zaburzeń psychicznych. 1986–1990. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990.
24. Vandereycken W.: Denial of illness in anorexia nervosa – a conceptual review: part 1. Diagnostic significance and assessment. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2006; 14: 341–351.
25. Pilecki M.W., Józefik B., Solecka D., Cygankiewicz P.: Predictors of eating disorders outcomes in Polish teenage patients. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2014 [w druku].