

Autoreferat

Maciej Wojciech Pilecki

Lekarz medycyny, doktor nauk medycznych, specjalista psychiatrii dorosłych, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, lider grup Balinta International Balint Federation, adiunkt zatrudniony w Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, p.o. kierownika Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM, kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne - z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

- | | |
|------|--|
| 2013 | Certyfikat superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (nr 135), Kraków, Polska |
| 2013 | Certyfikat psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej (nr 28), Kraków, Polska |
| 2007 | Specjalizacja z psychiatrii dzieci i młodzieży (nr 0756/2007.2/5), Łódź, Polska |
| 2006 | Certyfikat Lidera Grup Balinta Międzynarodowego Towarzystwa Balintowskiego (nr 05/2006) |
| 2006 | Certyfikat psychoterapeuty Europejskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego (European Psychotherapy Association), Wiedeń, Austria |

- 2006 Certyfikat psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (nr 412), Kraków, Polska
- 2004 Specjalizacja z psychiatrii (nr 0725/2004.1/27), Łódź, Polska
- 2001 Doktorat z nauk medycznych: „Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się w populacji uczennic klas pierwszych krakowskich szkół ponadpodstawowych”. Promotor: prof. dr hab. Maria Orwid, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska
- 1995 Prawo wykonywania zawodu lekarza (nr 1635724), Kraków, Polska
- 1994 Dyplom ukończenia studiów medycznych na Wydziale Lekarskim w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska
- 1988 Matura w Liceum Ogólnokształcącym im. B. Nowodworskiego, Kraków, Polska

Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/artystycznych

- Pełniący obowiązki Kierownika Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (od października 2011 r.),
- Adiunkt Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (od 2004 r.),
- Asystent Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (od 1999 r. do 2004 r.),
- Wykładowca Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców UJ CM (od 2000 r.),
- Adiunkt (Assistance Professor) Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Queens, Kingston, Ontario, Kanada (od stycznia 2010 r. do października 2012 r.),
- Wykładowca na studiach podyplomowych „Kryzysy psychologiczne i interwencja kryzysowa z zakresu uzależnień” Instytutu Psychologii UJ (od 2007 r. do 2010 r.),

- Wykładowca na studiach dziennych Instytutu Psychologii Stosowanej UJ z zakresu psychopatologii, terapii rodzin, psychoterapii psychodynamicznej (okresowo od 2001 r. do 2013 r.),
- Wykładowca i opiekun prac licencjackich z zakresu podstaw psychiatrii na studiach Nauki o Rodzinie Krakowskiej w Szkole Wyższej im. A. Frycza Modrzewskiego (od 2005 r. do 2009 r.).

Aktywność zawodowa powiązana z działalnością dydaktyczną

- Kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie (od stycznia 2012 r.),
- Kierownik studiów podyplomowych „Podstawy interwencji terapeutycznych w wieku rozwojowym” w Medycznym Centrum Szkolenia Podyplomowego, UJ CM, Kraków (od 2014 roku),
- Asystent Oddziału Klinicznego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie (od 1995 r. do 2011 r.),
- Konsultant Ośrodka Wczesnej Pomocy Psychologicznej w Krakowie (od 1999 r. do 2011 r.),
- Konsultant Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Szpitalu w Łańcucie (od 2006 r. do 2009 r.),
- Lekarz psychiatra, Hotel Dieu Hospital, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario, Kanada (od stycznia 2010 do października 2011),
- Konsultant Ośrodka Socjoterapii „Open Doors”, Smiths Falls, Ontario, Kanada (od stycznia 2010 r. do października 2011 r.).

Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.)

**Zaburzenia odżywiania – czynniki ryzyka, obraz kliniczny,
rokowanie**

1. Pilecki M, Józefik B, Sałapa K. (2012) Disordered eating among mothers of Polish patients with eating disorders. *Medical Science Monitor*, 18(12), 758-764.
2. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. (2013) Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się. *The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders*. *Psychiatria Polska*, 47(3), 385-395.
3. Pilecki MW, Sałapa K, Józefik B. (2013) Factors affecting self-image in patients with a diagnosis of eating disorders on the basis of a cluster analysis. *International Journal of Statistics in Medical Research*, 2, 263-274.
4. Pilecki MW, Józefik B, Solecka D, Cygankiewicz P. (2014) Predictors of eating disorders outcomes in Polish teenage patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 25-35.
5. Pilecki MW, Józefik B, Solecka D, Cygankiewicz P. (2014) Outcome of Polish teenage patients with eating disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 43-52.
6. Pilecki MW, Sałapa K, Józefik B. (2014) Zaburzenia odżywiania — dylematy diagnozy. *Eating disorders – dilemmas of subtyping*. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(2), 77-83.

Omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Cel badania

Prezentowany cykl, będący w moim zamierzeniu podstawą ubiegania się o uzyskanie stopnia naukowego doktora habilitowanego, stanowi wybór sześciu spośród kilkudziesięciu prac i doniesień zjazdowych z obszaru mojego podstawowego zainteresowania naukowego i klinicznego, jakim są zaburzenia odżywiania w okresie rozwojowym. Anoreksja i bulimia psychiczna stanowią wciąż istotne wyzwanie terapeutyczne. Obarczone są one wysokim ryzykiem śmierci i powikłań somatycznych. Psychoterapia i terapia rodzin stanowią zaś podstawowe metody ich leczenia. W terapii zaburzeń odżywiania nieodmiennie konfrontujemy się z koniecznością opartej o relację terapeutyczną próbie zrozumienia i zmiany obsadzonych silnymi emocjami poglądów i przekonań pacjentów. Staramy się też wspierać ich rodziców w trudnym zadaniu pomocy swoim chorującym dzieciom w wewnętrznej rekonsolidacji. Stąd też konieczność ustawicznej refleksji (dotyczącej wymiaru naukowego i praktycznego) nad źródłami, obrazem klinicznym oraz przebiegiem zaburzeń odżywiania.

W opinii zarówno profesjonalistów, jak i laików zaburzenia odżywiania są w Polsce coraz częstsze. Wzrost ich rozpowszechnienia w populacji polskiej, w tym zwłaszcza wśród nastolatków, wiązany jest ze zmianami społeczno-politycznymi po 1989 roku. Pogląd ten w ograniczonym stopniu oparty jest o wiarygodne wyniki badań populacyjnych czy rekordów medycznych. Brak badań populacyjnych w tym względzie przed 1989 rokiem utrudnia jakiegokolwiek porównywanie i wnioskowanie. Jest to zagadnienie istotne, gdyż udowodnienie i prześledzenie związku między rozwojem anoreksji i bulimii psychicznej a kulturą, poza znaczeniem naukowym, dostarczyć może danych przydatnych w terapii i profilaktyce tych zaburzeń. W krajach niegdyś nazywanych Europą Zachodnią, problemy z jedzeniem rodziców, w tym zwłaszcza matek, są jednym z istotnych czynników ryzyka rozwoju problemów w odżywiania u dzieci. Pojawia się pytanie, czy w związku z prawdopodobnym niskim rozpowszechnieniem zaburzeń odżywiania i problemów z odżywianiem w polskiej populacji przed 1989 rokiem jest to czynnik istotny również wśród polskich

nastoletnich pacjentek cierpiących na zaburzenia odżywiania w okresie transformacji ustrojowej. Zagadnieniu temu poświęcony jest pierwszy tekst cyklu.

Od pierwszych psychoanalitycznych opisów zaburzeń odżywiania, interakcja między wewnętrznym światem chorującej osoby a realnością jej relacji rodzinnych, traktowana jest jako istotny czynnik rozwoju, przebiegu i rokowania tych zaburzeń.

Zagadnienia te wzbudzają wiele kontrowersji, stanowiąc często obszar zainteresowania klinicystów i naukowców. Jedno z najciekawszych pytań w tym względzie dotyczy czynników wpływających na postrzeganie siebie i relacji rodzinnych przez pacjentki z diagnozą zaburzeń odżywiania. Zadając za pośrednictwem ankiety osobie cierpiącej na anoreksję lub bulimię psychiczną pytanie o jej uczucia i myśli o sobie i relacjach z innymi, jakie informacje w istocie otrzymujemy? Jakie czynniki wpływają na ocenę tych istotnych aspektów? Czy wpływ ten jest podobny u wszystkich pacjentów? Czy znaczenie ma tu jedynie podtyp diagnozy?

Inna istotna trudność związana jest z wątpliwościami co do możliwości dokonania introspekcji przez osoby z diagnozą zaburzeń odżywiania.

Pomimo metodologicznych trudności, studia nad postrzeganiem siebie pacjentów z diagnozą zaburzeń odżywiania pozwolić mogą nie tylko na dokładniejszy opis ich obrazu psychopatologicznego, ale też na prowadzenie efektywnych oddziaływań prewencyjnych oraz modyfikację metod leczenia.

Tekst drugi cyklu opisuje związek obrazu relacji rodzinnych z depresyjnością pacjentek cierpiących na zaburzenia odżywiania.

W trzecim tekście przedmiotem analiz w kontekście powyższych zagadnień jest ich obraz siebie.

Zaburzenia odżywiania, pomimo postępu w opiece klinicznej, nadal obarczone są istotnym ryzykiem śmierci i chronicznych konsekwencji zdrowotnych. Schematy leczenia obu zaburzeń (anoreksji i bulimii) są w Polsce nadal opracowywane i doskonalone, różniąc się istotnie między ośrodkami klinicznymi. Ważnym zagadnieniem jest dostosowanie oferty terapeutycznej do konkretnych cierpiących na zaburzenia odżywiania osób już od pierwszych chwil kontaktu z instytucją leczącą. Stąd też fundamentalne pytanie o rokowanie w zaburzeniach odżywiania oraz czynniki mające na nie wpływ.

Problemom tym poświęcone są kolejne dwa teksty cyklu.

Inna ważna kwestia związana jest z kryteriami diagnostycznymi zaburzeń odżywiania. Podlegają one w kolejnych klasyfikacjach nozologicznych istotnym zmianom. W literaturze przedmiotu można spotkać się z propozycjami alternatywnymi do ICD i DSM. Pojawia się pytanie jaki podział tych zaburzeń uznać można z perspektywy praktycznej za najślusniejszy? Jaki podział zaburzeń odżywiania pozwolić może na najefektywniejsze projektowanie oddziaływań terapeutycznych? Czy pokrywa się on z propozycjami zawartymi w ICD lub DSM? Jakie znaczenie ma w tym względzie obraz siebie, postrzeganie własnych objawów czy relacji, w których się pozostaje?

Problem ten analizowany jest w szóstym tekście cyklu.

Podmiotem wszystkich analiz prezentowanych w cyklu jest ta sama grupa 112 pacjentek (i ich rodziców) konsultowanych (w przeważającej mierze przeze mnie osobiście) w Poradni Przyklinicznej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2002–2004, a następnie częściowo rekonsultowanych w latach 2011–2012. U pacjentek tych rozpoznano któreś z zaburzeń odżywiania się, według DSM-IV. Grupę kontrolną stanowiło 36 dziewcząt z diagnozą z obszaru zaburzeń depresyjnych według DSM-IV oraz 85 uczennic szkół krakowskich, dobranych według wieku. Również w wypadku grup kontrolnych badaniem objęto rodziców dziewcząt.

W analizach dotyczących rokowania oparto się na ocenie stanu klinicznego wspomnianych powyżej pacjentek z diagnozą zaburzeń odżywiania prowadzonej w latach 2011–2012.

Opisy poszczególnych użytych narzędzi znajdują się w tekstach cyklu lub zawartych w nich odnośnikach do innych pozycji bibliograficznych. Poniżej przedstawione zostało jedynie syntetyczne zestawienie ich najważniejszych własności psychometrycznych (Tab. 1).

Tab. 1 Narzędzia badawcze użyte w cyklu					
Nazwa polska	Kwestionariusz postaw wobec odżywiania	Kwestionariusz z depresji Becka	Skala rodziny pochodzenia	Kwestionariusz oceny rodziny	Kwestionariusz obrazu siebie D. Offera
Nazwa oryginalna	The Eating Attitude Test	Beck Depression Inventory	Family of Origin Scale	Family Assessment Measure III	Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents
Skrót	EAT26	BDI	FOS/SRP	FAM/KOR	QSIA
Autorzy	D. Garner i P. Garfinkel	A. Beck i wsp.	A. Hovestadt i wsp.	P. D. Steinhauer, J. Santa Barbara, J. H. A. Skinner	D. Offer i wsp.
Autorzy polskiej wersji	K. Włodarczyk-Bisaga	T. Parnowski, W. Jernajczyk	M. Fajkowska-Stanik	A. Beauvale, B. de Barbaro, I. Namysłowska, M. Furgał (na podstawie wersji niemieckiej M. Cierpki, G. Freverta.	W. Badura-Madej i wsp. A. Beauvale
Skale użyte w badaniach	Odchudzanie (Odch) Presja (Pres) Troska (Tros) Dieta (Diet) Wymioty (Wym)	Nie używane w tym badaniu	Autonomia (AUT) Intymność (BLISK)	Wypełnianie zadań (WZ) Pełnienie ról (PR) Komunikacja (KOM) Emocjonalność (E), Zaangażowanie uczuciowe (ZU) Kontrola (K) Wartości i normy (WN). Skala ogólna (OGÓL).	<u>Ja psychologiczne</u> (JaPsych) Kontrola impulsów Ton emocjonalny Obraz ciała <u>Ja społeczne</u> (JaSpoł) Stosunki społeczne Morale Cele edukacyjne i zawodowe <u>Ja Seksualne</u> (JaSex) Postawy seksualne <u>Ja Rodzinne</u> (JaRodz) Relacje rodzinne <u>Ja mechanizmy radzenia sobie</u> (JaMech) Kontrola (świata zewnętrznego) Zdrowie emocjonalne Przystosowanie wyższe
Własności psychometryczne	Alfa Cronbacha dla EAT26 = 0,84 Alfa Chronbacha dla skal pomiędzy 0,65 — 0,82	Alfa Cronbacha = 0,72	W = 0,88, Alfa Cronbacha = 0,82, Spearman-Brown = 0,92, Guttman = 0,92	Alfa Cronbacha > 0,50	Alfa Cronbacha > 0,77
Wyższy wynik oznacza:	nasilenie problemów z odżywianiem	nasilenie objawów depresyjnych	bardziej pozytywny obraz relacji rodzinnych	mniej pozytywny obraz relacji rodzinnych	bardziej pozytywny obraz siebie (wyniki standaryzowane)

Omówienie wyników

Problem **czynników ryzyka, obrazu klinicznego i rokowania w zaburzeniach odżywiania** omówiony jest z punktu widzenia kilku uzupełniających się perspektyw. Prezentowany w tekstach materiał jest też szerszy niż tylko odnoszący się do przedstawionych wyżej obszarów badawczych. Kolejne teksty ilustrują nie tylko następujące po sobie kroki w analizie materiału, ale też zmiany w podejściu do opisywanych zagadnień. Stanowią one też pewien wycinek szerszej całości analiz prowadzonych przez członków całego zespołu badawczego. Nowe pytania badawcze i kierunki analiz wynikają z otrzymanych już odpowiedzi a zmiany podejść metodologicznych inspirowane są uwagami i oczekiwaniami kolejnych recenzentów publikowanych prac.

Poniżej zaprezentowane są szczegółowe omówienia wyników i ich znaczenie w kolejnych zawartych w cyklu pracach.

Pilecki M, Józefik B, Sałapa K. (2012) Disordered eating among mothers of Polish patients with eating disorders. Medical Science Monitor, 18 (12), 758-764.

Celem pierwszego zawartego w cyklu badania była ocena postaw wobec odżywiania się u matek dziewcząt z rozpoznaniem różnych typów zaburzeń odżywiania w porównaniu z matkami dziewcząt depresyjnych oraz ich związku z wynikami córek. Analizy prowadzone były w grupach z poszczególnymi typami diagnoz: anoreksji restrykcyjnej (ANR), anoreksji żarłoczno-przeczystczającej (ANBP), bulimii (BUL) oraz z diagnozą któregoś z zaburzeń depresyjnych według DSM-IV (DEP).

Analizami objęto 68 córek oraz ich matek. Do badania posłużono się Kwestionariuszem postaw wobec odżywiania (EAT26) wypełnianym niezależnie przez matki i przez pacjentki. Pomiedzy grupami klinicznymi nie było istotnych różnic dotyczących wieku matek. Pomiedzy matkami brak było różnic w wykształceniu.

W grupie matek dziewcząt z rozpoznaniem któregoś z zaburzeń odżywiania ani jedna matka nie otrzymała wyniku wyższego niż 19 punktów, świadczącego o znaczącym nasileniu problemów z odżywianiem i ryzyku zaburzeń odżywiania. W grupie matek dziewcząt depresyjnych wynik taki otrzymały dwie matki. Średnie wyników matek okazały się znacząco niższe od wyników z polskich badań

populacyjnych oraz od wyników ich córek. Brak było istotnych statystycznie różnic między wynikami matek dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania oraz matkami dziewcząt depresyjnych.

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że w latach, kiedy prowadzone było badanie, w polskim kontekście kulturowym matki pacjentek z rozpoznanymi zaburzeniami odżywiania nie różniły się od matek pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi pod względem poziomu wykształcenia oraz nasilenia zaburzonych postaw wobec odżywiania, badanych testem EAT26.

Otrzymane wyniki są argumentem za ograniczonym znaczeniem postaw wobec odżywiania matek jako czynnika ryzyka bądź czynnika podtrzymującego w zaburzeniach odżywiania. Sytuacja różni się od tej w krajach zachodnich, w których problem nasilony jest od dawna. Uzyskane wyniki każą zadać pytanie o odmienną dróg rozwoju zaburzeń odżywiania w różnych kulturach i krajach.

Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. (2012) Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się. *Correlations between the assessment of family relationships and depression in girls with different types of eating disorders. Psychiatria Polska, 47(3), 385-395.*

Celem drugiego prezentowanego badania była analiza związku objawów depresyjnych z percepcją relacji rodzinnych w grupie pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania. W analizie oparto się na tym samym podziale grupy zaburzeń odżywiania, co w poprzednim tekście. Badaniem objęte zostało 112 dziewcząt. Grupę kontrolną stanowiło 85 uczennic szkół krakowskich dobranych wg wieku oraz 36 dziewcząt z diagnozą depresji.

W badaniu oparto się na analizie interakcji między poczuciem obecności objawów depresyjnych mierzonych Kwestionariuszem Depresji Becka (BDI) a badającym postrzeganie relacji rodzinnych Kwestionariuszem oceny rodziny (FAM/KOR).

Z analizy korelacji między BDI a FAM/KOR wynika, iż w grupie kontrolnej uczennic narastanie depresyjności w ocenie badanych powiązane jest z negatywną oceną relacji rodzinnych. Zależność ta obserwowana była w 10 na 12 skal FAM/KOR.

Podobna zależność, choć występująca w mniejszej ilości wymiarów, obserwowana była wśród dziewcząt depresyjnych oraz tych z rozpoznaniem bulimii (6 skal) a jedynie w 2 skalach w grupie anoreksji żarłoczno-przecyzyszczającej. Zależności tych nie zaobserwowano w grupie anoreksji restrykcyjnej.

Otrzymane wyniki wskazują na istotne różnice między grupami zaburzeń odżywiania w odniesieniu do zależności między obrazem relacji rodzinnych a depresyjnością. Każą podnieść też kwestię znaczenia leczenia depresji w przebiegu terapii, w tym terapii rodzinnej zaburzeń odżywiania.

Pilecki MW, Sałapa K, Józefik B. (2013) Factors affecting self-image in patients with a diagnosis of eating disorders on the basis of a cluster analysis. International Journal of Statistics in Medical Research, 2, 263-274.

Celem trzeciego prezentowanego w cyklu doniesienia była analiza, której punktem wyjścia stała się nie diagnoza kliniczna, ale obraz siebie pacjentek mierzony Kwestionariuszem obrazu siebie D. Offerera (QSIA). Prowadzone analizy miały umożliwić odpowiedź na pytanie, czy różnice w obrazie siebie pokrywają się z różnicami typów diagnoz zaburzeń odżywiania według DSM-IV. Dodatkowym celem analiz była ocena czynników wpływających na różnice w obrazie siebie.

W badaniu oparto się na innym niż wcześniej podziale grupy. Wszystkie osoby (w tym również 4 z objawami depresyjnymi) z objawami subklinicznymi zaburzeń odżywiania włączone zostały do oddzielnej kategorii: zaburzeń odżywiania nie zdefiniowanych inaczej (EDNOS). Badaniem objętych zostało zatem 116 pacjentek. Nie spowodowało to jednak znaczących różnic obrazu siebie między grupami klinicznymi w porównaniu z pierwszym omawianym tekstem.

W obliczeniach użyto 10 wymiarów obrazu siebie QSIA. Jako mogące wpływać na różnice w obrazie siebie uznano obiektywne nasilenie objawów klinicznych, obecność objawów depresyjnych (BDI) oraz problemów z odżywianiem się (EAT26) w ocenie badanych.

Jako podstawową analizę w badaniu zastosowano uogólnioną metodę skupień, uwzględniającą sprawdzian krzyżowy. Wyniki QSIA stanowiły dane wejściowe do badania.

Otrzymano trzy skupienia w znaczący sposób różniące się obrazem siebie. W skupieniu pierwszym, o najlepszym obrazie siebie, przeważały pacjentki z grupy z objawami subklinicznymi oraz część pacjentek z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej. W drugim skupieniu, o średnim obrazie siebie, najwięcej było pacjentek z grupy anoreksji restrykcyjnej. W grupie o najgorszym obrazie siebie przeważały pacjentki z grupy bulimicznej i anoreksji żarłoczno-przecyzyszczającej. Jediną zmienną, która okazała się w istotny sposób różnicować między sobą skupienia okazało się poczucie obecności objawów depresyjnych mierzone BDI.

Otrzymane wyniki potwierdziły znaczenie depresyjności mierzonej BDI jako czynnika w istotny sposób powiązanego z obrazem siebie. Uwidocznily one też konsekwencje badawcze włączania do grup klinicznych osób o mniej nasilonej psychopatologii związanej z odżywianiem się. Wskazały też na możliwość odmiennego od diagnoz klinicznych podziału grupy zaburzeń odżywiania w oparciu o obraz siebie.

Pilecki MW, Józefik B, Solecka D, Cygankiewicz P. (2014) Outcome of Polish teenage patients with eating disorders. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3, 43-52.

Pilecki MW, Józefik B, Solecka D, Cygankiewicz P. (2014) Predictors of eating disorders outcomes in Polish teenage patients. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3, 25-35.

Dwa kolejne doniesienia zostały omówione łącznie z uwagi na ich merytoryczne i treściowe powiązanie; celem pierwszego była ocena rokowania w zaburzeniach odżywiania, celem zaś drugiego — analiza czynników wpływających na rokowanie w tych zaburzeniach.

Pacjentki opisane w 3 pierwszych publikacjach zostały poddane ponownemu badaniu po 6.72 latach (SD 0,99 lat, min. 4,58 lat, max. 8,81 lat). Badaniem udało się objąć 47 z nich.

Całe badanie katamnestyczne przeprowadzone zostało w latach 2009–2010. Składało się ono z części kwestionariuszowej i wywiadu, który dotyczył historii leczenia, obecnych objawów i obecnej sytuacji życiowej badanych.

Na podstawie kwestionariusza oraz ankiet zdecydowano o przyporządkowaniu zbadanych pacjentek do 4 kategorii rokowania (KAT).

- Remisji (REM) (rokowanie bardzo dobre) – w której pacjentki w okresie ostatnich 3 miesięcy nie prezentowały żadnych objawów zaburzeń odżywiania się według DSM-IV zarówno w wymiarze somatycznym, jak i poznawczym.
- Zaburzone postawy wobec odżywiania (DISEAT) (rokowanie dobre) – badane prezentowały dyskomfort związany z jedzeniem, lecz nie miały somatycznych objawów zaburzeń odżywiania się w okresie ostatnich trzech miesięcy.
- Zaburzenia odżywiania niezdefiniowane inaczej (EDNOS) (rokowanie średnie) – badane prezentowały niepełnoobjawowe zaburzenia odżywiania się w okresie ostatnich 3 miesięcy według DSM-IV.
- Grupa kliniczna (KLIN) (złe rokowanie) – badane prezentowały pełnoobjawowe zaburzenia odżywiania w okresie ostatnich 3 miesięcy według DSM-IV.

Brak jakichkolwiek objawów został zaobserwowany u 55% byłych pacjentek z objawami restrykcyjnej anoreksji psychicznej oraz u 27,3% byłych pacjentek z grupy z objawami bulimicznymi. Pełnoobjawowe zaburzenia obserwowane były u 10% byłych pacjentek z objawami anoreksji restrykcyjnej oraz 36,4% z byłej grupy z bulimią. Zarówno w grupie z objawami anoreksji restrykcyjnej, jak i bulimii, dłuższy czas katamnezy okazał się korelować ujemnie z rokowaniem.

W drugim tekście analizie poddany został związek KAT z szeregiem zmiennych obrazu klinicznego, socjodemograficznych, postrzegania siebie oraz opisujących relacje rodzinne, zgromadzonych podczas badania w latach 2002–2004.

Badania przeprowadzone zostały w kilku grupach, uwzględniających różne podziały zaburzeń odżywiania. Prowadzone były one w taki sposób, aby różne proporcje w grupach rokowania nie miały wpływu na wyniki w podziałach uwzględniających specyfikę objawową zaburzeń.

Czynnikami, które okazały się istotnie oddziaływać na rokowanie pacjentek w całej grupie zaburzeń odżywiania były: wiek rodziców (im młodszy rodzic, tym gorsze rokowanie) oraz występowanie objawów depresyjnych zarówno w poczuciu badanych (BDI), jak i diagnozie klinicysty. Niektóre z aspektów obrazu siebie mierzonego QSIA w grupie pacjentek bulimicznych okazały się ujemnie korelować z rokowaniem. W grupie

z objawami anoreksji restrykcyjnej gorsze rokowanie wiązało się z lepszym postrzeganiem wielu aspektów autonomii i bliskości w rodzinach mierzonych SRP/FOS.

Badanie dostarczyło wyników zgodnych z wieloma obserwacjami z innych krajów i kultur.

Otrzymane wyniki w kontekście częstości remisji są w grupie anoreksji restrykcyjnej dość optymistyczne. W wypadku bulimii remisja okazała się rzadsza niż można było się spodziewać na podstawie przeglądu literatury.

Na rokowanie w zaburzeniach odżywiania wpływ okazały się mieć czynniki związane zarówno z obrazem klinicznym, obiektywną sytuacją rodzinną, obrazem siebie jak i postrzeganiem relacji rodzinnych pacjentek. Kluczowe okazało się zarówno nasilenie objawów, jak i ich charakter, w tym zwłaszcza obecność, bądź brak objawów depresyjnych zarówno w ocenie pacjentek jak i stwierdzonych przez klinicystę.

Wyniki niniejszej analizy wydawać mogą się w części dotyczącej powiązania postrzegania siebie z rokowaniem paradoksalne. Konfrontują one nas jednak z pytaniem o to, czym w istocie w zaburzeniach odżywiania jest postrzeganie siebie? Realną oceną, czy też wynikiem stosowanych mechanizmów obronnych ukrywających nieświadomą prawdę o postrzeganiu i przeżywaniu siebie i istotnych relacji życiowych?

Istotną wartością obu prac była możliwość odniesienia się do rezultatów uzyskanych w prospektywnym projekcie badawczym. W literaturze mamy stosunkowo niewiele badań o tym charakterze.

Pilecki MW, Sałapa K, Józefik B. (2014) Zaburzenia odżywiania? - dylematy diagnozy. *Eating disorders - dilemmas of subtyping*. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2, 77-83.

Celem ostatniego prezentowanego w cyklu badania było przedstawienie dylematów dotyczących diagnozy zaburzeń odżywiania na przykładzie alternatywnego do kryteriów klinicznych podziału grupy dziewcząt z diagnozą tych zaburzeń uwzględniającego wyniki kwestionariuszy typu self-report.

Wybór metody badawczej wynikał z wniosków wyciągniętych z wcześniejszych analiz materiału klinicznego, wskazujących na znaczenie związku pomiędzy różnymi aspektami postrzegania siebie nie tylko w kontekście obrazu klinicznego, ale też

rokowania. Oparto się tu na analizie skupień metodą k-średnich. Analizami objętych zostało 116 dziewcząt z badanej w latach 2002–2004 grupy z diagnozą któregoś z zaburzeń odżywiania. Z uwagi na charakter prowadzonych analiz w badaniu nie uwzględniono żadnej grupy kontrolnej.

Uwzględniono takie zmienne jak: poczucie obecności objawów depresyjnych (BDI), poczucie obecności problemów z odżywianiem się (EAT26), obraz siebie w obrębie relacji społecznych (JaSpoł QSIA) i postrzeganie intymności w relacjach rodzinnych (INT FOS/SRP). Wyboru skal dokonano poprzez ocenę zależności pomiędzy skalami w całej grupie zaburzeń odżywiania się, tak, aby uniknąć wystąpienia zjawiska współliniowości.

Przeprowadzone analizy doprowadziły do wyłonienia 5 skupień nie pokrywających się z podziałem na poszczególne diagnozy kliniczne. Wszystkie skupienia różniły się między sobą wynikami tworzących je skal kwestionariuszowych. Pierwsze skupienie charakteryzowało osoby o niskim w swojej ocenie nasileniu występowania problemów z odżywianiem się i depresyjności oraz korzystnym obrazem swojego funkcjonowania psychicznego i relacji rodzinnych. Zależność obserwowana w skupieniu piątym była odwrotna. Przeważająca ilość pacjentek w skupieniu pierwszym miała diagnozę anoreksji restrykcyjnej, w skupieniu piątym — bulimii. Skupienia drugie i czwarte okazały się być podobne do siebie pod względem umiarkowanego nasilenia objawów depresyjnych mierzonych BDI i problemów z odżywianiem mierzonych EAT26 i odmienne pod względem obrazu siebie i relacji rodzinnych. W skupieniu trzecim pozytywnemu obrazowi siebie, relacji rodzinnych w badanych obszarach towarzyszyło duże nasilenie występowania problemów z odżywianiem się i niskie depresyjności w ocenie badanych.

Otrzymane wyniki wskazują, iż podział kliniczny zaburzeń odżywiania proponowany w ICD i DSM nie jest jedynym możliwym. Sugerują też, iż analizy odnoszące się jedynie do jednego z badanych wymiarów, tj. poczucia posiadania problemów z odżywianiem, objawów depresyjnych, obrazu siebie, postrzegania relacji rodzinnych, mogą prowadzić do niepełnych, czy wręcz mylnych interpretacji.

Opisane we wspomnianym doniesieniu wyniki otwierają nowe możliwości badawcze. W kolejnych etapach analizy istotne będzie odniesienie uzyskanych skupień do wyników leczenia w badanej grupie. Porównaniu podlegać mogą tu nie tylko wyniki pacjentek, ale też rodziców, także w kontekście transgeneracyjnym.

Znaczenie i wykorzystanie badań

Niniejszy projekt badawczy w chwili jego inicjowania był jedną z pierwszych w Polsce prób analizy szerszego kontekstu obrazu klinicznego zaburzeń odżywiania. Jego wartość polega na zaplanowanym i ustrukturyzowanym zbadaniu obrazu klinicznego, funkcjonowania psycho-społecznego pacjentek i ich kontekstu rodzinnego, a następnie prowadzeniu ewaluacji ich stanu klinicznego i funkcjonowania psychospołecznego w kilka lat po zakończeniu leczenia. Projekt nie jest zakończony. Stwarza możliwość zarówno kontynuacji analiz posiadanego materiału, jak i badań prospektywnych.

Teksty włączone do cyklu dotyczą większości zagadnień istotnych w kontekście psycho-społecznym zaburzeń odżywiania. Otrzymane wyniki układają się w spójną, choć złożoną całość. Wskazując na kluczowe znaczenie depresyjności w zaburzeniach odżywiania, podważają jednocześnie proste wnioskowanie w tym względzie. Dowodzą też fundamentalnego znaczenia, jakie mieć może będący wstępem do każdego projektu badawczego podział populacji badanej. Istotnym, wnikającym wszelkie wnioskowanie czynnikiem, staje się wiarygodność postrzegania siebie badanych dziewcząt. Uzyskane wyniki kładą przed nami pytanie o zasadność zawartego w klasyfikacjach ICD i DSM sposobu konceptualizacji diagnoz typów zaburzeń odżywiania.

Otrzymane rezultaty mają znaczenie nie tylko poznawcze, ale też kliniczne. Wskazują na specyficzny polski kulturowy kontekst zaburzeń odżywiania. Sugerują, by w analizach tła rodzinnego pacjentek z anoreksją i bulimią psychiczną porzucić prostą zależność zakładającą liniowy wpływ postaw rodziców na patologię żywieniową dzieci. Rokowanie w anoreksji i bulimii psychicznej zależne jest od subtelnych aspektów przeżywania siebie już w chwili pierwszego kontaktu z instytucją leczącą. Uzyskane wyniki przemawiają za koniecznością zwracania uwagi w planowanym leczeniu nie tylko na obraz kliniczny, ale też na inne aspekty, w tym związane z postrzeganiem siebie pacjentów. Wskazują też na konieczność stosowania odmiennego podejścia klinicznego w leczeniu anoreksji restrykcyjnej, anoreksji żarłoczno-przecyzyszczającej oraz bulimii.

Klinicysta zadający nastoletniej pacjentce z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania pytania odnoszące się do szerokiego spektrum jej przeżywania siebie i istotnych relacji, w których pozostaje, powinien — w świetle otrzymanych wyników — zdawać sobie sprawę, iż udzielona odpowiedź podlegać może wpływom różnych, istotnych klinicznie

czynników. Z jednej strony może być ona poznawczym wyrazem depresji, z drugiej strony wynikać może z systemu obron i zaprzeczeń skrywających bardziej realny i mniej optymistyczny obraz siebie. Uwaga terapeuty może pozwolić na bardziej efektywny wybór metody terapeutycznej, farmakoterapii, czy formy leczenia. Dalszym krokiem może być próba szacowania potencjalnej skuteczności leczenia na podstawie nie tylko obrazu klinicznego, ale też aspektów postrzegania siebie.

Prezentowane badania mają szereg ograniczeń metodologicznych. Podstawowym jest mała liczebność grupy, zwłaszcza w badaniu katamnesticznym. Warto jednak podkreślić, że mimo niewielkiej liczebności grup uzyskano wysokie wyniki analizy mocy testów, co wskazuje na poprawność użytych analiz statystycznych. Istotnym dylematem, który pojawił się w trakcie prowadzenia analiz, był podział grupy badanej. Zabieg polegający na włączaniu osób z objawami subklinicznymi do poszczególnych grup klinicznych jest dyskusyjny, choć zgodny z najnowszymi trendami klasyfikacyjnymi. Każde z przyjętych w tym względzie rozwiązań ma swoje ograniczenia i korzyści i ma wpływ na otrzymane wyniki. Największą trudność sprawiała w tym względzie grupa 4 pacjentek z nasilonymi objawami depresyjnymi i nieznacznie nasilonymi objawami subklinicznymi bulimii. W zależności od charakteru prowadzonej analizy była włączona lub eliminowana z grupy zaburzeń odżywiania. W początkowych pracach korzystaliśmy z grupy kontrolnej pacjentek z diagnozą zaburzeń depresyjnych. Założono, iż jeśli wystąpią różnice między grupami z zaburzeniami odżywiania a grupą kontrolną z zaburzeniami depresyjnymi, będzie to świadczyło o specyfice obserwowanej zależności dla zaburzeń odżywiania. Uzyskane wyniki kwestionariusza EAT26 wskazujące na znaczne nasilenie problemów z odżywianiem w tej grupie spowodowały jej wyeliminowanie z kolejnych analiz. Nie obniża to znaczenia wyników różnych w grupie depresyjnej i grupach zaburzeń odżywiania, w tym zwłaszcza bulimii i anoreksji żarłoczno-przeczystycznej. Z drugiej strony utrudnia wnioskowanie w obrębie stwierdzonych podobieństw. Z tego samego powodu w jednej z analiz z grupy uczennic wyeliminowanych zostało kilka dziewcząt o wysokich wynikach EAT26. Pojawiające się wątpliwości co do adekwatności postrzegania siebie osób z zaburzeniami odżywiania oraz stwierdzone odmienne związki między różnymi skalami w badanej grupie doprowadziły do decyzji o prowadzeniu analiz jedynie w grupie zaburzeń odżywiania. W trzecim tekście oparto się na skalach QSIA odnoszących się do opisu siebie w 10 wymiarach. W tekście szóstym użyto pięciu wymiarów o

charakterze zbiorczym. Decyzja ta podyktowana była stosowanymi procedurami statystycznymi zakładającymi konieczność redukcji ilości zmiennych. Zabiegi te utrudniają proste porównywanie wyników poszczególnych prac.

Badanie, odnosząc się do diagnoz klinicznych, nie brało pod uwagę dynamiki zmian w poszczególnych podgrupach. Największe wątpliwości w tym względzie można mieć w kontekście grupy z objawami subklinicznymi i anoreksji żarłoczno-przechyszczającej. W wypadku tej ostatniej, wyniki umieszczające ją pomiędzy grupą anoreksji restrykcyjnej i bulimią mogą być rezultatem nie statycznego obrazu klinicznego, ale dynamiki przebiegu, bowiem część pacjentek mając objawy bulimiczne chudnie, a część, mając niską wagę, przestaje być restrykcyjna. Wątpliwości można mieć też do użytych w badaniu narzędzi. Przechodziły one różne drogi standaryzacyjne. Stąd też decyzja, by w większości z niniejszych analiz używać jedynie wyników skal ciągłych, nie analizując wyników w odniesieniu do punktów odcięcia sugerujących odmienne jakościowo nasilenia badanych cech.

Dylematy te obrazują zmiany w podejściu do materiału klinicznego, będące wyrazem dążenia do jak największej rzetelności i klarowności otrzymanych wyników.

Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

Moje zainteresowania i osiągnięcia naukowe koncentrują się wokół kilku obszarów tematycznych.

Podstawowy i najważniejszy kontynuowany przeze mnie wątek badawczy, będący w części podstawą ubiegania się o stopień doktora habilitowanego związany jest z moimi szerszymi zainteresowaniami **kontekstem psychospołecznym w zaburzeniach odżywiania** i zaburzonym odżywianiu.

Początkowo w swoich badaniach skupiałem się na populacji nieleczonej. Zagadnienia te były przedmiotem mojej rozprawy doktorskiej pod tytułem: „Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się w populacji klas pierwszych krakowskich szkół ponadpodstawowych”, napisanej pod opieką prof. dr hab. Marii Orwid. Zasadniczym celem projektu była ocena rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się. Była to druga tego typu praca naukowa w Polsce. Poszukiwałem również czynników

psychospołecznych towarzyszących zaburzonemu odżywianiu i zaburzeniom odżywiania w badanej populacji. Na potrzeby tego projektu, wraz z prof. dr hab. Barbarą Józefik, opracowaliśmy pierwszą wersję kwestionariusza służącego ocenie kontekstu kulturowego w zaburzeniach odżywiania (Kwestionariusz kulturowy). W badaniu tym użyłem również po raz pierwszy w swojej pracy badawczej Kwestionariusza obrazu siebie D. Offera. Projekt ten zyskał uznanie Komitetu Badań Naukowych, który przyznał na jego realizację grant doktorski. Rozprawę doktorską obroniłem z wyróżnieniem.

Badanie to zainspirowało mnie do kolejnego projektu badawczego, dotyczącego tym razem populacji klinicznej. Od roku 2000 zaangażowany jestem we wspólny projekt kierowany przez prof. dr hab. Barbarę Józefik obejmujący badanie pacjentek Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Krakowie pt. **„Czynniki społeczno-kulturowe, rodzinne i indywidualne w uwarunkowaniach anoreksji i bulimii psychicznej”** (Grant 6 P05E 090 21, 2002-2004, KBN). Był on przeze mnie kontynuowany w ramach programu uczelnianego („Zaburzenia odżywiania się – weryfikacja stosowanych kryteriów diagnostycznych”, 2007, program statutowy CMUJ nr 501/NKL/269/L). Zainteresowania prof. Barbary Józefik dotyczyły kontekstu rodzinnego, moje natomiast objawowego, kulturowego i psychologicznego. Wspólnym obszarem analiz były analizy zależności transgeneracyjnych pomiędzy pacjentkami a ich rodzicami. Projekt zaowocował licznymi publikacjami i doniesieniami zjazdowymi. Wiele z wniosków wpływających z naszych badań ma nowatorski charakter wpływający na poszerzenie wiedzy o różnicach między typami zaburzeń odżywiania się w kontekście relacji rodzinnych, przekazu transgeneracyjnego, znaczenia i specyfiki polskiego kontekstu kulturowego tych zaburzeń.

W latach 2008–2010 w rozszerzonym zespole prowadziliśmy badanie katamnesticzne pacjentek przebadanych po raz pierwszy w latach 2002–2004. Część z ich wyników jest fragmentem prezentowanego powyżej cyklu habilitacyjnego.

Projekt ten zaowocował stworzeniem przeze mnie i Barbarę Józefik następnej wersji narzędzia do oceny kontekstu psychospołecznego w zaburzeniach odżywiania się (Kwestionariusz kontekstu socjo-kulturowego). Jest ono wykorzystywane w kolejnych projektach badawczych i obecnie publikowane.

Prowadzone badania populacji klinicznej powiązane były z **badaniami epidemiologicznymi**. Byłem jednym z wykonawców projektu badawczego

prorowadzonego na wstępie przez prof. dr hab. Jacka Bombę a następnie przez dr hab. Renatę Modrzejewską dotyczącego współwystępowania zaburzonego odżywiania się z innymi stanami psychopatologicznymi w populacji nieleczonej („Badania epidemiologiczne nad psychopatologią oraz patologią społeczną okresu dojrzewania”, 2000–2001, KBN – wykonawca). Wskazywał on na powiązania pomiędzy różnorodną psychopatologią okresu rozwojowego u osób nieleczonych. Inny epidemiologiczny wątek badawczy, który realizowałem, dotyczył przyczyn pierwszorazowych konsultacji nastolatków w Krakowskiej Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w latach 1988–2005 („Ocena dynamiki zmian częstości konsultacji z powodu zaburzeń odżywiania się w populacji pacjentek Ambulatorium Konsultacyjnego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w latach 1988-2004”, CMUJ, program własny, kierownik programu; „Przyczyny pierwszorazowych konsultacji chłopców w Ambulatorium Konsultacyjnym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w latach 1988-2005”, CMUJ, program statutowy, kierownik programu). Uzyskane wyniki wskazywały na narastanie problemu zaburzeń odżywiania się w populacji dziewcząt w objętych badaniem latach. Dostarczyły też wiedzy o różnicach społecznych między leczonymi w naszej Klinice pacjentkami z diagnozą zaburzeń odżywiania się a pacjentkami prezentującymi inne zaburzenia psychiczne.

Zainteresowania kontekstem kulturowym w zaburzeniach odżywiania się zaowocowały współpracą z Katedrą Antropologii Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie w ramach programu badawczego dotyczącego powiązań pomiędzy rozwojem biologicznym dzieci a jego czynnikami socjo-psychologicznymi („Międzypokoleniowe zmiany w budowie ciała i akceleracja pokwitania u dzieci i młodzieży w wieku 7–15 lat z populacji wielkomiejskiej w świetle uwarunkowań psychosocjalnych”, 2009–2010, KBN – projekt Katedry Antropologii Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie nr N N404 177035). W ramach tego projektu i towarzyszących projektów uczelnianych przebadane zostało kilka tysięcy krakowskich dzieci w wieku od 3 do 18 lat. Współpraca ta zaowocowała wieloma już opublikowanymi i przygotowywanymi do druku doniesieniami. Otrzymane i zaprezentowane wyniki wskazują na powiązanie pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem przez matki a zachowaniami ich dzieci w wieku przedszkolnym. Są one też dowodem na obecność problemów z odżywianiem u dzieci w wieku wczesnoszkolnym, w tym również w powiązaniu z ich statusem socjoekonomicznym.

Kontekst kulturowy w zaburzeniach odżywiania się skłonił mnie do zainteresowania innymi **zaburzeniami psychicznymi uwarunkowanymi kulturowo**. W roku 2009 przy współpracy z mgr Małgorzatą Ławniczek w ramach grantu uczelnianego („Rozpowszechnianie zaburzeń odżywiania się w populacji 15-latków – replikacja badań epidemiologicznych”, 2010, CMUJ, program statutowy nr K/ZDS/001060, kierownik projektu) przeprowadziliśmy badanie populacyjne grupy 600 nastolatków dotyczące samouszkodzeń i ich powiązania z zaburzonym odżywianiem się. Była to też w części replikacja mojego badania z programu doktorskiego po 10 latach, jej wyniki są obecnie opracowywane do publikacji. Zagadnienie to ma być tematem otrzymanego w tym roku grantu doktorskiego koleżanki, dotyczącego problemu samouszkodzeń w populacji pacjentów. Są to pierwsze tego typu badania w Krakowie, dotyczące problemu narastającego i stanowiącego istotne wyzwanie kliniczne.

Moje zainteresowania konstruktem obrazu siebie zaowocowały badaniami, wraz z dr n. med. Bartoszem Tregerem oraz dr Feliksem Matusiakiem, relacji między psychopatologią, obrazem siebie i stosowanymi mechanizmami obronnymi w populacji nieleczzonej oraz u pacjentów młodzieżowych. Zagadnienia te stały się przedmiotem rozprawy doktorskiej Bartosza Tregera i pierwszej z planowanego cyklu publikacji.

Problemy metodologiczne w badaniach nad zaburzeniami odżywiania skłoniły mnie do poszukiwań sposobów analizy przeżywania pacjentek z tymi zaburzeniami, nie odnoszących się do ich świadomego samoopisu. W realizowanym nadal projekcie badawczym przy współpracy dr. hab. Norberta Maliszewskiego z Uniwersytetu Warszawskiego, staramy się badać Testem Ukrytych Skojarzeń niedeklaratywną samoocenę pacjentek z anoreksją i bulimią psychiczną.

Moim kolejnym zainteresowaniem badawczym są **zaburzenia depresyjne**. Pierwsze wątki badawcze dotyczące związku depresyjności z przebiegiem linii życiowej podjąłem w ramach programu kierowanego przez prof. dr hab. Jacka Bombę („Badania katamnesticzne nad depresją młodzieńczą”, 1999–2000, KBN, wykonawca”). Udało nam się wykazać, iż objawy depresyjne w okresie adolescencji mają istotny wpływ na linię życiową cierpiących na nie kobiet.

Dalsze zagadnienia powiązane z depresyjnością były przeze mnie realizowane w ramach omówionego już cyklu habilitacyjnego. Zostałem też zaangażowany przez prof. dr hab. med. Dominikę Dudek do projektu badawczego dotyczącego związku

afektywności z kreatywnością. Otrzymane wyniki wskazują na powiązania kreatywności z nasilonym ryzykiem zaburzeń afektywnych.

W ostatnim czasie zostałem też zaproszony przez dr hab. Andrzeja Cechnickiego do współudziału w analizach materiału i publikacji wyników wieloletniego programu katamnesticznego leczenia schizofrenii.

Ważnym wątkiem pojawiającym się w moich publikacjach naukowych są rozważania dotyczące **psychoterapii i powiązanych z nią zagadnień**. Stanowią one istotne uzupełnienie moich badań klinicznych, stanowiąc dla nich ważną inspirację. Pisałem w tym kontekście między innymi o: genogramie, teorii więzi, psychoterapii w zaburzeniach odżywiania, etyce w psychoterapii, różnicach między rzeczywistością wewnętrzną a zewnętrzną w terapii, psychoterapii psychodynamicznej w zaburzeniach odżywiania. Prace te miały w części charakter przeglądowy. Były też opisem moich własnych doświadczeń klinicznych i towarzyszących im prób konceptualizacji.

Część z moich publikacji ma na celu przybliżenie zagadnień psychiatrii i psychoterapii studentom oraz przedstawicielom innych dziedzin medycznych i profesji: lekarzom rodzinnym, pediatrom, neurologom, pielęgniarce i ratownikom medycznym, pedagogom, neuroterapeutom. Powstała z moim udziałem w 1999 roku monografia pod redakcją prof. dr hab. Barbary Józefik dotycząca zaburzeń odżywiania była pierwszą tego typu publikacją w Polsce. Została włączona do kanonu książek dla osób specjalizujących się w psychiatrii i psychiatrii wieku rozwojowego. Jestem także współautorem podręcznika akademickiego pod redakcją prof. dr hab. Janusza Heitzmana przeznaczonego dla studentów zawodów medycznych. Byłem redaktorem naukowym dwóch monografii oraz „Psychoterapii psychodynamicznej” Glenna Gabbarda.

Moim ważnym doświadczeniem naukowym był dwuletni pobyt i praca adiunkta (assistant professor) w Uniwersytecie Queens w Kingston w Kanadzie. Byłem aktywnym członkiem tamtejszej społeczności akademickiej uczestnicząc w dyskusjach, analizach tekstów, czynnie i biernie w konferencjach i spotkaniach naukowych. Prowadziłem też zajęcia dydaktyczne. Doświadczenie to ostatecznie ukształtowało mnie jako naukowca zainteresowanego ścisłym połączeniem między badaniami naukowymi, dydaktyką, leczeniem i profilaktyką. Pobyt w Kanadzie uświadomił mi, że i nowoczesna nauka polega również na służeniu społeczności lokalnej, ustawicznych

wysiłkach w doskonaleniu warsztatu dydaktycznego. Wartości te staram się realizować pełniąc funkcję kierownika Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM.

Moją najmocniejszą stroną jako naukowca jest kreatywność, formułowanie nowatorskich hipotez i poszukiwanie sposobów ich weryfikacji. Moje pomysły inspirują innych, pomagają w formułowaniu własnych kierunków badań i ścieżek rozwoju. Wierzę w naukę jako proces ustawicznej kreacji i dyskursu między naukowcami. Moim profesjonalnym pragnieniem w tym względzie jest dalsze twórcze włączanie się w ten dialog.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.