

## Polska wersja Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI) – adaptacja i normalizacja

### Polish Version of Eating Disorder Inventory – adaptation and normalization

Cezary Żechowski

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was the adaptation and normalization of the Eating Disorder Inventory in the group of Polish schoolgirls and patients with eating disorders.

**Method:** 297 healthy schoolgirls (14-22 y.o.) and 40 patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa were examined using the EDI.

**Results.** A Polish version of EDI revealed a high reliability in most of the subscales. Percentile norms were established. Comparison of subgroups of patients with restrictive and bulimic type of eating disorder revealed differences in most of the subscales.

**Conclusions.** The Polish version of EDI is a useful research instrument. Differences between bulimic and restrictive groups of patients indicates that in severe cases of restrictive type of anorexia nervosa, self-evaluation using self-report questionnaires may underestimate the severity of symptoms.

*Słowa klucze:* Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania, jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna

*Key words:* Eating Disorder Inventory, anorexia nervosa, bulimia nervosa

#### Wstęp

Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania (Eating Disorder Inventory) został opracowany i opublikowany na początku lat 80. przez trzech kanadyjskich badaczy – Davida M. Garnera, Marion P. Olmsted oraz Janet Polivy z Clarke Institute oraz z Uniwersytetu w Toronto. Poza kwestionariuszami EAT [1], BSQ [2], BITE [3], EDE [4], BULIT-R [5], jest to w chwili obecnej najczęściej używane narzędzie w ocenie zaburzeń odżywiania się. Zamiarem twórców kwestionariusza było stworzenie narzędzia do oceny zaburzeń odżywiania się w szerszym kontekście, a więc nie tylko symptomatologii, ale również niektórych cech psychologicznych, postaw i zachowań [6]. Autorzy odwołują się tu do tych koncepcji zaburzeń odżywiania się, które zakładają ich wielowymiarowość

i wielouwarunkowanie (multidimensional and multidetermined syndroms) [7]. Specyfiką kwestionariusza jest jego szersze zastosowanie niż tylko badanie parametrów behawioralno-objawowych pacjentów hospitalizowanych. Inwentarz EDI pozwala na precyzyjny pomiar psychologicznych cech osób z zaburzeniami odżywiania się, różnicując w obrębie grupy homogenicznej specyficzne podgrupy, co z kolei zdaniem autorów umożliwia lepsze rozumienie i leczenie pacjentów. Poszczególne podskale używane bywają także w badaniach epidemiologicznych (np. podskala bulimii), w ocenie leczenia oraz badaniach typu follow-up [8].

Kwestionariusz jest wypełniany przez osobę badaną, składa się z 64 itemów. Każdy z itemów oceniany jest wg 6-punktowej skali (zawsze – zwykle – często – czasem – rzadko – nigdy). Itemy punktowane są od 3 do 0 (zawsze – 3, zwykle – 2, często – 1, czasem, rzadko, nigdy – 0). W odwrotnej kolejności punktowane są itemy tzw. „odwrócone”. Poszczególne itemy grupuje się w podskale, których jest 8. Wartości wylicza się odpowiednio w podskalach, w każdej oddzielnie (nie wylicza się wartości średniej dla całej skali).

Poszczególne podskale mierzą behawioralne i psychologiczne całości, które wyodrębnione zostały jako znaczące w zaburzeniach odżywiania się [6, 7]. Autorzy wyodrębnili 8 podskal:

1. Dążenie do bycia szczupłym (drive for thinness). Autorzy podkreślają, że podskala ta dotyczy nadmiernej koncentracji na stosowaniu diety, nadmiernego zaangażowania w problemy związane z masą ciała oraz w dążeniach do skrajnie szczupłej sylwetki. Itemy obejmują zarówno dążenie do utraty masy ciała, jak i lęk przed przytyciem.
2. Bulimia (bulimia). Podskala ta wskazuje na występowanie objawów niekontrolowanego objadania się i ewentualnie wymiotów, jako sposobu pozbycia się zjedzonego pokarmu. Obecnie bulimia klasyfikowana jest jako oddzielna od jadłowstrętu psychicznego jednostka (ICD-10, DSM-IV). Jednakże zachowania bulimiczne występować mogą zarówno w jadłowstręcie psychicznym (tzw. bulimiczna postać jadłowstrętu psychicznego wg DSM-IV), jak i u osób z niepełnym zespołem klinicznym (tzw. atypową postacią bulimii).
3. Niezadowolenie z własnego ciała (body dissatisfaction). Podskala ta odnosi się do przekonań pacjenta, że poszczególne części jego ciała (uda, pośladki, biodra) są „za grube”. Wg autorów niezadowolenie z własnego ciała ma związek z zaburzeniami obrazu ciała oraz odzwierciedla niezadowolenie ze zmian w wyglądzie, jakie pojawiają się w okresie dojrzewania. W tym sensie niezadowolenie z własnego ciała ma znaczenie symboliczne.
4. Nieefektywność (ineffectiveness). Podskala ta ma oceniać uczucia ogólnej nieadekwatności, braku bezpieczeństwa, bezwartościowości – zdaniem autorów jedne z podstawowych zaburzeń w jadłowstręcie psychicznym. Autorzy powołują się tu na klasyczne koncepcje zaburzeń odżywiania się – m.in. Bruch [9], Selvini-Palazzoli [10] czy Strobera [11]. Podskala ta obejmuje także itemy dotyczące negatywnej samooceny (self-evaluation) oraz negatywnej koncepcji siebie (self-concept). Kolejne lata, już po opublikowaniu skali, przyniosły szereg badań potwierdzających

- poglądy Garnera i wsp. [6], że niska samoocena (self-esteem) stanowi istotną cechę osób z zaburzeniami odżywiania się.
5. Perfekcjonizm (perfectionism). Podskala ta dotyczy oczekiwań wyjątkowych osiągnięć w życiu. Odzwierciedla zjawisko „nadmiernie uległego przystosowania” („overcompliant adaptation”), które ulega zdaniem autorów zaburzeniu w obliczu narastającej presji odnoszenia sukcesów. Autorzy odwołują się też do badań, które podkreślają, że jadłowstręt psychiczny częściej występuje w rodzinach skoncentrowanych na osiągnięciach życiowych i odnoszeniu sukcesów [6]. Istnienie perfekcjonizmu jako cechy pacjentów z zaburzeniami odżywiania się potwierdzają badania m.in. Srinivasagam N. i wsp. [12] oraz częste współwystępowanie zaburzeń odżywiania się z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości [13].
  6. Nieufność w relacjach międzyludzkich (interpersonal distrust). Podskala dotyczy poczucia alienacji i trudności w nawiązywaniu bliskich relacji z innymi osobami. Autorzy odróżniają ten typ trudności od myślenia paranoidalnego. Podkreślają trudności w tworzeniu więzi z innymi osobami oraz poczucie dyskomfortu w wyrażaniu emocji.
  7. Świadomość interoceptywna (interoceptive awareness). Zaburzenia w rozpoznawaniu i identyfikowaniu emocji oraz doznań takich, jak głód i sytość, są oceniane w podskali świadomości interoceptywnej. Autorzy zwracają uwagę na teoretyczne założenia w tworzeniu podskali [10, 14] oraz na badania empiryczne [7]. Obecnie coraz częściej bada się powiązania zaburzeń odżywiania się z aleksytymią, a programy behawioralno-poznawcze uczą szybkiego rozpoznawania głodu i sytości [15].
  8. Obawy przed dojrzeniem (maturity fears). Zahamowanie rozwoju oraz zaburzenia hormonalne stanowią jedno z kryteriów rozpoznawania jadłowstrętu psychicznego w klasyfikacji ICD-10. Autorzy EDI zwracają uwagę na potrzebę (zwłaszcza pacjentek z jadłowstrętem psychicznym) powrotu do bezpieczeństwa okresu dziecięcego. Odwołują się tu do koncepcji Crispa [16], który zauważył, że odmowa przyjmowania pokarmów może odzwierciedlać lęk przed dojrzeniem i wiązać się z chudnięciem, a zatem powrotem do wyglądu, poziomu wydzielania hormonów oraz statusu z okresu dzieciństwa.

Przykładowe itemy: (4) Jem, kiedy jest mi źle; (29) Jako dziecko usilnie starałam/ starałem się uniknąć rozczarowania swoich rodziców i nauczycieli; (62) Uważam, że moje biodra są w sam raz.

Kwestionariusz EDI może być używany w badaniach osób od 14 r.ż. [17]. Prawami autorskimi dysponuje Psychological Assessment Resources (Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 North Floryda Avenue, Lutz, Floryda 33549, USA, [www.parinc.com](http://www.parinc.com)). Każde użycie kwestionariusza EDI wymaga pisemnej zgody PAR.

W 1991 r. Garner opublikował kolejną wersję kwestionariusza EDI pod nazwą EDI-2 [18]. EDI-2 zawiera trzy dodatkowe podskale (oprócz dawnych ośmiu). Są nimi: podskala „ascetyzm” (asceticism), podskala „regulacja impulsów” (impulse regulation) oraz podskala „poczucie zagrożenia społecznego” (social insecurity). Nowsza wersja kwestionariusza, podobnie jak wersja podstawowa, wykazywała wysoką zgodność wewnętrzną [18, 19], rzetelność [19, 20], trafność [19]. Obie wersje okazały się czułym

narzędziem mierzącym zmiany w trakcie leczenia psychologicznego [21]. Kwestionariusz EDI-2 ma wersję komputerową. Obecnie w badaniach oba kwestionariusze używane są równie często, podobnie jak pojedyncze podskale wyjęte z całości kwestionariusza. W ostatnich latach opublikowano trzecią wersję kwestionariusza, EDI-3, oraz kwestionariusz EDI do oceny zaburzeń odżywiania się u dzieci, ale wykorzystanie ich nie jest tak powszechne, jak kwestionariuszy EDI i EDI-2.

Podobnie jak EAT-26, kwestionariusz EDI może być używany jako narzędzie skringowe w badaniach dotyczących zaburzeń odżywiania się. W przeciwieństwie do EAT-26 twórcy kwestionariusza nie zalecają przyjmowania z góry wyznaczonego punktu odciążenia (dla EAT-26 wynosi on zazwyczaj 20 pkt.) [22]. Zamiast trzymania się stałej i predeterminowanej wartości, Garner zaleca przystosowanie punktów odciążenia do celu skringu oraz częstości występowania zaburzeń odżywiania się w danej populacji [18]. Najczęściej używanymi podskalami EDI są podskale „dążenie do bycia szczupłym” oraz podskala „bulimia”.

W ostatnich latach kwestionariusz EDI stał się jednym z częściej używanych narzędzi do badania zaburzeń odżywiania się. Ma on liczne wersje narodowe – m.in. arabską, niemiecką, szwedzką, portugalską, bułgarską i japońską. W tym kontekście stał się istotnym narzędziem w badaniach transkulturowych aspektów zaburzeń odżywiania się.

## Metoda

Przygotowanie polskiej wersji EDI rozpoczęto od sporządzenia dwóch niezależnych tłumaczeń z oryginalnej, angielskiej wersji skali [6] – autorzy tłumaczenia: I. Namysłowska, C. Żechowski. Oba tłumaczenia posłużyły za projekty kolejnej polskiej wersji kwestionariusza, która to z kolei po przeglądnięciu i poprawieniu pod względem stylistycznym i językowym została przetłumaczona na angielski (tzw. back-translation) – autorka tłumaczenia: M. Namysłowska. Tłumaczenie to zostało porównane z pierwotną wersją kwestionariusza przez zespół ekspertów, którzy nie znaleźli istotnych różnic pomiędzy wersją oryginalną a tłumaczeniem wersji polskiej. W ten sposób przygotowany kwestionariusz zakwalifikowano do dalszych badań.

Badaniami objęto 297 uczennic warszawskich szkół średnich ( $n = 297$ ) (liceum ogólnokształcące, technikum, szkoła zawodowa). Wiek badanych wahał się od 14 do 20 r.ż. Badania prowadzono w szkole (najczęściej w trakcie zajęć wychowania fizycznego lub godziny wychowawczej). Przebadano wszystkie osoby będące w danym dniu w klasie.

Przebadano również 40 pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (ED) ( $n = 40$ ), w tym 20 z rozpoznaniem postaci restrykcyjnej jadłowstrętu psychicznego (AN) oraz 20 z rozpoznaniem żarłoczności psychicznej lub bulimicznej postaci jadłowstrętu psychicznego (BN). Wszystkie pacjentki hospitalizowane były w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Wiek badanych wahał się od 14 do 22 r.ż. Zarówno w odniesieniu do pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, jak i uczennic szkół średnich za każdym razem uzyskiwano indywidualną zgodę na przeprowadzenie badania. Przy kwalifikacji pacjentek do grupy badanej oparto się na kryteriach DSM-IV. Kwalifikowane były

tylko pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego (AN = 23) oraz żarłoczności psychicznej (BN = 17). W obrębie grupy pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (AN = 23) wydzielono dwie podgrupy: podgrupę z postacią restrykcyjną (ANR = 20) oraz podgrupę z postacią bulimiczną anoreksji (ANB = 3). Dla celów badawczych zdecydowano się oddzielnie przebadać pacjentki z objawami bulimicznymi (ANB + BN = ABN = 20) oraz pacjentki z objawami restrykcyjnymi (ANR). Przy powyższym podziale oparto się na następujących założeniach:

1. Psychopatologia obu postaci jadłowstrętu psychicznego jest odmienna. Istnieją różnice dotyczące cech osobowości, zaburzeń współistniejących, postaw wobec odżywiania się i własnego ciała.
2. Istnieje podobieństwo, w zakresie objawów psychopatologicznych, cech osobowości, postaw wobec odżywiania się i własnego ciała, między pacjentkami z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego a pacjentkami z bulimią. (W przeszłości używano terminu bulimareksja na określenie współwystępowania objawów obu zaburzeń. Klasyfikacja ICD-10 włącza pacjentki z niskim BMI oraz objawami bulimii w obręb kategorii żarłoczności psychicznej).
3. Dwie z trzech pacjentek z diagnozą bulimicznej postaci jadłowstrętu psychicznego w trakcie hospitalizacji uzyskują normalizację masy ciała, przy znacznej oporności na leczenie objawów bulimicznych. (W sześcioletnim badaniu follow-up żadna z pacjentek z grupy ANR nie deklarowała objawów bulimicznych).

Powyższe dane wskazują na większe podobieństwo psychopatologii pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego do bulimii niż do restrykcyjnej postaci jadłowstrętu psychicznego, stąd podziały takie (ANR i ABN) są często stosowane w badaniach nad zaburzeniami odżywiania się.

Wielkość grupy badanej wydawać się może niewielka (n = 40 osób), jednak w praktyce zebranie dużej grupy pacjentek z zaburzeniami odżywiania się jest dość trudne ze względu na niskie rozpowszechnienie choroby i niechęć chorych do podejmowania leczenia. W wielu pracach badawczych grupy pacjentek składają się z kilkudziesięciu osób, podobnie jak w niniejszym badaniu.

Ostateczna liczba osób zbadanych za pomocą kwestionariusza EDI wynosiła 337 – 297 uczennic i 40 hospitalizowanych pacjentek.

Po uzyskaniu wyników dane zostały opracowane i poddane analizie statystycznej w pakiecie statystycznym SPSS.

## Wyniki

### A. Ocena rzetelności kwestionariusza

Rzetelność kwestionariusza określa dokładność, z jaką dokonuje on pomiaru. Istnieje wiele metod oceny rzetelności testu – m.in. porównywanie dwukrotnych badań za pomocą tego samego testu (test-retest reliability) oraz metoda zgodności wewnętrznej (internal consistency measures of reliability) i in. W ocenie rzetelności kwestionariusza EDI posłużono się metodą zgodności wewnętrznej. Metoda ta polega na badaniu zgodności odpowiedzi osób badanych na poszczególne pytania testu.

Oceny dokonuje się poprzez wyznaczenie tzw. współczynnika alfa Cronbacha. Miarą rzetelności kwestionariusza są wartości współczynnika alfa  $> 0,70$ ; nie powinno się używać kwestionariuszy o alfa Cronbacha  $< 0,60$ , idealnie jest, gdy współczynnik ten przekracza  $0,80$  [por. 23, 24, 25].

Ocenę rzetelności polskiej wersji kwestionariusza EDI przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ocena rzetelności w poszczególnych podskalach EDI (n = 337)

Nazwa podskali	Liczba itemów	Średnia	Wariancja	Odchylenia standardowe	Alfa Cronbacha
Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki	7	5,3472	33,3345	5,7736	0,8564
Bulimia	7	1,6261	10,1098	3,1796	0,8069
Niezadowolenie z własnego ciała	9	11,4451	76,0870	8,7228	0,9208
Nieefektywność	10	5,3591	22,6177	4,7558	0,7411
Perfekcjonizm	6	3,6528	14,6678	3,8299	0,7137
Nieufność w relacjach międzyludzkich	7	4,3769	11,3427	3,3679	0,6118
Świadomość interoceptywna	10	4,9258	24,1522	4,9145	0,7590
Obawy przed dojrzwaniem	8	4,8160	15,5375	3,9418	0,6544

Z uzyskanych danych wynika, iż wartości współczynników alfa wahają się w poszczególnych podskalach od  $0,92$  (podskala – niezadowolenie z własnego ciała) do  $0,61$  (podskala – nieufność w relacjach międzyludzkich). W 6 skalach wartość współczynnika alfa przekracza  $0,70$ , w 2 jest wyższa od  $0,60$  („nieufność w relacjach międzyludzkich” i „obawy przed dojrzwaniem”). W żadnej ze skal wyniki nie były niższe od  $0,60$ . Przedstawiona analiza pokazuje wysoką rzetelność większości skal, co czyni kwestionariusz przydatnym narzędziem badawczym.

#### B. Tymczasowe normy centylowe dla dziewcząt i młodych kobiet (14–22 r.ż.)

Rozkład wyników w skali centylowej ma charakter prostokątny – tzn. każdej jednostce przyporządkowany jest 1% obserwacji. Skala centylowa ma charakter skali rangowej, centyl 50 odpowiada medianie rozkładu. Interpretacja skali jest prosta – np. centyl 60 oznacza, że 60% populacji osiąga taki wynik bądź niższy. Wadą skali centylowej jest fakt, iż określone przedziałowi nie odpowiadają jednakowe różnice w wartości cechy badanej. Dla uniknięcia pomyłek związanych z normami wprowadzono zatem skale stenowe i tenowe. W badanej grupie 297 uczennic szkół średnich Warszawy (liceum, technikum, szkoła zawodowa) w wieku od 14 do 20 r.ż. opracowano normy centylowe.

Tabela 2a i 2b przedstawia tymczasowe normy centylowe dla uczennic szkół średnich (14–20 r.ż.).

Tabela 2a. Tymczasowe normy polskie w poszczególnych podskalach EDI dla dziewcząt i młodych kobiet – grupa kontrolna (n = 297), uczennice szkół średnich (14–20 r.ż.)

Centyle	Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki	Bulimia	Niezadowolenie z własnego ciała	Nieefektywność
100				
90	14,000	4,000	25,000	10,200
80	9,000	2,000	21,000	8,000
70	6,000	1,000	16,000	6,000
60	4,000	.	12,800	5,000
50	3,000	.	10,000	4,000
40	2,000	.	7,000	3,000
30	1,000	.	4,000	2,000
20	.	.	3,000	1,000
10	.	.	.	.
0	.	.	.	.

Tabela 2b. Tymczasowe normy polskie w poszczególnych podskalach EDI dla dziewcząt i młodych kobiet – grupa kontrolna (n = 297), uczennice szkół średnich (14–20 r.ż.)

Centyle	Perfekcjonizm	Nieufność w relacjach międzyludzkich	Świadomość interoceptywna	Obawy przed dojrzewaniem
100				
90	9,000	8,000	11,000	10,000
80	6,000	6,000	8,000	7,000
70	5,000	5,000	6,000	6,000
60	3,000	4,000	4,000	5,000
50	2,000	4,000	3,000	4,000
40	1,000	3,000	2,000	3,000
30	1,000	2,000	1,000	2,000
20	.	1,000	1,000	1,000
10	.	.	.	.
0	.	.	.	.

C. Porównanie wyników obu badanych grup oraz każdej oddzielnie z wynikami grupy kontrolnej

W dalszym opracowaniu kwestionariusza dokonano porównania średnich wyników w poszczególnych podskalach w grupach hospitalizowanych pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (jadłowstręt psychiczny – postać restrykcyjna (ANR) (n = 20), jadłowstręt psychiczny – postać bulimiczna lub bulimia (ABN) (n = 20)) z wynikami grupy uczennic szkół warszawskich (KTRL). Otrzymane wyniki przedstawiają tabele 3, 4, 5.

Tabela 3. Porównanie średnich w poszczególnych podskalach EDI grupy pacjentów z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (ANR) z wynikami grupy kontrolnej (KTRL). Test-t dla prób niezależnych, \* różnice istotne statystycznie ( $p < 0,05$ )

Podskala EDI	ANR		KTRL		t	Df	p
	średnia	odch. stand.	średnia	odch. stand.			
Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki	5,1000	6,069	4,8451	5,417	-0,20	315	0,840
Bulimia	0,8000	1,508	1,3333	2,737	0,86	315	0,390
Niezadowolenie z własnego ciała	12,8500	7,058	11,0438	8,742	-0,90	315	0,367
Nieefektywność	6,6000	6,004	4,9529	4,242	-1,21	20,30	0,241
Perfekcjonizm	3,6000	4,639	3,3838	3,622	-0,25	315	0,800
Nieufność w relacjach międzyludzkich	7,3000	4,473	4,1616	3,175	-3,09	20,31	<b>0,006*</b>
Świadomość interoceptywna	6,0500	5,708	4,5185	4,590	-1,42	315	0,156
Obawy przed dojrzwaniem	5,5500	3,517	4,5522	3,726	-1,16	315	0,246

Tabela 4. Porównanie średnich w podskalach EDI grupy pacjentów z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub żarłocznością psychiczną (ABN) ze średnimi grupy kontrolnej (KTRL). Test-t dla prób niezależnych, \* różnice istotne statystycznie ( $p < 0,05$ )

Podskala EDI	ABN		KTRL		t	Df	p
	średnia	odch. stand.	średnia	odch. stand.			
Dążenie do zachowania szczupłej sylwetki	13,0500	5,358	4,8451	5,417	-6,56	315	<b>&lt;0,001*</b>
Bulimia	6,8000	5,453	1,333	2,737	-4,46	19,65	<b>&lt;0,001*</b>
Niezadowolenie z własnego ciała	16,0000	8,873	11,0438	8,742	-2,45	315	<b>0,015*</b>
Nieefektywność	10,1500	7,436	4,9529	4,242	-3,09	19,84	<b>0,006*</b>
Perfekcjonizm	7,7000	3,881	3,3838	3,622	-5,13	315	<b>&lt;0,001*</b>
Nieufność w relacjach międzyludzkich	4,6500	3,703	4,1616	3,175	-0,66	315	0,511
Świadomość interoceptywna	9,8500	6,072	4,5185	4,590	-3,85	20,49	<b>0,001*</b>
Obawy przed dojrzwaniem	8,0000	5,813	4,5522	3,726	-2,62	20,06	<b>0,016*</b>



Tabela 5. Porównanie średnich w podskalach EDI grupy pacjentów z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (ANR) ze średnimi grupy z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub żarłocznością psychiczną (ABN). Test-t dla prób niezależnych, \* różnice istotne statystycznie ( $p < 0,05$ )

Podskala EDI	ANR		ABN		t	Df	p
	średnia	odch. stand.	średnia	odch. stand.			
Dażenie do zachowania szczupłej sylwetki	5,1000	6,069	13,0500	5,385	-4,38	38	<0,001*
Bulimia	0,8000	1,508	6,8000	5,435	-4,76	21,91	<0,001*
Niezadowolenie z własnego ciała	12,8500	7,058	16,0000	8,873	-1,24	38	0,222
Nieefektywność	6,6000	6,004	10,1500	7,436	-1,66	38	0,105
Perfekcjonizm	3,6000	4,639	7,7000	3,881	-3,03	38	0,004*
Nieufność w relacjach międzyludzkich	7,3000	4,473	4,6500	3,703	2,04	38	0,048*
Świadomość interoceptywna	6,0500	5,708	9,8500	6,072	-2,04	38	0,048*
Obawy przed dojrzewaniem	5,5500	3,517	8,0000	5,813	-1,61	31,26	0,117

Tabela 3 przedstawia porównanie średnich grupy ANR ze średnimi KTRL, tabela 4 – średnich grupy ABN ze średnimi KTRL, tabela 5 – średnich grupy ANR ze średnimi grupy ABN.

Z uzyskanych danych wynika, iż między grupą pacjentek z postacią restrykcyjną jadłowstrętu psychicznego (ANR) a grupą uczennic (KTRL) występuje tylko jedna istotna statystycznie różnica średnich w podskali „nieufność w relacjach międzyludzkich”.

Odmienne wyniki otrzymano w grupie pacjentek z bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego lub bulimią (ABN) oraz grupie uczennic (KTRL) – istotne różnice występują aż w 7 podskalach. Jedyną podskala, w której różnice średnich nie są istotne statystycznie, jest podskala „nieufność w relacjach międzyludzkich”. Otrzymane wyniki sugerują, iż pacjentki z bulimią bądź bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego, wykazujące większe zaufanie w relacjach międzyludzkich, są skłonne ujawniać więcej swoich trudności i problemów niż pacjentki z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego. Tezę tę wydają się potwierdzać zarówno obserwacje kliniczne pacjentek, jak i niektóre badania, sugerujące, że pacjentki z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego osiągają wyższe wyniki w kwestionariuszach samooceny wraz z poprawą stanu psychicznego (łatwiej ujawniają swoje przeżycia i trudności). Poza tym niejako z istoty jadłowstrętu psychicznego (zwłaszcza postaci restrykcyjnej) wynika brak krytycyzmu i poczucia choroby. Innym motywem mogącym mieć wpływ na nieujawnianie własnych myśli, uczuć i zachowań jest przekonanie niektórych pacjentek, iż takie otwarcie się mogłoby mieć wpływ na ich wypisanie z oddziału – tzn. ujawnienie objawów choroby opóźniłoby wypisanie.

W tabeli 5 przedstawiono różnice w średnich wynikach między grupą pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (ANR) a grupą pacjentek z bulimią

bądź bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego (ABN). Różnice istotne statystycznie dotyczą 5 podskali: „dążenie do zachowania szczupłej sylwetki”, „bulimia”, „perfekcjonizm”, „nieufność w relacjach międzyludzkich”, „świadomość interoceptywna”.

### Dyskusja

Przeprowadzone badania wskazują, iż w grupie osób z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego (ANR) wyniki tylko w dwóch podskalach różniły się istotnie statystycznie od wyników grupy kontrolnej (KTRL). Dotyczyło to podskali „nieufność w relacjach międzyludzkich” (ANR – 7,3 vs. KTRL – 4,7) oraz podskali „bulimia” (ANR – 0,8, KTRL – 1,37). W otrzymanych wynikach zwraca uwagę brak istotnie statystycznie wyższych wyników w większości badanych wymiarów. Wynik taki nie jest zaskoczeniem, ponieważ odzwierciedla dobrze znane zjawisko zaprzeczania objawom choroby przez pacjentki z jadłowstrętem psychicznym. Zaprzeczanie to mija wraz z kontynuowaniem terapii, poprawą stanu somatycznego i psychicznego pacjentek. Wtedy paradoksalnie pogarszają się wyniki kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentki z anoreksją (Krch 1995 – informacja ustna) – paradoksalnie, ponieważ pogorszenie się wyników odzwierciedla osłabienie zaprzeczeń, poprawę stanu psychicznego, większą chęć współpracy oraz gotowość do udzielania prawdziwych odpowiedzi dotyczących własnych przeżyć i zachowań. Pacjentki wypełniające kwestionariusz badane były po przyjęciu na oddział psychiatrii młodzieżowej (ok. 3 tydzień pobytu), żeby wyeliminować wpływ efektu hospitalizacji na wyniki w poszczególnych podskalach oraz aby móc ocenić obecność objawów towarzyszących. Trzeci tydzień hospitalizacji jest na ogół wciąż początkiem terapii, dlatego mechanizmy zaprzeczania były jeszcze silne. Wydaje się zatem, że przydatność kwestionariuszy samooceny jako narzędzi mierzących nasilenie objawów w pierwszym okresie leczenia jadłowstrętu psychicznego jest niewielka. Jednakże, pomimo tego, wyniki w jednej z podskali – „nieufność w relacjach międzyludzkich” – są znamienne wyższe w grupie osób z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego niż w grupie pacjentek z bulimią i w grupie kontrolnej. Wynik ten koresponduje z wysuniętą przez Garnera i wsp. tezą [26], że wyższe wyniki w tym wymiarze są specyficzną cechą pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego. Z naszych badań wynika, iż nawet w fazie nasilonych zaprzeczeń pacjentki te są skłonne do dostrzegania i komunikowania niektórych swoich problemów dotyczących relacji z innymi osobami. Fakt ten może mieć znaczenie w psychoterapii, nawiązywaniu kontaktu terapeutycznego oraz tworzeniu tzw. sojuszu terapeutycznego z pacjentem [27].

Wielu autorów zwraca uwagę na specyficzne znaczenie podskali „nieufność w relacjach międzyludzkich” u pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego [26, 28, 29]. Smith i Steiner [28], opierając się na pracy Garnera i wsp. [26], zauważają, że oprócz wymienionej podskali w jadłowstręcie psychicznym obserwuje się podwyższone wyniki w podskalach – „świadomość interoceptywna” oraz „nieefektywność”. Cooper i wsp. [30] uważają, że wyższe wyniki w tych trzech podskalach korelują z obecnością innych zaburzeń psychicznych oraz cięższym przebiegiem jadłowstrętu

psychicznego. Smith i Steiner [28] przebadali grupę pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, jadłowstrętem psychicznym i współwystępującą depresją oraz depresją bez zaburzeń odżywiania się. Podwyższony poziom wyników obserwowali w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i depresją oraz z depresją bez zaburzeń odżywiania się. Ich zdaniem podwyższenie się wyników w trzech podskalach korelowało raczej z ciężkością choroby i jej chronicznością niż diagnozą.

Przedstawiona literatura oraz wyniki badań sugerują potencjalne znaczenie podskali „nieufność w relacjach międzyludzkich” w diagnozie stanu psychicznego pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego. Dalsze badania mogłyby dotyczyć predykcyjnej wartości tej podskali oraz stopnia jej podwyższenia w innych zaburzeniach psychicznych.

Kolejna istotna statystycznie różnica pomiędzy grupą pacjentek z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego a grupą kontrolną dotyczyła podskali „bulimia” (tabela 5). W tym przypadku wyniki w grupie ANR były istotnie statystycznie niższe. Wynik ten potwierdza diagnozę kliniczną i wydaje się wiarygodny, jednakże istotne znaczenie ma wysoki wynik w tej podskali stwierdzony w grupie kontrolnej, którą tworzyły dziewczęta warszawskich szkół średnich. Wskazuje on na wysoki poziom zachowań bulimicznych wśród młodzieży warszawskich szkół średnich. W porównaniu z innymi badaniami wynik grupy kontrolnej w podskali „bulimia” był niższy (średnia = 1,37, odch. std. = 2,34) niż w grupie kontrolnej kanadyjskich kobiet [6] (średnia = 1,8, odch. std. = 3,1), ale znacznie wyższy niż w badaniach Ranson i wsp. (8) (średnia = 0,3, odch. std. = 0,8) amerykańskich, zdrowych kobiet bez objawów zaburzeń odżywiania się. Pośrednio dowodzi to obecności zachowań bulimicznych w grupie młodzieży warszawskich szkół średnich.

Istotne statystycznie różnice obserwowano we wszystkich podskalach, z wyjątkiem podskali „nieufność w relacjach międzyludzkich” i „obawy przed dojrzewaniem”, między osobami z bulimią (i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego) a grupą kontrolną. Wyniki te dość dobrze korespondują z obserwacjami klinicznymi, gdyż większość pacjentek z bulimią chętnie mówi o swoich objawach i przyznaje się do nich. Dzieje się tak, ponieważ pacjentki z bulimią w większości postrzegają swoje objawy jako egodystoniczne [31, 32] i mają większe zaufanie do innych osób niż pacjentki z restrykcyjną postacią jadłowstrętu psychicznego.

W porównaniu z badaniami kobiet amerykańskich [33] różnice istotne statystycznie między grupą z bulimią a grupą kontrolną wydają się zbliżone. Uwagę zwraca rozbieżność w wynikach podskali „obawy przed dojrzewaniem”. Wśród amerykańskich kobiet z bulimią wyniki w tej skali różniły się istotnie statystycznie od wyników kobiet z grupy kontrolnej ( $p < 0,05$ ), podczas gdy w badaniach polskich nie znaleziono takiej zależności ( $p = 0,074$ ). W analizie wyników tej podskali uwagę zwraca nie tyle średnia grupy z bulimią, ile wyniki w grupie kontrolnej. W obu badaniach (polskim i amerykańskim) średnie w grupie z anoreksją są podobne (grupa polska: średnia – 5,55, odch. std. – 3,52; grupa amerykańska: średnia – 4,2, odch. std. – 3,7). Znaczne różnice obserwujemy między grupami kontrolnymi (grupa polska: średnia – 4,98, odch. std. – 4,62; grupa amerykańska: średnia – 0,8, odch. std. – 1,5). Wydaje się zatem, że na brak istotności różnicy między obu grupami polskimi mógł mieć wpływ wysoki

poziom lęków przed dojrzałością w grupie kontrolnej. Nie dysponujemy badaniami porównawczymi dla populacji polskiej, ale przebadanie tej podskali w szerokiej grupie dziewcząt i młodych kobiet rzuciłoby światło na to zjawisko. Wydaje się, że czynniki kulturowe mogą mieć szczególne znaczenie w interpretacji zarówno tej podskali, jak i całego kwestionariusza. Podobny trend wyższych wyników w podskali „obawy przed dojrzwaniem” obserwowano w grupach kobiet badanych poza Europą Zachodnią i USA. Waller i Matoba [34] badali kobiety w Japonii, Japonki, które wyemigrowały do Wielkiej Brytanii i kobiety w Wielkiej Brytanii. Z badań tych wynika, iż Japonki uzyskiwały wyższe wyniki w podskali „obawy przed dojrzwaniem” niż kobiety w Wielkiej Brytanii, przy czym poziom tych lęków był nieco niższy u Japonek, które wyemigrowały do UK niż u Japonek żyjących w Japonii. Interesujące mogłoby być przebadanie za pomocą ww. podskali szerokiej grupy kobiet polskich i porównanie wyników z badaniami przeprowadzonymi w innych krajach. Na ten aspekt socjokulturowy dotyczący młodzieży polskiej zwraca uwagę w swojej pracy Walewska [35].

### **Польская версия глоссария нарушений питания – адаптация и нормализация**

#### **Содержание**

**Задание.** Целью исследования была польская адаптация и нормализация Глоссария нарушений питания в группе учениц средних школ и пациентов с нарушениями питания.

**Методы.** Обследовано 297 здоровых учениц и 40 пациенток с диагнозом психической анорексии или булимии. Возраст обследованных с 14 до 22 лет.

**Результаты.** Польская версия Глоссария нарушений питания обладает большой эффективностью в большинстве подшкал. В исследовании установлены предварительные нормы в центилях для группы девочек средних школ. В исследовании показаны существенные различия между группой пациенток, применяющих ограничение принятия пищи, как главный способ поддержки низкой массы тела и пациентками, проявляющими булемическое поведение.

**Выводы.** Польская версия Глоссария нарушений питания является пригодным исследовательским пособием. Однако же, различия между наблюдаемым и декларированным поведением пациенток с рестриктивной формой психической анорексии указывают на факт, что использование глоссариев самооценки в тяжелых случаях этого нарушения питания может приводить к ошибочным результатам оценки болезненных симптомов.

### **Polnische Version des Fragebogens zur Erfassung von Essstörungen (EDI) - Adaptation und Normierung**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war polnische Adaptation und Normierung des Fragebogens zur Erfassung von Essstörungen (Eating Disorders Inventory) in der Gruppe der Schülerinnen aus einer Oberschule und der Patientinnen mit Essstörungen.

**Methoden.** Mit dem Fragebogen wurden 297 gesunde Schülerinnen und 40 Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa oder psychische Bulimie befragt. Das Alter der Untersuchten: 14. - 22. Lebensjahr.

**Ergebnisse.** Polnische Version des Fragebogens zur Erfassung von Essstörungen (EDI) zeigt eine hohe Reliabilität in den meisten Unterskalen. In der Studie wurden vorläufige Perzentilennormen für die Gruppe der Mädchen aus Oberschulen festgesetzt. In der Studie wurden signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Patientinnen gezeigt, die gezügeltes Essen als Hauptmethode für das niedrige Körpergewicht anwenden, und den Patientinnen mit bulimischem Essverhalten.

**Schlussfolgerungen.** Die polnische Version des Fragebogens zur Erfassung der Essstörungen (EDI) ist ein brauchbares Untersuchungsinstrument. Doch weisen die Unterschiede zwischen dem beobachteten und deklariertem Essverhalten der Patientinnen mit der restriktiven Form von Anorexia nervosa auf die Tatsache hin, dass die Anwendung des Selbstbeurteilung - Fragebogens in schweren Fällen dieser Störung zur Unterschätzung der Symptome führen kann.

**La version polonaise du questionnaire EDI (Eating Disorder Inventory)  
– adaptation et normalisation**

**Résumé**

**Objectif.** Adapter et normaliser le questionnaire EDI (Eating Disorder Inventory) aux besoins polonais des examens des filles des écoles secondaires et des femmes souffrant des troubles des conduites alimentaires.

**Méthodes.** On examine 297 filles saines et 40 patientes souffrant de l'anorexie mentale ou de la boulimie. Elles ont l'âge de 14 jusqu'à 22 ans.

**Résultats.** La version polonaise du questionnaire EDI est de grande fiabilité dans la plupart des sous-échelles. On a bien fixé les normes des centiles pour les groupes des filles des écoles secondaires. L'examen démontre l'existence des différences significantes dans le groupe des patientes avec les troubles restrictifs et les troubles boulimiques.

**Conclusions.** La version polonaise du questionnaire EDI est un instrument utile pour examiner les comportements des patientes souffrant des troubles des conduites alimentaires. Pourtant les différences des conduites observées et déclarées chez les patientes avec les formes restrictives de l'anorexie suggèrent que l'emploi de ce questionnaire peut mener à la mauvaise estimation de la sévérité des symptômes.

**Piśmiennictwo**

1. Garner DM, Garfinkel P. *The Eating Attitude Test: An index of symptoms of anorexia nervosa.* Psychol. Med. 1979; 9: 273–279.
2. Hawkins R, Clemant PF. *Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies.* Addict. Behav. 1980; 7: 47–55.
3. Henderson M, Freeman CPL. *A self rating scale for bulimia. The 'BITE'.* Brit. J. Psychiatry 1987; 150: 18–24.
4. Cooper Z, Fairburn C. *The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders.* Int. J. Eat. Disord. 1987; 6: 1–8.
5. Smith M, Thelen M. *Development and validation of test for bulimia.* J. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52: 863–872.
6. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. *Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia.* Int. J. Eat. Disord. 1983; 2: 15–34.
7. Garfinkel PE, Garner DMM. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective.* New York: Brunner/Mazel; 1982.
8. Ranson K, Kaye W, Weltzin T, Rao R, Matsunaga H. *Obsessive-compulsive disorder symptoms before an after recovery from bulimia nervosa.* Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1703–1708.
9. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within.* New York: Basic Books; 1973.
10. Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa.* New York: Jason Aronson; 1978.
11. Strober M, Katz J. *Depression in eating disorders: A review an analysis of descriptive, family and biological findings.* W: Garner DMM, Garfinkel PE, red. *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa.* New York: Brunner/Mazel; 1988, s. 80–111.

12. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicow KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R. *Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long-term recovery form anorexia nervosa*. Am. J. Psychiatry 1995; 153: 1630–1634.
13. Wonderlich SA, James EM. *Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual and clinical implications*. Psychopharmacol. Bull. 1997; 3: 381–390.
14. Bruch H. *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosom. Med. 1962; 24: 187–194.
15. Clark DM, Fairburn C. *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
16. Crisp AH. *Some psychobiological aspects of adolescent growth and their relevance for the fat/thin syndrome anorexia nervosa*. Int. J. Obesity 1980; 1: 231–238.
17. Shore RA, Porter JE. *Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the Eating Disorder Inventory*. Int. J. Eat. Disord. 1990; 9: 201–207.
18. Garner DM. *Eating Disorder Inventory – 2*. Odessa: FL: Psychological Assessment Recourses; 1991.
19. Crowther J, Sherwood N. *Assessment*. W Garner DM, Garfinkel PE, red. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, London: The Guilford Press; 1997, s. 35–49.
20. Wear RW, Pratz O. *Test-retest reliability for the Eating Disorder Inventory*. Int. J. Eat. Dis. 1987; 6: 767–769.
21. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. *A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa*. Arch. Gen. Psychiatry 1990; 47: 149–157.
22. Crowther JH, Lilly RS, Crawford PA, Shepherd KL. *The stability of the Eating Disorder Inventory*. Int. J. Eat. Disord. 1992; 12: 97–101.
23. Freeman C, Tyrer P. *Research methods in psychiatry. A beginner's guide*. Tavistock: Gaskell; 1995.
24. Włodarczyk-Bisaga K. *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się wśród uczniów szkół licealnych, studentek oraz robotnic (niepublikowana praca doktorska)*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1992.
25. Szafrński T. *Skala Calgary do oceny depresji w schizofrenii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 3: 333–344.
26. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. *The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia*. W Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Cocina DV, red. *Anorexia nervosa: Recent developments in research*. New York: Alan R. Liss; 1983, s. 173–184.
27. *American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating Disorders (revision)*. Am. J. Psychiatry 2000; 1 (supl.): 1–39.
28. Smith Ch, Steiner H. *Psychopathology in anorexia nervosa and depression*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 5: 841–843.
29. Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. *Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study*. Psychol. Med. 2001; 31: 881–890.
30. Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG *The specificity of the Eating Disorder Inventory*. Brit. J. Clin. Psychol. 1985; 24: 129–130.
31. Sunday SR, Halmi K, Einhorn A. *The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology*. Int. J. Eat. Dis. 1995; 3: 237–245.
32. Fairburn CG, Welch SL, Norman PA, O'Connor ME, Doll HA. *Bias and bulimia nervosa: How typical are clinic cases?* Am. J. Psychiatry 1996; 3: 386–391.

33. Casper R, Hedeker D, McCough J. *Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 5: 830–840.
34. Waller G, Matoba M. *Emotional eating and eating psychopathology in nonclinical groups: A cross-cultural comparison of women in Japan and the United Kingdom*. Int. J. Eat. Disord. 1999; 26: 333–340.
35. Walewska K. *Zespół opóźnionego dojrzewania w warunkach polskich*. W: Sokolik M. red. *Problemy współczesnej psychoanalizy. Wybór zagadnień*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 1992, s. 161–169.

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 1/9

Otrzymano: 11.07.2006  
Zrecenzowano: 14.08.2006  
Przyjęto do druku: 2.10.2007

*Już wkrótce*

# Psychiatria Polska

ZESZYT NR 3/2008

W następnym zeszycie „Psychiatrii Polskiej” znajdą Państwo między innymi następujące opracowania:

- *Czynniki motywacyjne a wynik psychoterapii*  
Autor: Witold Simon
- *Koncepcja psychodynamicznej psychofarmakologii D. Mintza i B. Belnap – omówienie w odniesieniu do pacjentów ujawniających oporność na leczenie*  
Autor: Sławomir Murawiec
- *Badania asocjacyjne, badania rodzin i sekwencjonowanie DNA polimorfizmu genu transportera dopaminy DAT 1 w zespole zależności alkoholowej*  
Autorzy: Anna Grzywacz, Jerzy Samochowiec
- *Ocena stopnia zaburzeń procesów poznawczych, sprawności funkcjonowania oraz stanu emocjonalnego wśród pacjentów z chorobą Alzheimera w odniesieniu do ich stylu życia w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby*  
Autorzy: Maria Kaczmarek, Magdalena Skrzypczak, Anita Szwed, Anna Goździcka-Józefiak, Anita Geppert

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

## Zapraszamy

---

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdują Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14  
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67