

**UNIwersytet Jagielloński**

***COLLEGIUM MEDICUM***

**Wydział Lekarski**

Maciej Pilecki

**ZABURZENIA ODŻYWIANIA SIĘ –ANALIZA  
EPIDEMIOLOGICZNA POPULACJI UCZNIÓW KLAS  
PIERWSZYCH KRAKOWSKICH SZKÓŁ  
PONADPODSTAWOWYCH**

*PRACA DOKTORSKA*

Bibl. Medyczna CM UJ



1816019133

Promotor: Prof. dr hab. med. Maria Orwid

Pracę wykonano w: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ

Kierownik jednostki: Prof. dr hab. med. Jacek Bomba

Kraków, 2000

Bardzo dziękuje:

- ✠ Szanownej Pani Profesor dr hab. med. Marii Orwid za twórczą i bardzo dla mnie zaszczytną opiekę promotorską;
- ✠ Komitetowi Badań Naukowych za fundusze oraz elastyczność;
- ✠ Dr Andrzejowi Beauvalowi za analizę statystyczną i cierpliwość;
- ✠ Moim koleżankom i kolegom z pracy za ważne uwagi i życzliwość, pomimo nieobecności duchem i ciałem;
- ✠ Mojej żonie Magdzie i córce Julii za wyrozumiałość w stosunku do moich naukowych ambicji...



*To, że jesteś chuda, nie oznacza to, że jesteś chora.  
Jeśli jesteś jednak ZDROWA i CHUDA na pewno znajdą się  
ludzie, których to wkurza.  
Kalista Flockhart*

# 1 SPIS ROZDZIAŁÓW

<b>1 SPIS ROZDZIAŁÓW</b> .....	<b>1</b>
<b>2 WSTĘP</b> .....	<b>3</b>
<b>3 EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ</b> .....	<b>5</b>
3.1 KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE .....	5
3.2 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ W ODŻYWIANIU SIĘ .....	10
3.3 CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ .....	19
<b>4 BADANIA WŁASNE</b> .....	<b>39</b>
4.1 KONTEKST PODJĘCIA BADAŃ .....	39
4.2 STRUKTURA BADAŃ WŁASNYCH .....	39
4.3 ZASTOSOWANE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE .....	40
4.4 CELE PRACY .....	40
4.5 PYTANIA BADAWCZE .....	41
4.6 HIPOTEZY BADAWCZE .....	41
4.7 DOBÓR POPULACJI ORAZ SCHEMAT BADANIA .....	42
4.8 SCHEMAT BADANIA ETAPU I (EI) .....	43
4.9 SCHEMAT BADANIA ETAPU II (EII) .....	44
4.10 WĄTPLIWOŚCI NATURY ETYCZNEJ .....	44
4.11 METODY ANALIZY DANYCH .....	44
4.12 WYNIKI .....	45
4.13 DYSKUSJA WYNIKÓW .....	59
4.14 CZYNNIKI TOWARZYSZĄCE ZABURZENIOM W ODŻYWIANIU SIĘ - PRÓBA OPISU .....	76
4.15 DYSKUSJA METODY PRZEPROWADZENIA BADANIA .....	77
<b>5 WNIOSKI</b> .....	<b>80</b>
<b>6 STRESZCZENIE</b> .....	<b>82</b>

<b>7 ABSTRACT.....</b>	<b>84</b>
<b>8 TABELE I RYCINY .....</b>	<b>86</b>
8.1 EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ.....	86
8.2 BADANIA WŁASNE.....	96
8.3 DYSKUSJA .....	129
<b>9 BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>131</b>
<b>10 ANEKS .....</b>	<b>140</b>
10.1 KWESTIONARIUSZE I ANKIETY .....	140
10.2 BADANIA PILOTAŻOWE .....	169

## 2 WSTĘP

Zaburzenia odżywiania się rozpoznawane są obecnie praktycznie w każdym rejonie geograficznym, kulturze, czy mniejszości narodowej. Jadłowstręt psychiczny i bulimia psychiczna pojawiają się wśród żyjących w rezerwatach Indian Północnoamerykańskich, w zamkniętych społecznościach Amiszów, wśród Indyjskich górali, dla których jedyny kontakt z cywilizacją to następujące kilkakrotnie w roku wizyty Himalajskich ekip wspinaczkowych. Również w Polsce oraz innych krajach byłego bloku socjalistycznego od kilku lat zaznacza się zwiększenie ilości pacjentów leczących się z powodu anoreksji oraz bulimii psychicznej. Owa swoista "epidemia" rozpełtała wokół zaburzeń odżywiania się dyskusję, w której poza naukowcami i klinicystami biorą udział szerokie rzesze nieprofesjonalistów. Problematyka "poszczących dziewcząt" wzorem krajów zachodnich zagościła na pierwszych stronach poczytnych gazet, poruszana jest w programach telewizyjnych i radiowych.

Skąd owo zainteresowanie? W tym wymiarze jest to problem zdecydowanie w naszym kraju nowy. Choć doświadczeni klinicyści przytaczają przypadki jadłowstrętu psychicznego rozpoznawane kilkanaście, czy kilkadziesiąt lat temu, to zgodni są oni co do faktu, iż jest to z perspektywy klinicznej problem narastający. Zaburzenia odżywiania zagościły w świadomości społecznej. Zyskały rodzaj podwójnej konotacji - z jednej strony są one przejawem "zła infiltrującego nasze społeczeństwo z zachodu", z drugiej strony znakiem naszego miejsca w Europie i świecie. Bo to przecież choroba zachodniego kręgu kulturowego - choroba wielkich i sławnych, żeby wspomnieć tylko bulimiczne problemy Lady Di. Znakiem owej unifikacji problemu jest postać amerykańskiej aktorki Kalisty Flockhart grającej główną rolę w popularnym serialu Ally McBeal. Dyskusja, nad tym czy waga 43 kg przy wzroście 163 cm może być naturalna, czy jest raczej wynikiem ocierającej się o anoreksję intensywnej diety przetoczyła się przez gazety wszystkich krajów, w których ów serial był wyświetlany - w tym Polski.

W potocznej opinii zaburzenia odżywiania stanowią wynik źle prowadzonej kuracji odchudzającej. Stąd sięgająca po odchudzające serki, "zero procentowe" jogurty, czy dietetyczne napoje młodzież wzbudza niepokój rodziców zadających często sobie i innym pytanie: Czy to aby nie "ta choroba"? Pytanie o tyle zrozumiałe, iż anoreksja jako jedna z niewielu chorób z kręgu zainteresowań psychiatrii obarczona jest tak wysokim ryzykiem śmierci i somatycznych powikłań. Choć rocznie publikuje się tysiące prac naukowych próbujących zgłębić tajemnicę przyczyn i źródeł anoreksji i bulimii psychicznej, to nadal niewiele wiadomo o ich uwarunkowaniach. Wielu badaczy przedmiotu jest przekonanych, iż jedynie model wieloczynnikowy ujmujący obok wskaźników społeczno - kulturowych czynniki rodzinne, indywidualne, czy wreszcie biologiczne pozwoli zrozumieć źródła tych chorób. Jak jednak pogodzić ze sobą informacje dotyczące genetycznego podłoża zaburzeń ze znaczeniem przekazu kulturowego, czy dynamiki relacji rodzinnych? Otwarte pozostaje pytanie o znaczenie poszczególnych czynników, ich wzajemne powiązania. Anoreksja i bulimia psychiczna to najważniejsze, lecz nie jedyne syndromy zaburzeń

odżywiania się. Coraz większa uwaga skupia się na tych zaburzeniach odżywiania, które związane są z rozwojem otyłości. Choć trudno wszystkie przypadki nadmiernej wagi tłumaczyć uwarunkowaniami psychogennymi, to jednak stanowić mogą one istotną składową problemów z nadwagą. Jest to często problem nie do końca rozpoznany. Lekarze zajmujący się medycyną somatyczną często nie zadają swoim pacjentom pytań o epizody przejadania się, o których ci wstydliwie milczą, lekarze psychiatrzy nie rozpoznają często problemu otyłości jako wartego uwagi.

Zaburzenia odżywiania stają się niezależnymi składnikami współczesnej kultury. Ważnymi symbolami, czy, jak chcą niektórzy mitami współczesnego świata. Z drugiej strony często rzeczywiste problemy z odżywianiem się ukryte są w obszarach społecznego przyzwolenia. Istnieją dyscypliny sportu, zawody związane z modą, w których niezwykle drastyczne diety, powikłania takie jak brak miesiączki, stanowią swoistą normę. Zaburzenia odżywiania przywdziewają niekiedy maskę akceptowanych społecznie zachowań, takich jak strajki głodowe, czy posty religijne. Stają się one obecnie potężną kulturową metaforą konfliktu, buntu, kulturowo nośnym syndromem rozwiązywania problemów poprzez chorobę. Zwolennicy tej koncepcji winą za taki stan rzeczy obarczają zarówno środki masowego przekazu, jak i lekarzy. Twierdzą oni, iż samo mówienie o zaburzeniach odżywiania, badania nad nimi, działania profilaktyczne stanowią czynnik tworzący te zaburzenia. Pytanie, czemu akurat ta metafora stała się w dzisiejszych czasach w naszej kulturze globalnej wioski tak atrakcyjna, pozostaje jednak bez zadawalającej odpowiedzi. W literaturze przedmiotu coraz częściej pojawiają się opinie, iż skuteczniejszym od leczenia zaburzeń odżywiania się okazać może się działalność prewencyjna. Jako istotne w prowadzeniu profilaktyki zaburzeń odżywiania podkreśla się rozpoznanie zarówno czynników ryzyka, jak i grup ryzyka rozwoju zaburzeń. Samo jednak prowadzenie takich działań opisywane bywa niejednoznacznie. W niektórych doniesieniach paradoksalnie działania prewencyjne powodują wzrost zachorowań.

Do wielu nierozstrzygniętych przez naukę wątpliwości i pytań w kontekście naszego kraju dołączają się nowe. Nierozstrzygnięta pozostaje kwestia, czy i z jakiego rzędu wzrostem zachorowań mamy do czynienia. Choć brak jest na ten temat jednoznacznych danych naukowych, z perspektywy klinicznej wydaje się, iż jest to problem w naszym kraju narastający. Osoby cierpiące z powodu zaburzeń odżywiania się od kilku lat stanowią coraz większy procent pacjentów poradni psychiatrii wieku rozwojowego. Skłania to do zadania pytania o znaczenie czynnika socjo-kulturowego w rozwoju zaburzeń. Nie jest też znane rozpowszechnienie problemu. Brakuje w literaturze krajowej danych dotyczących problemu naturalnego przebiegu form klinicznych i subklinicznych oraz czynników ryzyka rozwoju zaburzeń. Choć założyć można, iż w wielu aspektach mogą odpowiadać one danym z innych krajów to przypuszczać można też, iż posiadają one jakąś swoją odrębność. W swym zamierzeniu niniejsza praca stanowić ma wkład w wysiłek opisanie i zrozumienie tej skomplikowanej i niejednoznacznej grupy schorzeń, jaką są zaburzenia odżywiania się.



**GALENI IN LIBRVM HIPPOCRATIS.**  
Ilustracja z weneckiego wydania prac Galena, 1550

Po raz pierwszy określenia *bulimis* użył w II wieku naszej ery Galen.

Słowo to znaczące “byczy apetyt” posłużyło mu do opisanie syndromu określanego inaczej “wilczym głodem”. Jego zdaniem schorzenie to, objawiające się nienasyconym głodem, spowodowane było przez kwas żołądkowy odpowiedzialny za przesyłanie do mózgu niewłaściwych “sygnałów”. W istocie jednak trudno do końca stwierdzić, opierając się na opisie Galena, o jaką jednostkę chorobową chodzi.



# 3 EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ

## 3.1 KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

### 3.1.1 HISTORIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ ORAZ STOSOWANE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Pojęcie *anorexia* powstało przez połączenie greckich słów: *an* (pozbawienie, brak) oraz *orexis* (apetyt) i jest ogólnym określeniem na brak łaknienia lub awersję do pokarmu, tłumaczonym na język polski jako jadłowstręt (Bell, 1985). Choć badacze historii tego syndromu natrafiają na wzmianki o świadomym ograniczaniu ilości i rodzaju spożywanych pokarmów w średniowiecznych opisach żywotów świętych, to pierwszy naukowy opis zawdzięczamy angielskiemu lekarzowi R. Mortonowi. W roku 1689 opisał on przypadek leczonej przez siebie dwudziestoletniej dziewczyny. Cierpiała ona na, jak sądził Morton, odmianę gruźlicy przebiegającą bez gorączki i duszności, którą charakteryzowała utrata apetytu, zanik miesiączki, zaparcia, nadmierna aktywność, wyniszczenie i brak troski o stan zdrowia. Morton, używając określenia “zanik nerwowy”, przedstawił przebieg terapii zakończony po trzech miesiącach śmiercią pacjentki (Bemporad, 1997).

Dokładne określenie kryteriów oraz nomenklatury zaburzenia przynoszą raporty C. E. Laseuga z roku 1873 oraz W. W. Gulla z roku 1874 (Vandereycken, van Deth, 1993). Jadłowstręt psychiczny nazywany początkowo przez Gulla *apepsia hysterica*, a przez Laseuga *anorexia hysterica* potraktowany został przez tych autorów jako choroba o źródłach psychicznych powiązanych z sytuacją rodzinną pacjenta. Jedną z pierwszych współczesnych psychiatrycznych skal diagnostycznych anoreksji była klasyfikacja zaproponowana przez J. P. Feighnera i wsp. (1976). Obecnie używane są kryteria jadłowstrętu psychicznego zawarte w kolejnej, czwartej edycji Statystycznego Podręcznika Diagnostycznego Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV*) (APA, 1994)(tab. 1) oraz rewizji dziesiątej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision - ICD-10*)(WHO, 1994)(tab. 2).

Po raz pierwszy do opisu patologii określenia *bulimie* użył w II wieku naszej ery Galen. Słowo to znaczące “byczy apetyt” posłużyło mu do opisanie jednostki chorobowej określanej inaczej “wilczym głodem”. Jego zdaniem schorzenie to objawiające się nienasyconym głodem spowodowane było przez kwas żołądkowy odpowiedzialny za przesyłanie do mózgu niewłaściwych “sygnałów”. W istocie jednak trudno do końca stwierdzić, opierając się na opisie Galena, o jaką jednostkę chorobową chodzi (Pilecki, 1999a). Jako pierwszy naukowy opis zespołu objawów podobnych do bulimii psychicznej podała H. Bruch (Bruch, 1966). Pierwsze propozycje kryteriów diagnostycznych syndromu zawdzięczamy G. F. M. Russellowi (Russell, 1979).

Używając już określenia *bulimia nervosa*, opisywał on ją jako “złowieszczą odmianę” jadłowstrętu psychicznego. Początkowo w klasyfikacjach DSM i ICD objawy bulimiczne opisywane były jako towarzyszące jadłowstrętowi lub mające charakter niespecyficzny. Bulimia psychiczna uzyskała status samodzielnej jednostki dopiero w ostatnich obowiązujących wersjach (tab. 3, tab. 4).

Poza dwoma głównymi syndromami zaburzenia odżywiania się występować mogą też w postaci atypowej, niepełnoobjawowej lub subklinicznej. W klasyfikacji DSM-IV zebrane są one w grupie: Zaburzenia odżywiania się nie sklasyfikowane gdzie indziej (*Eating Disorder not Otherwise Specified*) (tab. 5). Jedno z nich: Zespół napadowego objadania się (*Binge Eating Disorder*) uznawany do niedawna za nietypową formę bulimii coraz częściej proponowany jest jako trzecia kliniczna postać zaburzeń odżywiania się (Spitzer i wsp., 1991). Pierwsze wzmianki o objawach napadowego objadania się pojawiały się w literaturze przedmiotu jako element opisu symptomatologii towarzyszącej otyłości. Napadowe objadanie się u osób otyłych opisał w 1959 roku zespół pod kierownictwem A. Stunkarda (Stunkard i wsp., 1996). Używając terminu: "zespołu nocnego objadania się" opisali oni napady obżarstwa występujące nocą, z poranną anoreksją i ograniczeniem ilości przyjmowanych pokarmów, z następowym powtórzeniem cyklu. Kolejnym nieoficjalnym, lecz obecnym w literaturze określeniem na podobne do zespołu objadania się objawy było “kompulsywne objadanie się” oraz “syndrom nadziewania się” (de Zwaan, Mitchell, 1992, Kornhaber, 1970). Do publikacji DSM-IV (tab. 6) brak jednak było jednoznacznej propozycji nazwy oraz kryteriów diagnostycznych jednostki. W klasyfikacji ICD-10 poza głównymi jednostkami wymieniona jest też:

- atypowy jadłowstręt psychiczny,
- atypowa żarłoczność psychiczna,
- przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi,
- wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi,
- inne zaburzenia odżywiania się,
- zaburzenia odżywiania się nie określone (IPiN, 1998).

Niestety autorzy klasyfikacji nie formułują jednoznacznych kryteriów diagnostycznych jednostek subklinicznych, ich określenie pozostawiając badaczom i klinicytom. Choć bardziej odpowiada to złożoności obrazu syndromów, niż jednoznaczność kryteriów DSM, to powodować może dużą rozbieżność pomiędzy opartymi o inne założenia diagnostyczne badaniami. W klasyfikacji ICD brak jest również kryteriów rozpoznawczych zespołu napadowego objadania się (Pilecki, 1999b).

W obu klasyfikacjach pojawiają się też kryteria diagnostyczne syndromu pica (*pica*), rzadkiego schorzenia występującego u dzieci polegającego na spożywaniu substancji niejadalnych.

W pracach pediatrycznych poświęconym patologicznemu odżywianiu się pojawia się tendencja do szerszego traktowania problemu zaburzeń odżywiania się niż tylko jako mających kliniczne i subkliniczne nasilenie. Starsze dzieci i młodsze nastolatki mogą bowiem ujawniać

zachowania, które nie w pełni odpowiadają kryteriom DSM-IV czy ICD-10 będąc jednak nieprawidłowymi. Nowy schemat klasyfikacji zaburzeń w odniesieniu do dzieci i młodzieży został opublikowany w Podręczniku Statystyki i Diagnostyki dla Opieki Podstawowej. (*Diagnostic and Statistic Manual for Primary Care - DSM-PC*), (Wolraich i wsp., 1996) wypełniając lukę w klasyfikacji DSM. Dwa swoiste występujące w dwóch stopniach nasilenia zespoły w DSM-PC odnoszące się do zaburzeń łaknienia to:

- stosowanie diety/postrzeganie własnego ciała (tab. 7),
- oczyszczanie/napady niepohamowanej żarłoczności (tab. 8).

### **3.1.2 RELACJE POMIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI JEDNOSTKAMI DIAGNOSTYCZNYMI**

Choć w obowiązujących obecnie klasyfikacjach diagnostycznych jadłowstręt psychiczny oraz bulimia psychiczna wyszczególnione są jako odrębne jednostki kliniczne, to wzajemne relacje pomiędzy jednostkami są niejednoznaczne. Około 40% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się spełniało w różnych okresach chorowania oba kryteria diagnostyczne (Józefik, Pilecki, 1999). Szczególnie niejasny jest status typu bulimicznego jadłowstrętu. Wydaje się, iż jego włączenie do klasyfikacji jadłowstrętu bardziej związane jest ze specyfiką postępowania diagnostycznego i terapeutycznego niż z dynamiką procesu chorobowego. Wątpliwości wzbudzają też wzajemne interakcje pomiędzy bulimią psychiczną oraz zespołem napadowego objadania się. Przez niektórych badaczy uznawany jest on wręcz za subtyp zaburzeń bulimicznych (Hsu, 1996).

Ważne zagadnienie stanowi również relacja pomiędzy jednostkami o nasileniu klinicznym, syndromami subklinicznymi oraz nie wyszczególnionymi w klasyfikacjach psychiatrycznych zespołami zaburzonego odżywiania się. W literaturze przedmiotu nadal toczy się dyskusja, czy są one od siebie odrębne, czy też stanowią kontinuum psychicznych problemów z odżywianiem się. Zwolennicy koncepcji kontinuum argumentują, iż w wypadku zaburzeń odżywiania się tak jak w przypadku większości zaburzeń psychiatrycznych o charakterze czynnościowym brak jest jednoznacznych kryteriów pozwalających na potwierdzenie lub wykluczenie konkretnej diagnozy (Lowenkopf, 1982). W literaturze przedmiotu spotkać można też poglądy przeciwne. Dla H. Bruch (1973) podstawowa różnica pomiędzy nasileniem klinicznym a subklinicznym związana jest z obecnością w wypadku syndromów klinicznych znacznych zaburzeń obrazu siebie, percepcji impulsów wewnętrznych, oraz głębokim poczuciu nieudolności.

Wydaje się, iż pewne cechy stanowią kontinuum, inne związane być mogą jedynie z symptomami o klinicznym nasileniu. Kontinuum to dotyczyć ma jednak raczej aspektów psychologicznych zaburzeń, niż samego odżywiania się (Dancyger, Garfinkel, 1995).

Wątpliwości te skłaniają naukowców analizujących epidemiologiczne studia nad symptomatologię zaburzeń odżywiania do postulowania dwojakich rozwiązań:

- obejmowania analizami nie tylko zaburzeń o nasileniu klinicznym, ale szeroko rozumianych syndromów subklinicznych,
- oddzielnej klasyfikacji zaburzeń restrykcyjnych i bulimicznych bez względu na masę ciała (Rathner, 1992).

Można przypuszczać, że takie rozwiązanie powinno odpowiadać lepiej istocie problemów z psychicznie uwarunkowanymi zaburzeniami w odżywianiu się.

### **3.1.3 OGRANICZENIA METODOLOGICZNE ZWIĄZANE Z OBOWIĄZUJĄCYMI KRYTERIAMI DIAGNOSTYCZNYMI**

Zawarte w klasyfikacjach propozycje diagnostyczne zawierają dwojakiego rodzaju argumenty niezbędne do postawienia diagnozy. Pierwsze z nich to arbitralnie przyjęte kryteria, takie jak brak miesiączki, określony procent utraty masy ciała, częstość występowania objawów objadania się, czy zachowań kompensacyjnych. Do drugiej kategorii należą argumenty odnoszące się do określanego przez badającego bądź diagnozowanego nasilenia lęku przed przytyciem, obaw przed utratą kontroli, koncentracji na masie kształcie i wadze ciała. Ocena masy ciała wydaje się najprostszym elementem diagnozy zaburzeń odżywiania. Pojawienie się związanego z niedożywieniem równoczesnego zaburzenia wzrostu i wagi utrudniają korzystanie z siatek percentylowych. Druga ze stosowanych metod, skala BMI jest mało czuła, jeśli chodzi o wagi graniczne oraz pomiar wagi osób uprawiających wyczynowo sport.

Osoby cierpiące na jadłowstręt psychiczny, poza utratą miesiączki, prezentować mogą też często objawy różnorodnych zaburzeń cyklu miesiączkowego. Intensywne ćwiczenia fizyczne powodować mogą zanik miesiączki u dziewcząt o zbliżonej do prawidłowej masie ciała. Długotrwały powolny spadek masy ciała, połączony z brakiem aktywności fizycznej powodować może, iż nawet stosunkowo niska masa ciała nie będzie się wiązać z utratą miesiączki (Beumont, 1992). U osób prezentujących cechy jadłowstrętu psychicznego, u których nie wystąpiła menarche, element ten w ogóle nie może być brany pod uwagę. Znacznie utrudnia to określenie relacji pomiędzy klinicznym a subklinicznym nasileniem objawów u dziewcząt w różnych przedziałach wiekowych. Stosunkowo często też kryteria obiektywne powodują, iż wiele osób o nasileniu nieznacznie mniejszym od klinicznego bywa z diagnoz wykluczonych, pomimo, że osoby te wymagają leczenia.

Kryteria subiektywne odnoszące się do psychologicznych aspektów zaburzeń odżywiania należą do zmiennych z trudem podających się unifikacji. W propozycji diagnostycznej brak jest sugestii, co do sposobu oceny nasilenia cech. Nie są one też stopniowane. W tej samej mierze zależą od doświadczenia oraz schematów percepcyjnych badającego, jak i samooceny czy szczerości badanego.

Kryteria DSM i ICD związane z zaburzeniami odżywiania się na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat uległy z edycji na edycję znacznym zmianom. Początkowo w klasyfikacji DSM-

II opisywane były w kategorii zaburzeń niesklasyfikowanych bez jednoznacznej definicji syndromów, w klasyfikacji DSM-III opisywane były już jako samodzielna grupa jednostek zawężona jednak do okresu adolescencji. W DSM-IV uzyskały znaczącą pozycję niezależnej grupy jednostek, którym poświęcona jest cała sekcja podręcznika. W okresie tym wprowadzane były też nowe jednostki takie jak bulimia psychiczna, czy zespół napadowego objadania się. Stwarza to szczególną trudność w badaniach epidemiologicznych. W zależności od przyjętych kryteriów wskaźnik rozpowszechnienia może wahać się w tej samej populacji nawet ponad 50%. (Józefik, 1999a). Stwarza to szczególną trudność przy porównywaniu ze sobą badań, w których diagnoza stawiana była na podstawie różnych kryteriów diagnostycznych.

Sądząc po toczącej się na łamach prasy specjalistycznej dyskusji spodziewać się można, iż w przyszłości kryteria diagnostyczne ulegać mogą nawet znaczącym zmianom. Niektórzy badacze problemu tacy jak T. D. Brewerton (1997) podkreślają, że wprowadzanie nowych jednostek, takich jak zespół napadowego objadania się, powoduje przede wszystkim możliwość niesienia efektywniejszej pomocy grupom pacjentów, którym dotąd nie był oferowany specjalistyczny serwis.

Skalą diagnostyczną zalecaną do stosowania w Polsce jest klasyfikacja ICD-10. Zespoły obecne w DSM-IV mają jednak bardziej sprecyzowane kryteria diagnostyczne, co ważne również w wypadku zespołów subklinicznych, czy niepełnych. ICD-10 nie uwzględnia również zespołu napadowego objadania się. Kryteria zawarte w DSM-IV są częściej używane przez badaczy problemu. Znajdują również swoje odpowiedniki w skalach objawowych, czy obserwacyjnych. Istotnym argumentem przemawiającym za używaniem skali DSM jest możliwość uzupełnienia jej przez kryteria zaproponowane przez Amerykańskie Towarzystwo Pediatryczne. Ujmują one, bowiem te nasilenia objawów, które mają ewidentnie patologiczny charakter, zwykle nie wymagając jednak interwencji psychiatrycznej. Wydaje się to szczególnie istotne w wypadku badań nad syndromami zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży (Kreipe, Dukarm, 2000).

### **3.1.4 WĄTPLIWOŚCI ZWIĄZANE ZE STOSOWANĄ TERMINOLOGIĄ**

Poza wątpliwościami diagnostycznymi ważnym zagadnieniem związanym z omawianymi jednostkami jest sama nazwa zjawiska: Zaburzenia odżywiania się. W literaturze przedmiotu można spotkać się też z innymi określeniami grupy, takimi jak: zaburzenia łaknienia, jedzenia, przyjmowania pokarmów. Nazwa „zaburzenia odżywiania się” wydaje się nie do końca oddawać istotę problemu. Nie jest też najbardziej precyzyjnym odpowiednikiem angielskiego terminu *eating disorders*. Wśród klinicystów zajmujących się od lat problematyką anoreksji i bulimii najczęściej używane jest określenie: „zaburzeń jedzenia”. Oficjalne sygnowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii tłumaczenie ICD-10 odwołuje się jednak do terminu: „zaburzenia odżywiania się”. Stąd też decyzja autora pracy o jego używaniu. W stosunku do wymienianych

przez DSM-PC jednostek subklinicznych używana bywa też niekiedy zbiorcza nazwa *disordered eating*. Nie doczekała się ona jednoznacznego uznanego tłumaczenia. W niniejszej pracy autor zdecydował się na używanie określenia: „zaburzone odżywianie się” jako najbliższego angielskiemu pierwowzorowi. Ma ona zaznaczać z jednej strony podobieństwo syndromów do zaburzeń odżywiania się (*eating disorders*), z drugiej strony podkreślać ich pewną odrębność.

Autor pracy zdecydował się również na nie używanie zaproponowanego w polskiej wersji ICD-10 tłumaczenia terminu bulimia poprzez określenie żarłoczność. Ma ono w języku polskim szczególnie złe, tradycyjnie negatywne konotacje. Jest wręcz dla osób cierpiących na bulimie obraźliwe. Termin bulimia obecny jest zarówno w literaturze, jak i świadomości społecznej od lat. Stąd jego stosowanie bez prób sztucznego spolszczenia wydaje się zasadne. W niniejszej pracy poza określeniem bulimia psychiczna używany jest też zamiennie termin *bulimia nervosa*. Autor podjął też decyzję o zamiennym używaniu trzech określeń *anorexia nervosa*, anoreksja psychiczna oraz jadłowstręt psychiczny. Użycie oryginalnych określeń na opis syndromów jest w polskiej literaturze przedmiotu przyjęte.

W pracy używane będą również skróty nazw własnych zaburzeń, tworzone nie od jednostek polskich, lecz anglojęzycznych. Są one powszechnie używane w literaturze przedmiotu, wprowadzanie ich polskich odpowiedników wydaje się więc niecelowe. Opis stosowanej terminologii znajduje się w tabeli 9.

## **3.2 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ W ODŻYWIANIU SIĘ**

### **3.2.1 METODOLOGIA BADAŃ EPIDEMIOLOGICZNYCH NAD ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA SIĘ**

Klasycznie przeważał pogląd, iż najwyższa chorobowość zaburzeń odżywiania się występuje wśród dziewcząt ze szkół prywatnych w dużych miastach rozwiniętych krajów zachodnich (Szmukler, 1985). Są one jednak opisywane obecnie praktycznie w każdym rejonie geograficznym, kulturze, czy mniejszości narodowej. Począwszy od lat 60 w literaturze przedmiotu pojawiło się wiele doniesień co do rozpowszechnienia tych zespołów. Oparte były one o kilka różnych podejść metodologicznych takich jak m.in.:

- kwestionariusze samooceny psychopatologii związanej z odżywianiem,
- kwestionariusze samooceny służące symulacji diagnozy,
- analiza rejestrów medycznych,
- reprezentacyjne dwuetapowe badania kliniczne,
- jednoetapowe badania kliniczne obejmujące całe populacje.

Tak różnorodne podejście do złożonego problemu rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się powoduje szereg problemów natury metodologicznej w znaczący sposób wpływających na jakość wyników oraz możliwość ich wzajemnego odnoszenia. Każda z metod posiada zarówno

zalety jak i ograniczenia wpływające na jej stosowanie i możliwość wnioskowania na tej podstawie.

### **3.2.2 BADANIA KWESTIONARIUSZOWE SAMOOCENY PSYCHOPATOLOGII ZWIĄZANEJ Z ODŻYWIANIEM SIĘ**

Pierwszą grupę stanowią badania, w których obecność zaburzeń oceniana jest na podstawie kwestionariuszy samooceny odnoszących się do nasilenia symptomatologii związanej z zaburzeniami odżywiania się. Pytania prezentowane są zwykle w kilkustopniowej skali wymuszonego wyboru, w której każda odpowiedź podlega punktowej ocenie. Narzędzia takie składają się zwykle z kilku skal oceniających różnorodne obszary zaburzeń odżywiania się. Wyniki analizowane być mogą jako zmienne ilościowe lub jakościowe przy przyjęciu punktu odcięcia. Najczęściej używanym w tym podejściu kwestionariuszem jest „Kwestionariusz postaw związanych z odżywiania się” (*Eating Attitudes Test - EAT 26*) (Garner, Garfinkel, 1979). Badania takie są wykonywane dość często z powodu ich względnej prostoty. Główne stosowane w podobnych badaniach narzędzia posiadają wiele standaryzowanych wersji językowych. Dostarczając istotnych danych co do zaburzeń odżywiania się, posiadają jednak ograniczone znaczenie w badaniach epidemiologicznych. Analiza skal jako zmiennych ciągłych nie odpowiada na pytania o rozpowszechnienie. Przyjęcie punktu odcięcia, nawet przy pełnej standaryzacji, powoduje, iż wartość prawdopodobieństwa postawienia diagnozy w wypadku najczęściej stosowanego kwestionariusza EAT 26 przy optymalnym punkcie odcięcia wynosi nie więcej niż 20%. Z uwagi na powyższe wątpliwości wyniki oparte o badania kwestionariuszowe coraz rzadziej brane są pod uwagę w analizach epidemiologicznych rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się (CSU, 1996).

### **3.2.3 BADANIA KWESTIONARIUSZOWE SAMOOCENY Z SYMULACJĄ DIAGNOZY**

Drugą grupę stanowią badania, w których diagnoza stawiana jest na podstawie samooceny badanego lub symulacji diagnozy na podstawie odpowiedzi kwestionariusza. Pytania odnoszą się bezpośrednio do kryteriów diagnostycznych. Skala odpowiedzi jest zwykle dwustopniowa, wymuszająca zaprzeczenie lub potwierdzenie. Ich wspólną cechą z badaniami kwestionariuszowymi jest brak weryfikacji diagnozy poprzez indywidualne badanie klinicysty. Do grupy tej z uwagi na ich specyfikę włączane bywają też wywiady prowadzone wprawdzie przez klinicystów, ale poprzez telefon. Rozpowszechnienie jądłowstrętu psychicznego w oparciu o powyższą metodę kształtuje się na poziomie od 0,0% w grupie kobiet starszych do 1% w grupie dziewcząt nastoletnich i od 0,0 do 0,11 wśród nastoletnich chłopców. Rozpowszechnienie bulimii psychicznej natomiast oceniane jest do 0,35% w grupie kobiet starszych, oraz od 0,12% do 4,8% w

grupie dziewcząt nastoletnich i aż do 22,6% wśród zróżnicowanej wiekowo grupy czytelniczek jednego z amerykańskich kolorowych magazynów. Rozpowszechnienie zaburzeń subklinicznych oceniane jest na tej podstawie od 0,52% w grupie kobiet starszych do 11,68% w grupie czytelniczek amerykańskich kolorowych magazynów (Götestam, Agras, 1995; Killen i wsp., 1994; Drewnowski i wsp., 1988; Yager i wsp., 1987, Haydel, 1994). Rozpowszechnienie zespołu gwałtownego objadania się w grupie otyłych pacjentów korzystających z programów odchudzających wynosi na podstawie kwestionariuszy samooceny do 46%, natomiast do 83,5% wśród uczestników grup "Anonimowych Obżartuchów". Analiza powyższych odpowiedzi w oparciu o kryteria DSM-IV wykazała w pierwszej grupie 30,1% rozpoznań (31,9% kobiet, 20,8 mężczyzn) oraz 71,2% w Grupie "Anonimowych Obżartuchów" (Spitzer i wsp., 1992; Nangle, 1994). W kwestionariuszowych badaniach obejmujących populację ogólną rozpowszechnienie zespołu napadowego objadania się kształtuje się od 0,7% do 6,3% z nieznacznie częstszym występowaniem u kobiet niż u mężczyzn. (Götestam, Agras, 1995; Brewerton, 1997; Killen i wsp., 1994; Bruce i Agras, 1992; Dansky, i wsp., 2000; Kinzl i wsp., 1999). Opis wyników oraz zastosowanej procedury niektórych z cytowanych badań zawiera tabela 10.

Wiarygodność tego typu badań budzi spore zastrzeżenia. Kwestionariusze takie zwykle bywają często niestandardyzowane, stąd ich rzetelność oraz trafność jest nieznaną. Stawiana w ten sposób diagnoza bywa obarczona sporym błędem. Kwestionariusze takie nawet częściej niż testy przesiewowe bywają niestandardyzowane. Jeśli jednak nawet spełniają kryteria standaryzacji, to ekstrapolacja diagnozy na ich podstawie budzi wątpliwości (Rathner, 1992). Kwestionariusze takie wymagają pewnej samowiedzy badanych, znajomości specjalistycznych pojęć, wreszcie chęci do udzielania prawdziwych odpowiedzi. W wypadku stawiania diagnozy na podstawie symulacji diagnozy opartej o samoocenę badanych w literaturze przedmiotu pojawiają się doniesienia zarówno o błędach związanych z ukrywaniem objawów, jak i ich uwypuklaniem. Możliwość zawyżania bywa szczególnie podkreślana w wypadku wspomnianych badań nad zespołem napadowego objadania się. W grę wchodzić mogą też czynniki nieświadome związane z tendencją, przede wszystkim dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym, do oceniania siebie bardziej z perspektywy obrazu idealnego niż realnego. Powodować to może znaczne zaniżenie wyników.

### **3.2.4 DANE Z ANALIZY REJESTRÓW MEDYCZNYCH**

Kolejna metoda dostarczająca informacji na temat zapadalności na zaburzenia odżywiania się polega na analizie rejestrów medycznych przypadków (*case registers*) oraz rejestrów szpitalnych (*hospital records*). W badaniach opartych o rejestry osób leczących się zapadalność na jądłowstręt psychiczny wśród młodych kobiet kształtuje się od 14,3/100,000/rok dla kobiet pomiędzy 12 a 25 rokiem życia do 50/100,000/rok dla kobiet starszych niż 18 lat. Uzupełnienie danych o informacje z dodatkowych źródeł, takich jak rejestry szpitalne czy kartoteki lekarzy



pierwszego kontaktu powoduje wzrost liczebności grupy z rozpoznaniem klinicznym. Nie mniejsza niestety różnica pomiędzy najniższymi i najwyższymi wskaźnikami zapadalności. Kształtuje się ona od 14,1/100,000/rok dla kobiet pomiędzy 10 a 24 rokiem życia do 43/100,000/rok a kobiet pomiędzy 16 a 24 rokiem życia. W badaniach uwzględniających mężczyzn stosunek procentowy leczących się z powodu zaburzeń odżywiania się mężczyzn do kobiet wynosi 1/10 (tab. 11)(Cullberg, Engström-Lindberg, 1988; Eagles i wsp., 1995; Hoek, Brook, 1985; Jorgensen, 1992; Lucas i wsp., 1991; Moller-Madsen i Nystrup, 1992; Nielsen, 1990; Pagsberg, Wang, 1994; Szmukler i wsp., 1985; Willi i wsp., 1990; Götestam i wsp., 1995). Zapadalność na bulimię psychiczną w dostępnych w literaturze badaniach opartych o omawianą metodę wynosi od 10,1/100,000/rok dla kobiet pomiędzy 10 a 24 rokiem życia do 65/100,000/rok dla kobiet pomiędzy 16 a 24 rokiem życia. Podobne dane dotyczące osób leczących się z powodu zespołu napadowego objadania się dotyczą przede wszystkim osób leczących się z powodu otyłości. Są one znacznie mniejsze niż oparte o kwestionariusze samooceny i wynoszą do 30% (tab. 12) (Jorgensen, 1992; Pagsberg, Wang, 1994; Cullberg, Engström-Lindberg, 1988; Götestam, i wsp. 1995; Spitzer i wsp. 1992).

Trafność wniosków wyciąganych na podstawie rejestrów danych statystycznych oraz danych placówek medycznych zależy od dwóch zmiennych:

- stopnia, w jakim obejmują one wszystkich chorujących na te zaburzenia na danym terenie,
- precyzji postawionej diagnozy.

Dane, jeśli nie dotyczą całego kraju, nie obejmują zwykle pacjentów korzystających z pomocy w ośrodkach poza rejonem badania - co w wypadku zaburzeń odżywiania się jest częstym zjawiskiem. W zależności od organizacji rejestru medycznego w danym kraju nie obejmują też danych z gabinetów oraz instytucji prywatnych. Często nie uwzględniają też osób leczonych nie z powodu zaburzeń odżywiania, a towarzyszących im powikłań. Nie uwzględniają one też osób nie korzystających z leczenia z różnych względów. Do najczęstszych powodów rezygnacji z leczenia należy niezauważanie lub bagatelizowanie przez otoczenie objawów, brak wglądu w prezentowane objawy, funkcjonowanie w środowisku akceptującym problem (Bryant-Waugh, 1993). Badania te nie uwzględniają w ogóle osób o subklinicznym nasileniu problemu. Jest to metoda szczególnie przydatna przy planowaniu zapotrzebowania na usługi serwisu specjalistycznego zajmującego się zaburzeniami odżywiania. Nie odpowiada jednak na podstawowe, istotne dla zrozumienia rozpowszechnienia zjawiska pytania.

### **3.2.5 REPREZENTACYJNE DWUETAPOWE BADANIA KLINICZNE**

Podjęciem w dużym stopniu omijającym ograniczenia metodologiczne badań opartych o rejestry medyczne są studia dwuetapowe. Z interesującej badacza populacji losowana jest

reprezentatywna grupa, która jest poddawana badaniu przesiewowemu. Wyłoniona na podstawie metody przesiewowej populacja poddawana jest badaniu indywidualnemu, w trakcie którego stawiana jest diagnoza zaburzeń. Do najczęściej stosowanych metod przesiewowych należy kwestionariusz EAT26, nierzadko uzupełniany o dodatkowe narzędzia lub metody przesiewowe. Tak przeprowadzone badanie uważane jest obecnie za standard badań nad zaburzeniami odżywiania się (Rathner, 1992). Oczywiście metoda ta nie jest wolna od problemów metodologicznych związanych ze sposobem doboru populacji do badania, wyborem metody przesiewowej, procentem udziału w drugim etapie osób wyłonionych poprzez narzędzie przesiewowe. Chorobowość anoreksji psychicznej badana tą metodą wśród młodych kobiet wynosi od 0,2% do 0,5%, bulimii psychicznej od 2% do 4,5%, syndromów subklinicznych bulimii do ponad 4%. Rozpowszechnienie zespołu napadowego objadania się oceniane jest na max. 8%. Występowanie jadłowstrętu psychicznego wśród mężczyzn jest znacznie mniejsze około 0,1%, zaś dla bulimii psychicznej wynosi ono do 0,5% (Freeman i Hendersen, 1988; Johnson-Sabine i wsp., 1988; King, 1989; Vollrath i wsp., 1992; Whitaker i wsp., 1990; Włodarczyk- Bisaga, Dolan, 1996). Opis niektórych z przeprowadzonych tą metodą badań znajduje się w tabeli 13.

Badania te dotyczą przede wszystkim młodzieży, trudno jest więc odnosić je do innych przedziałów wiekowych. Zwykle są to badania, w których losowanie próby ma charakter warstwowy. Warstwy stanowią tu zwykle szkoły lub poszczególne klasy. Często te szkoły, w których badacze spodziewają się znaleźć najwyższy poziom zaburzeń. Pozwala to zmniejszyć badaną grupę, co obniża koszty i pozwala na udział w drugim etapie badania mniejszej grupy klinicystów. Stąd też w wielu badaniach próba losowana jest z populacji uczniów prywatnych szkół ponadpodstawowych dużych miast, rzadziej szkół o innym profilu lub z ośrodków wiejskich. Badania te zwykle nie obejmują osób nie uczęszczających na zajęcia szkolne.

### **3.2.6 JEDNOETAPOWE BADANIA KLINICZNE OBEJMUJĄCE CAŁE POPULACJE**

Metodą o najwyższym prawdopodobieństwie wykrycia osób chorych są badania, w których bezpośrednio badaniu poddawana jest cała populacja. Dla kobiet wskaźniki epidemiologicznego rozpowszechnienia anoreksji psychicznej kształtują się w tych badaniach od 0,1% do 0,84%, bulimii psychicznej od 1,1% do 4,1%, zaś syndromów subklinicznych anoreksji psychicznej do 3,7%. Rozpowszechnienie syndromów subklinicznych anoreksji psychicznej wynosi do około 3,7%, subklinicznej bulimii do 4,5%. Dla mężczyzn anoreksja psychiczna kształtuje się na poziomie 0,09%, bulimia zaś 0,1% (Garfinkel i wsp., 1995; Walters, Kendler, 1995; Rastam i wsp., 1989). Opis niektórych z przeprowadzonych tą metodą badań znajduje się w tabeli 14.

Badanie całej wyłonionej populacji posiada jedno podstawowe ograniczenie. W wypadku rozpowszechnienia zaburzenia na poziomie kilku procent badacz, chcący wyłonić grupę kilkudziesięciu zaburzonych pozwalającą na statystyczne opracowanie zjawiska, badając same

tylko dziewczęta musi odbyć osobiste badanie populacji co najmniej 1000 osobowej. Przy założeniu pracy przez 8 godzin 5 dni w tygodniu, przy średnim czasie trwania wywiadu wynoszącym 45 minut badanie takie zająć może do 4 miesięcy. Jest to o miesiąc więcej niż najkrótszy obecny w literaturze okres katamnezy. Zwiększenie liczby badających powodować może kumulację błędów wynikających z dodawania się różnic w diagnozowaniu pomiędzy poszczególnymi badaczami.

### **3.2.7 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZONEGO ODŻYWIANIA SIĘ**

Wielu adolescentów nie prezentując objawów zaburzeń odżywiania się o nasileniu klinicznym, czy nawet subklinicznym prezentuje jednak cechy zaburzonego odżywiania się. W badaniach cytowanych przez Ponton (1996) 33% z 6000 próby uczniów amerykańskich szkół średnich raportowało, iż przynajmniej dwa razy w tygodniu objada się, 5% białych, 3% czarnych i aż 9% nastolatków pochodzenia indiańskiego używało tabletek odchudzających, 4% białych, 3% czarnych i 7% nastolatków pochodzenia indiańskiego używało wymiotów do kontroli wagi ciała. Poszczególnych posiłków unikało kolejno 32% nastolatków pochodzenia indiańskiego, 25% białych i 16% czarnych. Dane z kwestionariuszy samooceny 3437 uczniów szkół średnich wykazały, iż 25% uważa, że są za grubi (75% z tej grupy stanowiły dziewczęta). 68% badanej grupy deklarowało bycie na diecie. W literaturze przedmiotu trwa dyskusja co do patologicznego charakteru odchudzania się u adolescentów. Wydaje się, iż wymaga ono kontekstualnej interpretacji uwzględniającej inne parametry, takie jak obiektywna masa ciała, czy znaczenie przypisywane wadze.

Według zaproponowanych przez autorów klasyfikacji DSM-PC kategorii uznaje się, że dodatkowo od 5-10% nastolatków cierpi na nieuwzględnione w klasyfikacjach psychiatrycznych syndromy zaburzonego odżywiania (Kreipe, Dukarm, 2000).

### **3.2.8 ZABURZENIA ODŻYWIANIA U DZIECI I OSÓB DOROSŁYCH**

Informacje co do rozpowszechnienia anoreksji i bulimii wśród dzieci opierają się przede wszystkim na opisach i studiach kazuistycznych. Brak jest w tym względzie poprawnych metodologicznie studiów epidemiologicznych (Fosson i in., 1987; Mouren-Someoni i in., 1993). W okresie do pokwitania objawy zaburzeń odżywiania przyjmują najczęściej charakter subkliniczny, niepełny lub manifestują się innymi formami zaburzeń odżywiania się, takimi jak emocjonalne unikanie jedzenia, czy jedzenie wybiórcze. W literaturze przedmiotu pojawiają się też doniesienia o *pica*, rzadkim schorzeniu polegającym na przyjmowaniu niejadalnych substancji (Bryant-Waugh, Kaminski, 1993). Dzieci do 13 roku życia stanowią około 0,1% leczących się z powodu bulimii psychicznej (Kent i in., 1992; Le Heuzey i wsp., 1995).

Przegląd badań obejmujących populację dzieci do lat 13 wskazuje na większy niż w okresie dojrzewania procent chłopców cierpiących z powodu jadłowstrętu psychicznego. Mieści się on w granicach pomiędzy 19 a 30% (Bryant-Waugh, 1993).

Zaburzenia odżywiania się, jakkolwiek rzadko, występują także po okresie pokwitania, stanowiąc często tylko objaw szerszego problemu. Rozpowszechnienie *anorexia nervosa* u osób dorosłych mieści się w przedziale pomiędzy 0,2 a 0,8%, bulimii zaś w granicach 0,7 do 1,3%. (Józefik, 1999a). W wypadku zespołu napadowego objadania się, choć danych na ten temat jest na razie dość mało, wydaje się, iż ich występowanie nie jest tak jednoznacznie związane z wiekiem jak anoreksji, czy bulimii (Hsu, 1996).

Często rozpoznawane w wieku dojrzałym zaburzenia odżywiania się są kliniczną dekompensacją zespołów pozostających wcześniej przez dłuższy czas na poziomie subklinicznym. Bulimia występuje często u kobiet, które wcześniej stosowały bez większego powodzenia diety odchudzające. Zaburzenia odżywiania się w okresie dorosłości mogą być też związane z ciążą lub porodem. Zwraca się uwagę, że zmiany ciała występujące w ciąży i konieczność modyfikacji diety prowadzą niekiedy do lęku przed utratą kontroli. Sytuacja ta może być początkiem powtarzających się epizodów objadania się i ograniczania jedzenia (Józefik, 1999a).

### **3.2.9 ZMIENNOŚĆ ZAPADALNOŚCI NA ZABURZENIA ODŻYWIANIA NA PRZESTRZENI LAT**

Jednym z ważnych zagadnień dotyczących zaburzeń odżywiania się jest zmiana ich rozpowszechnienia na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Analiza danych historii chorób z trzech okresów 1956-1958, 1963-1965 oraz 1973 – 1975 przeprowadzona w Szwajcarii wykazała wzrastający procent zapadalności na jadłowstręt psychiczny od 0,38 przez 0,55 do 1,12/100000/rok (Willi i wsp, 1990). W retrospektywnym badaniu ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Lucas i wsp. (1991) wykazał podobną zmianę w zachorowalności od 16,6 w 1935-1939 poprzez 7,0 w 1950-1954 do 26,3/100,000/rok w okresie od 1980-1984. W tym samym badaniu odniesiona do wieku zapadalność wynosiła 269,9/100,000 dla kobiet i 22,5/100,000 dla mężczyzn. Wg cytowanego autora wzrost dotyczył przede wszystkim kobiet w wieku 15-24 lat, bez wpływu na poziom zaburzeń u starszych kobiet i mężczyzn.

Niektóre dane wskazują, iż w krajach zachodnich dynamika wzrostu zachorowań uległa zatrzymaniu, a nawet odwróceniu (Johnson i wsp. 1989). Pojawia się też pogląd, że analiza danych epidemiologicznych wskazuje raczej na wzrost zapadalności na bulimię psychiczną niż jadłowstręt psychiczny (Hsu, 1996). Jadłowstręt psychiczny bywa też dzielony na dwa subtypy: bardziej nasilony i mniej zależny od bodźców kulturowych oraz mniej intensywny, w którym kulturowość ma istotne znaczenie. Wzrostowi ulegać ma tylko zapadalność drugiego (Ponton, 1996). Brak jest danych pozwalających na podobne porównania w wypadku zespołu napadowego objadania się. Jednostka ta opisywana jest dopiero od kilku lat. Poglądy co do wzrostu występowania zaburzeń

odżywiania na przestrzeni ostatnich 3-4 dekad są również podważane. Wzrost ilości rozpoznanych jest ze zmianami kryteriów diagnostycznych, lepszym dostępem do opieki specjalistycznej, zmianą jakości raportowania przypadków, zmianami demograficznymi oraz wadliwym liczeniem kolejnych hospitalizacji (Fombonne, 1995). Analizy te bywają jednak podważane z wyjątkiem może zmian kryteriów diagnostycznych (Hsu, 1996).

### **3.2.10 KULTUROWA ZMIENNOŚĆ ROZPOWSZECHNIENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ**

Zaburzenia odżywiania się zalicza się tradycyjnie do grupy schorzeń uwarunkowanych kulturowo. Po raz pierwszy opisywane były one wśród dziewcząt przynależących do klasy mieszczańskiej rozwiniętych społeczeństw zachodnioeuropejskich (Włodarczyk-Bisaga, 1994). Obecnie trudno jest jednak dopatrzeć się jednoznacznego związku pomiędzy występowaniem zaburzeń a klasą społeczną. Choć zaburzenia odżywiania się rozpoznawane są obecnie w każdym kontekście kulturowym, to nadal mniejsze rozpowszechnienie zaburzeń spotyka się w krajach III świata i rozwijających się w porównaniu do zachodnich krajów rozwiniętych. W niektórych z nich, takich jak w krajach Afryki środkowej, Papui Nowej Gwinei, Indii, czy Malezji problem ten zdaje się nie występować zupełnie lub pojawiać się tylko incydentalnie. W rozwiniętych krajach azjatyckich, takich jak Japonia, czy Hongkong rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego w badaniach populacyjnych wśród młodych kobiet występuje na poziomie od 0,03% do 0,08% (Bemporad, 1997). Choć pogląd ten wśród badaczy zagadnienia przeważa, to z dostępnych w literaturze danych bardzo trudno jest jednak wyciągać jednoznaczne wnioski. Oparte o jednorodną metodologię badania porównujące rozpowszechnienie zaburzeń w różnych krajach prowadzone są rzadko. Wyniki badań uzyskane w różnych krajach są trudne do interpretacji z uwagi na wątpliwości metodologiczne związane przede wszystkim z równoważnością narzędzi przesiewowych, czy skal diagnostycznych.

Pewne dane wskazują, iż poziom zaburzeń związany jest ze stopniem, w którym w danej kulturze dana osoba utożsamia się z normami świata zachodniego. W badaniach przeprowadzonych w Harare w Zimbabwie na grupie uczennic w wieku od 16 do 18 lat zachowania anorektyczne i bulimiczne występowały najczęściej u dziewcząt białych, najrzadziej u czarnych. W grupie mulatek zaburzenia były nasilone w stopniu średnim (Hooper i Garner, 1986). Jednocześnie badania wskazują, że emigracja, wiążąca się ze zmianą tradycyjnych wartości własnej kultury i z koniecznością asymilowania nowych wzorców związanych z kulturą zachodnią, zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania się. Dotyczy to zarówno kobiet białych, jak i przedstawicielek innych ras. Przykładem może być badanie Nasser (1988), które wykazało, że studentki pochodzenia arabskiego studiujące w Londynie znacząco częściej chorowały na bulimię niż ich rówieśnice studiujące w miejscu zamieszkania. Spójne z tym pozostają badania, które wskazują na pojawienie się zaburzeń odżywiania się u dzieci emigrantów pochodzących z różnych kultur i

krajów potwierdzając tezę, iż sytuacja konfliktu kulturowego sprzyja występowaniu trudności emocjonalnych, które mogą się manifestować stosunkiem do jedzenia (Hsu, 1990; Bryant-Waugh, Lask, 1991). Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania u imigrantów opisywane jest wręcz jako wyższe nie tylko w porównaniu z krajem pochodzenia, ale nawet krajem emigracji. DiNikola (1990) raportował wyniki prac Mumforda i Whitehousa, którzy badali dużą próbę azjatyckich i białych dziewcząt w Bradford, w Anglii. Dziewczyny pochodzenia azjatyckiego wykazały się większym rozpowszechnieniem zaburzeń niż ich białe rówieśniczki.

Począwszy od lat 80 w literaturze przedmiotu pojawiać zaczęły się doniesienia o zaburzeniach odżywiania w grupach mniejszościowych żyjących od pokoleń w Krajach Zachodnich i USA. Dotyczyć miały one w dużej mierze tych kobiet, które podejmowały trud inkulturacji w kulturę danego kraju (Weiss, 1995). W literaturze przedmiotu z ostatnich kilku lat pojawiają się doniesienia, że wśród młodych kobiet czarnych oraz pochodzenia indiańskiego objadanie się, poszczenie, wymioty oraz nadużywanie środków przeczyszczających jest bardziej nasilone niż wśród kobiet rasy białej (Striegel-Moore i wsp. 2000).

W ostatnim dziesięcioleciu w literaturze przedmiotu pojawiły się informacje, co do obecności zaburzeń odżywiania w krajach byłego bloku wschodniego. Choć brak jest w tym względzie jednoznacznych danych, wiele wskazuje na to, iż zmiany ustrojowe i kulturowe mające miejsce po roku 1989 wpłynęły na wzrost ilości osób leczących się z powodu tych zaburzeń (Józefik i in. 1994). W krajach tych brak jest niestety badań, które zajmowałyby się tym problemem z perspektywy epidemiologicznej. Problem ten w krajach byłego bloku wschodniego nie był nigdy systematycznie studiowany zarówno z powodu małego rozpowszechnienia zjawiska, jak i problemów natury metodologicznej (Włodarczyk-Bisaga i Dolan, 1996). Nie rozstrzygnięta więc pozostaje kwestia, czy w ogóle, a jeśli tak to, z jakiego rzędu wzrostem zachorowań mamy do czynienia. Ciekawe, choć nie do końca odpowiadające na to pytanie są te badania, które badają rozpowszechnienie zaburzeń w krajach o różnych systemach politycznych i ekonomicznych zamieszkałych przez ten sam naród lub osoby mówiące tym samym językiem. Jedno z nielicznych w tym zakresie badań objęło w roku 1989 studentów medycyny uczęszczających na zajęcia psychologiczne w Innsbrucku (Austria), Debreczynie (Węgry) i Lipsku (NRD). Badanie nie wykazało znaczących różnic pomiędzy występowaniem klinicznych zaburzeń odżywiania pomiędzy trzema badanymi populacjami, wręcz z dwukrotnie wyższym poziomem subklinicznej bulimii psychicznej wśród młodzieży węgierskiej (Garthner i wsp., 1995). W badaniu przeprowadzonym pośród 796 uczennic szkół średnich w Hongkongu oraz w jednym miejskim i wiejskim regionie Chin uczniowie z Hongkongu okazali się w znaczącym statystycznie stopniu chudszy, z niższym idealnym BMI, zgłaszali też więcej niezadowolenia z własnego ciała. Wykazywali oni też bardziej typową dla krajów zachodnich strukturę czynnikową EAT26, jednocześnie przy znacząco wyższych wynikach w skali ogólnej (Lee, Lee, 2000). Wyniki badania,

choć znaczące, nie pozwalają na wyciąganie wniosków, co do rozpowszechnienia w trzech badanych populacjach zaburzeń odżywiania się.

W dwuetapowym badaniu epidemiologicznym przeprowadzonym przez Katarzynę Włodarczyk-Bisagę na populacji 747 uczennic klas pierwszych jednej z dzielnic Warszawy brak było osób spełniających kryteria pełnoobjawowej diagnozy, a 2,34% prezentowało objawy subklinicznego nasilenia zaburzeń odżywiania się (Włodarczyk-Bisaga, Dolan, 1996). W badaniu 659 uczniów tych samych liceów, ograniczonym niestety tylko do etapu pierwszego, równo 0,5% uzyskało wynik powyżej 23 punktów (Włodarczyk-Bisaga 1992).

### **3.3 CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ**

#### **3.3.1 POMIĘDZY KONCEPCJAMI ETIOLOGICZNYMI A CZYNNIKAMI RYZYKA**

Opisy zaburzeń odżywiania się dokonane przez C. E. Laseuga oraz W. W. Gulla poza określeniem pierwszych kryteriów diagnostycznych przyniosły również próby rozumienia uwarunkowań zaburzeń. Obaj autorzy rozumieli anoreksję psychiczną jako chorobę o źródłach psychicznych powiązaną z sytuacją rodzinną pacjenta. Późniejsi autorzy skłonni byli traktować objawy jadłowstrętu jako wyraz hysterii, czy "genitalnej nerwicy kobiet" (Bemporad, 1997). Kontynuująca poglądy Freuda w tym zakresie szkoła psychoanalityczna interpretowała odmowę przyjmowania pokarmów jako wyraz zaburzenia w obszarze pierwotnego popędu płciowego związanego ze strachem przed "oralnym zapłodnieniem" i awersją do życia seksualnego (Eldeiberg, 1968). Opisanie przez Simmondsa zespołu wyniszczenia spowodowanego niewydolnością funkcji przysadki spowodowało, iż przez blisko 20 lat przypadki wyniszczenia dojrzewających dziewczyn i towarzyszący kacheksji obraz psychologiczny traktowane były jako wynik pierwotnego uszkodzenia układu nuroendokrynnego. Później jednak pogląd ten stopniowo ulegał zmianie. Związana ona była z zapoczątkowanym w roku 1930 opisywaniem zespołów i jednostek chorobowych wynikających z uszkodzenia przysadki, a nie dających ubytków wagi oraz stopniowym poznawaniem mechanizmów zmian endokrynnych w jadłowstręcie psychicznym (Yates, 1989). Pomimo, iż od czasu pierwszych badań nad zaburzeniami jedzenia minęło kilka dekad, to w poszukiwaniu źródeł zaburzeń odżywiania się nadal przeplatają się ze sobą, uzupełniają się lub sobie nawzajem przeczą różnorakie teorie. Pierwsza duża ich grupa skupia się nadal na poszukiwaniu źródeł biologicznych zaburzeń. Do drugiej zaliczyć można te wszystkie koncepcje, które powstawanie zaburzeń odżywiania się próbują wytłumaczyć mechanizmami intrapsychoicznymi. Trzecia ważna grupa koncepcji etiologicznych zaburzeń odnosi się do wpływu czynników socjo-kulturowych. Wreszcie ostatnia, stosunkowo najmłodsza, przyczyn zaburzeń upatruje w funkcjonowaniu rodziny przyszłych pacjentów. Coraz częściej też badacze przedmiotu dochodzą do wniosku, że jedynie wieloczynnikowy model etiologiczny ujmujący wszystkie te

czynniki naraz pozwala wyjaśnić wielowymiarowy fenomen zaburzeń odżywiania się (Józefik, 1999b).

Coraz częściej zamiast o etiologii pisze się o “czynnikach ryzyka”, opisując nie tyle potencjalne przyczyny, ile bardziej elementy składające się na rozwój zaburzeń (Józefik, 1999a). Takie podejście jest również bardziej zgodne z paradygmatem obowiązującym we współczesnych badaniach epidemiologicznych i klinicznych. Teorie etiologiczne zaburzeń odżywiania się odwołują się bowiem bardzo często bardziej do hermeneutycznych koncepcji niż do obowiązującej we współczesnej nauce metodologii badań naukowych.

Kluczem do poszukiwania czynników ryzyka zaburzeń odżywiania się są obserwacje z badań epidemiologicznych. Wielu badaczy uważa, że zrozumienie, dlaczego zaburzenia odżywiania się dotyczą przede wszystkim dojrzewających kobiet z zachodnich krajów rozwiniętych oraz rozwijających się, pozwoli zrozumieć źródła zaburzeń odżywiania w ogóle. Dyskusja na ten temat przekracza też często ramy specjalistycznych wydawnictw naukowych stając się fragmentem szerszego dyskursu o zmianach modelu kobiecości we współczesnym świecie (Ślęczka, 1999). W literaturze przedmiotu spotkać można co najmniej kilkanaście różnych czynników wymienianych jako istotne w powstawaniu zaburzeń. W niniejszej pracy zaprezentowane zostaną te najistotniejsze oraz mające związek z tematem pracy.

### 3.3.2 CZYNNIKI INDYWIDUALNE

#### 3.3.2.1 CZYNNIKI BIOLOGICZNE

Wśród współczesnych koncepcji dotyczących biologicznych czynników ryzyka związanych z występowaniem zaburzeń odżywiania się pojawiają się trzy ważne uzupełniające się wątki:

- predyspozycji genetycznych,
- mechanizmów neurohormonalnych towarzyszącym rozwojowi zaburzeń,
- korelacji pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a zaburzeniami afektywnymi i innymi zaburzeniami psychicznymi.

Wydaje się, iż czynniki genetyczne mogą mieć istotny wpływ na występowanie zaburzeń odżywiania się. Wśród bliźniąt jednojajowych częstość współwystępowania *anorexia nervosa* wynosi od 35 do 55%. Jest ona znacznie wyższa niż u bliźniaków dwujajowych, gdzie wynosi 14%. Rozbieżność ta jest znacznie większa niż w wypadku innych chorób psychogennych, gdzie wartości te wynoszą kolejno około 38% i 17%. W wypadku osoby chorej na *anorexia nervosa* groźba wystąpienia tego samego zaburzenia wśród krewnych pierwszego stopnia wynosi od 5 do 10% (Holland i wsp., 1988; Lask, Bryant-Waugh, 1993)

Badacze skłonni przypisywać znaczenie dziedziczeniu genetycznemu uważają, że etiologia jadłowstrętu psychicznego może być tłumaczona poprzez genetyczną słabość mechanizmu



homeostazy kontroli wagi, jak i wrodzoną predyspozycję do nadmiernej jej kontroli. Czynniki psychospołeczne są rozumiane w świetle tej teorii jako rodzaj “czynnika spustowego” wyzwalającego chorobę (Holland i wsp., 1988).

Mechanizm, który na drodze wrodzonej predyspozycji miałby wpływać na pojawienie się objawów jadłowstrętu psychicznego wiązany jest z prawdopodobnym uszkodzeniem ośrodków regulujących poczucie głodu oraz funkcje reprodukcyjne bezpośrednio w podwzgórzu. Mają one być związane z uwarunkowaną genetycznie nieprawidłową produkcją szeregu zróżnicowanych biochemicznie substancji zarówno na poziomie centralnym, jak i obwodowym, takich jak: cholecystokinina, VIPS, serotonina, noradrenalina, dopamina, opioidy, leptyny oraz neuropeptyd “Y”. Wszystkie one, a szczególnie ten ostatni, mogą być związane również z etiologią innych niż zaburzenia odżywiania się schorzeń psychicznych (Goldbloom, Garfinkel, 1993, Hirschberg, 1998). Zaburzenia te mogą mieć charakter nie tylko genetyczny. Badania osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się, które doświadczyły nadużycia seksualnego w dzieciństwie wskazują na obniżony poziom serotoniny u tych osób w porównaniu z osobami cierpiącymi na to zaburzenie bez takiego doświadczenia. (Korn, 2000; Weller, Weller, 2000). Poparte rzetelnymi badaniami naukowymi obserwacje kliniczne pacjentów z bulimią psychiczną dowodzą, że istnieje wysoka korelacja między występowaniem bulimii i depresji. Podobne, choć nie tak jednoznaczne informacje związane są z współwystępowaniem depresji i zespołu napadowego objadania się. Bulimia nervosa reaguje też pozytywnie na niektóre leki antydepresyjne oraz, co pojawia się czasem w literaturze przedmiotu, na terapię elektrowstrząsową. W rodzinach osób z *bulimia nervosa* stosunkowo często spotyka się też osoby chore na zaburzenia afektywne (Pilecki, 1999c). Mimo że charakter tego powiązania pozostaje nie rozstrzygnięty, stawiane są hipotezy, iż pacjenci z bulimią psychiczną oraz zespołem napadowego objadania się mają zaburzenie biologiczne podobne lub identyczne z tym, które prawdopodobnie istnieje w zaburzeniach afektywnych (Pope, Hudson, 1988; Brewerton, 1997).

Koncepcje ryzyka związane z mechanizmem dziedzicznym mają zarówno swoich zdecydowanych zwolenników, jak i przeciwników. Krytycy podkreślają nieuwzględnianie w tych koncepcjach roli dziedziczenia kulturowego związanego ze wzrastaniem w jednej rodzinie, czy istotności mechanizmów psychologicznych w powstawaniu zaburzenia. Nawet jednak krytycy przyznają, iż wymiar biologiczny może być swoistym elementem zwiększonej podatności na zachorowanie.

### **3.3.2.2 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z OSOBOWOŚCIĄ**

Jeden z pierwszych kierunków badań nad czynnikami ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania dotyczył struktury osobowości osób cierpiących na te zaburzenia. Zajmuje on nadal istotne miejsce w podobnych rozważaniach. W myśl tych koncepcji dekompensacja objawowa zaburzeń odżywiania się podporządkowana jest dynamice mechanizmów osobowościowych

(Bruch, 1962). Głównym wymienianym mechanizmem prowadzącym do powstania objawów jadłowstrętu jest rozszczepienie pojawiające się na poziomie *ego*. Występować ma ono we wczesnych fazach życia, natomiast w okresie dojrzewania połączonego z rozwojem kobiecych kształtów mechanizm ulegać ma uczynnieniu. Następuje rozszczepienie *ego* na dwie składowe, z których pierwsza utożsamiona z ciałem zostaje odrzucona. Kontrolowanie poprzez post i restrykcje „złego” ciała chroni istnienie dobrego, wyidealizowanego *ego*. Na podstawie tej kontroli budowana jest własna autonomia przyszłej pacjentki (Nogas, 1999). Podobne rozważania dotyczące zaburzeń bulimicznych zwracają uwagę na podobieństwa pomiędzy strukturą oraz osobowościowymi mechanizmami obronnymi osoby cierpiącej na bulimię i depresję. W myśl tej koncepcji zachowania bulimiczne mają charakter mechanizmu obronnego, reparacji, którego celem jest zniesienie napięcia wynikającego z poczucia winy. Bulimia bywa też łączona z typem osobowości z pogranicza (*border-line*) (Sugarman i wsp. 1982). Koncepcje te w nikłym stopniu znajdują odzwierciedlenie w pracach naukowych opartych o rzetelną metodologię. W badaniach przeprowadzonych przez Matsunaga i wsp. (2000) nad osobami wyleczonymi z zaburzeń odżywiania się 26% z 54 osób spełniało kryteria choć jednego zaburzenia osobowości, takiego jak osobowość „przegrywająca” (*self-defeating*), obsesyjno-kompulsywna lub osobowość „z pogranicza” (*border-line*). Osobowość typu „B” była w istotny sposób powiązana z obecnością objawów bulimicznych w wywiadzie. Analiza podobnych wyników dowodzi raczej związku obecności zaburzeń odżywiania z niedojrzałością osobowości niż z jakimś specyficznym mechanizmem osobowościowym.

Wielu autorów, tak jak Wolska (1999) uważa jednak, że posługiwanie się pojęciem cech osobowości w wypadku adolescentów nie jest trafne. Argumentują oni, iż w wypadku adolescentów cechy osobowości podlegają zbyt istotnym i dynamicznym zmianom, by traktować ją jako formację jednoznacznie stabilną. Stąd postulat używania raczej określenia „cechy indywidualne”. Oznacza ono po prostu te cechy, które odróżniają daną osobę od innych, bez przesądzenia o ich trwałości, czy niezmienności.

Trudność w takim właśnie opisie związana jest też z problematycznym rozróżnieniem wpływu, jaki na cechy indywidualne może mieć sama choroba, czy też proces jej leczenia. Jak chce Wolska (1999), cechy szczególne pacjentek anorektycznych, jak również to, co sądzą o sobie one same, czy jak widzą je osoby bliskie, ulega wyostreniu, czy nasileniu w chwili pojawienia się pierwszych objawów. Pamiętając o tych wątpliwościach nie można niezauważyć, że w opisach różnych autorów pojawiają się istotne zbieżności pomiędzy opisami cech intrapsychicznych osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się. Bomba, Mamrot, Orwid (1981) wymieniają takie cechy jak znaczną koncentrację na sukcesach i rywalizacji, solidność, pilność i skrupulatność wraz z silną potrzebą sukcesu. Dziewczęta z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego mają też unikać kontaktów z innymi osobami, zwłaszcza tych związanych z działaniami grupowymi oraz kontaktów z chłopcami. Spostrzeżenia te potwierdzają wyniki badań epidemiologicznych. Wysokie

wskaźniki zaburzeń odżywiania się stwierdzone są u studentek medycyny (Goldbloom, Garfinkel, 1993).

Iniewicz (1999) cytuje badania Gallatin'a (1982), który opisuje osoby cierpiące na jadłowstręt psychiczny jako dzieci "modelowe", posłuszne, współpracujące, perfekcjonistyczne, drobiazgowo, silnie związane z domem i prowadzące aktywny tryb życia. Cechą dziewcząt z bulimią psychiczną podkreślaną w literaturze w opozycji do osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego jest ekstrawerywność, wysoki poziom niepokoju, wstydlivość i wrażliwość w relacjach intrapersonalnych (Bryant-Waugh, 1988). Na przełomie lat 80 i 90 panował pogląd, iż osoby z rozpoznaniem bulimii psychicznej oraz zespołu napadowego objadania się mają skłonność do impulsywnego wydawania pieniędzy, kradzieży, nadużywania alkoholu lub narkotyków (Bulik i wsp., 1995). Współczesne badania zależność tę (szczególnie dotyczącą używek) komplikują i częściowo podważają. Wydaje się, iż problemy te dotyczyć mogą nie tyle samej bulimii psychicznej, czy zespołu napadowego objadania się, ale współwystępujących z nią takich zaburzeń jak depresja endogenna, czy syndrom stresy pourazowego (Dansky i wsp., 2000).

Reasumując, większość osób leczonych z powodu jadłowstrętu psychicznego w okresie poprzedzającym zachorowanie charakteryzowała się obecnością dwóch uzupełniających się zestawów cech. Z jednej strony przywiązywały one dużą wagę do osiągnięć, były ambitne, pracowite, sumienne, obowiązkowe, skupione na sprawach dotyczących nauki, jako prymusi, stawiani byli za wzór innym. Wielu ich działaniom towarzyszyła jednak niepewność siebie i niezadowolenie z osiągniętego celu, jak również lęk przed niepowodzeniem. Wyrazem powstającego pomiędzy tymi dwoma przeciwstawnymi zestawami cech napięcia była wręcz obsesyjna pilność i sumienność (Bryant-Waugh, 1988; Żok-Jaroszewska, 1988).

Uzupełnienie tych danych stanowią badania nad prezentowanym przez osoby z zaburzeniami odżywiania się obrazem siebie. W pracach prowadzonych w oparciu o Kwestionariusz „Obrazu Siebie” D. Offera (Koenig, Howard, Offer, Cremerius, 1984) osoby z rozpoznaniem zaburzeń w odżywianiu się wykazywały szereg znaczących różnic w obrazie siebie w porównaniu z populacyjną normą. Występowały one we wszystkich wymiarach psychologicznego *self*. Stosunkowo najmniejsze odchylenia od normy występowały w skali Kontroli emocjonalnej, umiarkowane w skali Obrazu własnego ciała, największe zaś w skali Tonu emocjonalnego określającej stopień emocjonalnego zrównoważenia, stabilność uczuciową oraz emocjonalny klimat przeżywania. Podobne jak w tej ostatniej skali odchylenia występowały w Skali relacji społecznych. Odchylenia występowały również w skali Kontroli świata zewnętrznego oraz Psychopatologii. Najwyższe jednak odchylenia dotyczyły skali Ja seksualnego mierzącej akceptację własnej seksualności. Osoby te nie odbiegały od normy w zakresie wyników skal: Ja rodzinne, Cele: wykształcenie i zawód, Moralność, oraz Przystosowanie. Jak podkreślają autorzy cytowanego doniesienia osoby z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się charakteryzowały się największymi odchyleniami od normy zarówno w ilości zaburzonych skal, jak i nasileniu

odchylenia ze wszystkich grup zaburzeń psychicznych. W dwóch skalach: Obrazu własnego ciała i Ja seksualnego, gdzie zaburzenia były szczególnie widoczne w innych grupach psychopatologicznych brak było podobnych zaburzeń w ogóle.

### **3.3.2.3 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z PŁCIĄ, ORIENTACJĄ ORAZ DOŚWIADCZENIAMI SEKSUALNYMI**

Płeć stanowi jeden z najistotniejszych czynników ryzyka rozwoju zaburzeń w odżywianiu się. Od 90% do 95% pacjentów leczących się z powodu zaburzeń odżywiania się to kobiety. Gdy jednak zaburzenia odżywiania się pojawiają się u mężczyzn, ich kliniczny obraz i nasilenie jest podobne do tych obserwowanych wśród kobiet (Wichstrøm, 1995). W interpretacji tego faktu poszukuje się wielu wyjaśnień, począwszy od biologicznych poprzez psychologiczne czy społeczne. Spotkać się też można z poglądem, iż zrozumienie uwarunkowań zaburzeń u mężczyzn i porównanie ich z czynnikami ryzyka występującymi u kobiet przybliży nas do zrozumienia źródła zaburzeń w odżywianiu się w ogóle. Uzupełnieniem danych co do roli płci w rozwoju zaburzeń są doniesienia o znaczeniu orientacji psychoseksualnej wśród mężczyzn oraz doświadczeń seksualnych wśród kobiet jako czynników ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania się.

W literaturze przedmiotu spotkać można pogląd, iż w wypadku mężczyzn istnieje wysoka korelacja między orientacją homoseksualną a obecnością zaburzeń odżywiania się. Panująca w środowisku homoseksualnym koncentracja na ciele i wyglądzie powodować ma zwiększony brak satysfakcji z wyglądu i obrazu siebie. Silberstein i wsp. (1989) w badaniu 71 studentów homoseksualistów i 71 studentów o orientacji heteroseksualnej oraz Siever (1994) w badaniu 59 homoseksualnych i 62 heteroseksualnych uczniów college'u raportowali mężczyzn o orientacji homoseksualnej jako charakteryzujących się bardziej nasilonym niezadowolaniem z masy i kształtu ciała oraz uznających wygląd za bardziej ważny dla ich tożsamości niż u ich heteroseksualnych kolegów. Podobne wyniki uzyskiwane są z badań nad korzystającymi z leczenia mężczyznami z zaburzeniami odżywiania się. Zgłaszają oni zwykle większą seksualną izolację, brak aktywności oraz nieakceptowany homoseksualizm niż kontrolna grupa dziewcząt (Herzog i in., 1984). Z badań przeglądowych dostępnych w literaturze danych wynika, iż mężczyźni z objawami bulimii mają wyższy wskaźnik homoseksualizmu niż kobiety z tym samym rozpoznaniem. Homoseksualizm według tych doniesień wydaje się znaczącym czynnikiem ryzyka bulimii psychicznej wśród mężczyzn. W odróżnieniu od kobiet z bulimią psychiczną mężczyźni z tym rozpoznaniem charakteryzują się też obniżeniem libido, nie wynikającym z ogólnego wyniszczenia (Braun, 1997).

W wypadku kobiet brak jest danych co podobnego związku pomiędzy orientacją seksualną a rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się. Wyniki badań są w tym względzie niejednoznaczne. Według niektórych badań kobiety z rozpoznaniem bulimii psychicznej znacząco częściej angażują się w przypadkowe i kompulsywne kontakty seksualne. Kobiety z rozpoznaniem bulimii

psychicznej uzyskują też niższe wyniki w skalach badających kobiecość, wyższe w skalach męskości i androgeniczności (Wichstrøm, 1995).

W literaturze trwa dyskusja na temat związku pomiędzy doświadczeniem seksualnego nadużycia w dzieciństwie a rozwojem zaburzeń jedzenia. Wśród badaczy problemu pojawia się pogląd, iż objawy bulimiczne mogą być wyrazem zespołu stresu pourazowego, szczególnie tego związanego z nadużyciem seksualnym lub gwałtem. Dane te dotyczą jednak przede wszystkim kobiet. Przyjmuje się, że do 40% pacjentek z zaburzeniami odżywiania, w tym szczególnie z bulimią psychiczną, było ofiarą takich traumatycznych sytuacji. Zwraca się uwagę, że doświadczenia te mają znaczenie dla kształtowania się poczucia własnej wartości, akceptacji własnego ciała i seksualności oraz identyfikacji ze społeczną rolą kobiety, (Wren, Lask, 1993; Korn, 2000; Weller, Weller, 2000).

#### **3.3.2.4 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z OKRESEM DOJRZEWANIA**

Pojawienie się pokwitania oraz wczesne pokwitanie stanowią istotny element ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania się. Bez wątpienia w momencie rozpoczęcia dojrzewania dziewczęta podlegają znacznie większym niż chłopcy zmianom kształtu i masy ciała powodującym u wielu dziewcząt pragnienie utraty masy ciała. Czynnikiem ten wymagać może też szerszej i głębszej interpretacji związanej z zasadniczymi różnicami pomiędzy procesem dojrzewania u dziewcząt i chłopców. Zaburzenia odżywiania się stanowiąc mają z tej perspektywy jeden z niespecyficznych wyrazów napięć psychologicznych towarzyszących dziewczętom w okresie adolescencji (Wichstrøm, 1995).

Badania epidemiologiczne prowadzone nad adolescentami w różnych kontekstach geograficznych wskazują, iż ogromna większość adolescentów nie znajduje się w okresie dojrzewania w stanie wielkich niepokojów przechodząc stosunkowo łagodnie od dzieciństwa do dorosłości. Można przyjąć opierając się na badaniach prowadzonych przez Offerę i wsp. (1988), a także przeprowadzonych wśród polskich adolescentów (Badura-Madej i wsp., 1988), że typowe dla młodzieży jest to, iż cieszą się życiem, czują się odprężeni i zrelaksowani. Płeć jest jednak zmienną istotną szczególnie w tych aspektach, które dotyczą psychologicznego wymiaru obrazu siebie, a zwłaszcza tych jego elementów, które związane są z mechanizmami radzenia sobie. Z badań tych wynika, iż chłopcy w okresie dorastania mają wyraźnie lepsze poczucie kontroli emocjonalnej niż dziewczęta. Przeżywają one też więcej obaw, czują się mniej zrównoważone emocjonalnie w porównaniu z chłopcami, z wiekiem tendencja ta pogłębia się. Starsze dziewczęta wcale nie czują się lepiej emocjonalnie zintegrowane niż młodsze. Dziewczęta przeżywają się też częściej jako osoby podatne na zranienie, samotne, mają więcej obaw. Typowe, że takie przeżywanie rośnie z wiekiem: więcej starszych dziewcząt niż młodszych przeżywa samotność i różne lęki. Chłopcy są też częściej i bardziej zadowoleni ze zmian zachodzących w ich ciele. Dziewczęta zdecydowanie częściej czują się brzydkie i nieatrakcyjne. We wszystkich krajach chłopcy uważają, że potrafią

lepiej kontrolować siebie, że mają lepszy nastrój, rzadziej przeżywają smutek, częściej akceptują zmiany zachodzące w ich ciele niż dziewczęta. Dziewczęta częściej doświadczają poczucia wstydu, mają więcej lęków, których nie potrafią zrozumieć, przeżywają większy wewnętrzny niepokój. Bardziej zwracają uwagę na oceny ze strony innych osób niż chłopcy.

Prezentacja powodów, dla których dojrzewanie może być szczególnie trudne dla dziewcząt wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Badania D. Offera nad uwarunkowaniami obrazu siebie wykazały znaczenie, jakie w powstawaniu pozytywnego obrazu siebie mają relacje rodzinne. Wykazał on, iż lepsze porozumiewanie się rodziców z dziećmi jest związane z bardziej pozytywnym obrazem siebie samego u adolescenta. Również w tym aspekcie zachodzą istotne różnice związane z płcią. Komunikacja matki i córki jest najsilniej związana z obrazem siebie dorastających dziewcząt, może mieć w powstawaniu obrazu siebie rolę rozstrzygającą. Komunikacja ojców i córek miała mniejszy wpływ na obraz samych siebie. W wypadku chłopców zależność pomiędzy ich obrazem siebie a relacją z rodzicami jest najmniej istotna (Offer i wsp., 1984).

Na uwagę zasługują tu również badania trans-kulturowe, które wskazują, iż praktycznie w każdej kulturze podjęcie roli kobiecej jest trudniejsze od męskiej, wymaga większych wyrzeczeń. W wielu kulturach osiągnięcie ideału kobiecości wiąże się ze znaczącymi wyrzeczeniami i wręcz cierpieniami (Bemporad, 1995). Oba te czynniki: kształtowanie obrazu siebie w oparciu o komunikację w rodzinie oraz kulturowe wymogi w stosunku do kobiecości stanowią ważną wzajemną cyrkularną uzupełnienie.

### **3.3.3 CZYNNIKI SOCJO-KULTUROWE**

#### **3.3.3.1 ZABURZENIA ODŻYWIANIA SIĘ JAKO SYNDROMY UWARUNKOWANE KULTUROWO**

Klasycznie zaburzenia odżywiania uważane są za syndromy uwarunkowane kulturowo. Nadal najwyższe rozpowszechnienie występuje wśród dziewcząt pochodzących z rozwiniętych krajów zachodnich. W krajach znajdujących się w innych obszarach kulturowych rozpowszechnienie zaburzeń związane jest ze stopniem, w którym w danej kulturze poszczególne osoby utożsamiają się z normami świata zachodniego. Emigracja, wiążąca się ze zmianą tradycyjnych wartości własnej kultury i z koniecznością asymilowania nowych wzorców związanych z kulturą zachodnią, zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania się. Podobny proces dotyczy podejmujących trud asymilacji przedstawicieli mniejszości narodowych żyjących od pokoleń w krajach kultury zachodniej. Wydaje się, iż podobne procesy dotyczą krajów podlegających transformacji socjo-kulturowej.

W ostatnim dziesięcioleciu socjologiczne i kulturowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania znalazły się w centrum zainteresowania wielu badaczy problemu. Zaczęto też przypisywać im coraz większą rolę (Weiss, 1995). Podstawowe zadawane sobie przez badaczy problemu pytanie

dotyczy tych elementów współczesnej zachodniej kultury, które wpływać mogą na pojawianie się zaburzeń. Jednym z najczęściej podejmowanych w takich badaniach tematem jest powiązanie pomiędzy zachodnimi ideałami piękna a chudością. Jak chcą niektórzy, tak jak Jablow (1993), rozważania takie powinny skupiać się na szerszym problemie zmiany modelu kobiecości w ogóle. Opisując zmiany w idealnym obrazie kobiety na przestrzeni XX wieku zauważył on, że w modelu współczesnej kobiecości zachodzą istotne zmiany dotyczące nie tylko modelu kobiecej urody, ale i norm zachowania. Współczesne kobiety mają przejawiać oznaki niezależności wyrażającej się zarówno w swobodnym wyborze zawodów, jak w wyrażaniu i realizacji swoich poglądów, a także w dążeniu do równego podziału pomiędzy siebie a swojego partnera obowiązków wynikających z pełnienia ról społecznych. W idealnym obrazie kobiety miejsce kobiet nie pracujących, zajmujących się domem i wychowywaniem liczego potomstwa, finansowo zależnych od swoich mężów, zajęły kobiety aktywne społecznie i zawodowo, realizujące swoje zainteresowania, robiące karierę na wzór „męski”, posiadające małą liczbę dzieci, dbające o swoją sylwetkę i osobisty rozwój (Wolska, 1999). Ponton (1996) analizując czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania się dostrzega w tym swoisty przejaw ironii. W ostatnich dziesięcioleciach, w czasie, w którym kobiety czują się znacznie silniejsze i bardziej kompetentne w sferze życia zawodowego, mają one również narastające poczucie, iż ich sukces w dużej mierze zależy od powodzenia w obszarze „piękna” i „chudości” stającej się celem samym w sobie. Trudno nie zauważyć, iż na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci w kulturze zachodniej również ideały męskości uległy znaczącym zmianom. Mężczyźni uzyskali prawo do wyrażania swoich uczuć, wrażliwości, troski o własne ciało. W obrazie idealnego męskiego kształtu widoczne są jednak dwa nurty. W pierwszym z nich muskulatura męska rozbudowywana jest do stopnia wręcz karykaturalnego. W drugim ideałem męskiej urody staje się upodobniony do kobiety, pozbawiony cech męskich efeb.

Badania nad historią zaburzeń odżywiania się oraz badania trans-kulturowe obraz ten komplikują. Zaburzenia odżywiania opisywane są znacznie dłużej niż obecny model kobiecego piękna. Zbliżone do anorektycznych ograniczenia w ilości spożywanych pokarmów obecne były w praktykach ascetycznych związanych z ideałem religijnej, a nie cielesnej doskonałości. Zaburzenia odżywiania się obecne są też w kulturach, w których dążenie do doskonałości wyrażonej chudością i panowaniem nad własnym ciałem nie jest istotne. Dla wielu osób cierpiących szczególnie na jadłowstręt psychiczny waga oraz kształt ciała nie wydają się ważne. Osoby te podkreślają często znaczenie, jakie ma dla nich poczucie kontroli i panowania nad swoim ciałem uzyskiwane przez odchudzanie. (Becker, Hamburg, 1996). Bez wątplenia kulturowych uwarunkowań zaburzeń odżywiania szukać należy głębiej niż tylko w obowiązującym modelu kobiecego piękna. Istotne, sformułowane na przestrzeni ostatnich kilku lat pytanie dotyczy również tego, dlaczego taki właśnie model stał się w kulturze świata zachodniego obowiązujący. Brak jest na nie jednak nadal zadawalających odpowiedzi.

### 3.3.3.2 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z KLASĄ SPOŁECZNĄ

Już w 1880 roku Fenwick konstatował, iż *anorexia nervosa* jest częstsza „wśród klas wyższych niż te, w których trzeba zdobywać chleb pracą swych własnych rąk” (za Ponton, 1996). Przez lata przeważał pogląd, iż najwyższa chorobowość zaburzeń odżywiania się występuje wśród dziewcząt ze szkół prywatnych w dużych miastach, w rodzinach stawiających wysoko osiągnięcia i umiejętność dostosowywania się (Szmukler, 1985). Obecnie trudno jest jednak dopatrzeć się jednoznacznego związku pomiędzy występowaniem zaburzeń a klasą społeczną lub też wyniki z poszczególnych badań epidemiologicznych przeczą sobie nawzajem. Jak chcą niektórzy jest to wynik swoistego rozszerzania się choroby na pozostałe warstwy społeczne (Rathner, 1992; Felker, Stivers, 1994). Pojawiają się też opinie, iż owa „klasowość” zaburzeń odżywiania się była właściwie od początku wynikiem błędnej interpretacji danych klinicznych, wynikającej np. z opierania wniosków w pierwszym etapie badań nad zaburzeniami na analizie kart chorobowych pochodzących z prywatnych klinik dostępnych właściwie tylko najbogatszym. Wydaje się też, że zaburzenia odżywiania korelują z gorszymi osiągnięciami szkolnymi, a co za tym idzie z obniżeniem statusu badanej osoby. Stąd też postulat uwzględniania w takich badaniach statusu rodziny pochodzenia w tym szczególnie statusu ojca. Wydaje się, iż występowanie zaburzeń odżywiania może wiązać się podwyższeniem jego statusu socjoekonomicznego (Willi i wsp., 1990). Badania nad związkiem klasy społecznej z występowaniem zaburzeń odżywiania się natrafiają też na szereg problemów natury metodologicznej. Jeden z podstawowych dotyczy tego, w jaki sposób klasa społeczna powinna być definiowana. We współczesnych badaniach pochodzących z krajów zachodnioeuropejskich pojęcie klasy społecznej utożsamiane jest często ze statusem ekonomicznym rodziny lub badanej osoby. Dotyczy to szczególnie badań amerykańskich. W polskich warunkach zależność ta nie jest jednoznaczna. Przyjąć można, że różnice społeczne panujące w okresie powojennym w dużej mierze oparte były o wynikającą z wykształcenia klasowość społeczną. Wydaje się, iż po roku 1989 ważnym dodatkowym wyznacznikiem statusu stał się sukces materialny. W Krakowie, oba te podziały nałożyły się na strukturę społeczną przedwojenną uwzględniającą jeszcze trzecią istotną kategorię „urodzenia”. Nie bez znaczenia pozostawać może też fakt odmiennej struktury trans- generacyjnej mieszkańców Nowej Huty, w dużej mierze wywodzących się ze wsi. Z uwagi na powyższe uwarunkowania badania nad „klasowością” zaburzeń powinny uwzględniać wszystkie te, w dużej mierze pokrywające się, jednak w istotnych szczegółach rozłączne kryteria.

### 3.3.3.3 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z KONCENTRACJĄ NA KSZTAŁCIE CIAŁA

Badania wymiarów modelek magazynu „Playboy” oraz laureatek wyborów „Miss America” wskazują na to, iż rozmiar ich bioder, biustów oraz ciężar ciała w sposób systematyczny zmniejszają się na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, zaś waga ogólnej populacji w USA ulega w tym czasie wzrostowi (Garner i Garfinkel, 1980 za Wichstrøm, 1995). Znaczenie przekazu



wiążącego chudość z kanonami estetycznymi oraz statusem zawodowym obecnego we współczesnych mediach gra w tym procesie znaczącą rolę. Ilość reklam dotyczących odchudzania się i chudości przy porównaniu pomiędzy magazynami dla mężczyzn i kobiet ma się jak 1/10. Przypadkowo, choć symbolicznie, odpowiada to wskaźnikom różnic w występowaniu zaburzeń w odżywianiu się pomiędzy płciami (Andersen, DiDomenico, 1992 za Stice, i wsp. 1994). Znaczące są w tym względzie reakcje kobiet na widok chudych modelek. Skutkuje ona typowo spadkiem poczucia własnej wartości oraz mniejszą satysfakcją z własnej wagi i kształtu, wzrostem depresyjności, nasilonym stresem, poczuciem winy, wstydem, poczuciem braku bezpieczeństwa. Sylwetka modelki jest nie tylko nieosiągalnym ideałem, ale powodem braku satysfakcji z własnego wyglądu (Stice i wsp., 1994). Badania wskazują, że grupą o zwiększonym ryzyku zachorowania na anoreksję są dziewczęta i młode kobiety, których kariera zawodowa związana jest z koniecznością utrzymywania szczupłej sylwetki i kontrolą swojego ciała. Dotyczy to nie tylko osób zajmujących się profesjonalnie tańcem, czy sportem, ale również kobiet, których zawody związane są z koniecznością prezencji (Lask, Bryant-Waugh, 1993). W badaniach przeprowadzonych przez Stice i wsp. (1994) 238 studentek w średnim wieku 20 lat wypełniło kwestionariusz poświęcony relacji pomiędzy obecnością zaburzeń odżywiania się, ekspozycją na przekaz medialny, internalizacją stereotypów dotyczących idealnego obrazu ciała, brakiem satysfakcji z własnego ciała oraz akceptacji roli przynależnej do własnej płci (*gender role-endorsement*). Ekspozycja okazała się w istotny sposób wiązać z obecnością patologii związanej z odżywianiem się oraz wyobrażeniem roli przynależnej do własnej płci. Ten ostatni wskaźnik wiązał się z internalizacją stereotypów idealnego obrazu ciała oraz brakiem satysfakcji z własnego. Powiązanie pomiędzy zawartymi w opisanym badaniu czynnikami może być kluczowe. Dla Bruch (1962) zaburzony obraz ciała jest, bowiem centralnym punktem symptomatologii zaburzeń odżywiania. Zdaniem autorki im bardziej jest on zmieniony, tym zaburzenia są mocniej nasilone.

Stopień wpływu, jaki na rozwój zaburzeń odżywiania się może mieć ten aspekt jest jednak trudny do zbadania. Bez wątplenia nasilenie zaburzeń odżywiania zbiega się w czasie z istotną zmianą postrzegania ideału idealnego kobiecego ciała. Wydaje się też, iż kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania mogą być na treść przekazu kulturowego dotyczącego norm chudości szczególnie wrażliwe (Becker, Hamburg, 1996). Media rozumiane są jako element wywołujący kulturową presję do bycia szczupłym. Ciało staje się towarem, symbolem, przejawem pracy, kontroli i panowania nad sobą i swoim życiem. Analiza tego, jak i podobnych doniesień pozwala na wyciągnięcie wniosków o znaczącym wpływie specyficznego obrazu ciała w mediach na pojawianie się zaburzeń odżywiania się, jak i o znaczeniu braku zadowolenia z własnego ciała jako jednego z istotnych czynników ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania się.

Badacze problemu podkreślają, iż szczególna podatność na taki przekaz dotyczy kobiet, adolescentów, imigrantów oraz osób żyjących w zmieniających normy kulturowe społecznościach. Adolescencja zaś, z uwagi na szczególnie intensywne poszukiwanie norm i wzorców, jest czasem

szczególnej wrażliwości na przekaz kulturowy. W wypadku młodych dziewcząt presja ta jest podwójna. W normach kultury zachodniej wywodzącej się z tradycji greckiej i rzymskiej kobieta w szczególny sposób definiowana jest przez atrakcyjność swojego ciała. Studia trans-kulturowe konfrontują nas jednak jeszcze z jednym interesującym i komplikującym rozważania fenomenem. Choć normy kobiecej urody w różnych kulturach definiowane są w odmienny sposób, to istnieje pewna ich wspólna cecha. Ideał ten przekracza zwykle fizjologiczne ograniczenia kobiecego ciała nakazując w poszukiwaniu doskonałości pokonywać naturę, nierzadko kosztem wyrzeczeń, cierpienia, czy wręcz kalectwa (Bemporad, 1997). Dietetyczne wyrzeczenia współczesnych modelek, wielomiesięczne tuczenie polinezyjskich piękności, okaleczanie stóp chińskich i japońskich arystokratek, afrykańskie zabiegi klitorektomii traktowane są, jako, choć różny w formie, przejaw tego samego fenomenu.

#### **3.3.3.4 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z KONCENTRACJĄ NA WADZE CIAŁA ORAZ DIETĄ**

Otyłość oraz stosowanie diety stanowi jeden z najlepiej poznanych i udokumentowanych czynników ryzyka zaburzeń odżywiania się. Prowadzone w różnych kontekstach kulturowych, w oparciu o różne podejścia metodologiczne, w przeważającej mierze jednak dwuetapowe badania longitudinalne wskazują na znaczenie otyłości oraz stosowania diety w rozwoju zaburzeń odżywiania się. Spowodowana realną otyłością dieta bywa w longitudinalnych badaniach prospektywnych czasem jedynym uchwytym początkiem rozwoju zaburzeń odżywiania się, w tym szczególnie bulimii psychicznej. Nie jest jednak czynnikiem jedynym i wystarczającym (Józefik, Pilecki, 1999). Stosowanie diety w sytuacji prawidłowego BMI jest już mniej oczywiste. Trudno jednoznacznie orzec, czy jest czynnikiem ryzyka rozwoju, czy też pierwszym symptomem choroby. Interpretatorzy tej zależności zwracają uwagę na znaczenie, jakie waga oraz kształt ciała mają we współczesnej kulturze zachodniej. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat otyłość nabrała w społeczeństwach zachodnich szczególnie złej konotacji. Trend ten rozpoczyna się w okresie dzieciństwa. Już małe dzieci dewaluują otyłych rówieśników, dla dziewcząt zaś nadmierna masa kojarzy się ze społeczną izolacją. Zjawiska te nasilają się w okresie adolescencji, w badaniach prowadzonych w rozwiniętych krajach zachodnich średnio 78% adolescentek pragnie ważyć mniej, tylko 14% jest zadowolonych ze swojej wagi. Podobnie zróżnicowane są zmiany wagi chłopców i dziewcząt w okresie dojrzewania. We wszystkich przedziałach wiekowych chłopcy są na początku okresu adolescencji chudszy od dziewcząt. W okresie adolescencji tracą oni na wadze, dziewczęta natomiast przybierają (Tobias, Gordon, 1980; Eisele i wsp., 1986 za Ponton 1996). Ważnym wskaźnikiem, który decyduje o zmianie ciężaru ciała, są dochody rodziny. W badaniach przeprowadzonych przez Garna i Clarka (1975) dziewczęta rasy kaukaskiej z rodzin o wysokich przychodach rozpoczynały adolescencję z wyższą masą wyjściową, kończyły je jako chudsze niż te z grup o niższych dochodach. Dziewczęta rasy białej rozpoczynały adolescencję z większą masą niż dziewczęta rasy afro-amerykańskiej. Kończyły ją natomiast jako chudsze.

Azjatki znajdowały się w tych badaniach najczęściej pomiędzy dziewczętami z pozostałych dwóch ras. Choć odchudzanie się oraz zachowania powodujące gwałtowne spadki masy ciała są znacznie częstsze wśród kobiet, to jednak, gdy chłopcy angażują się w zachowania dietetyczne, są one równie intensywne jak dziewcząt. Wydaje się, że u chłopców wyższa wyjściowa masa ciała w istotny sposób koreluje z rozwojem bulimii psychicznej w stopniu znacznie istotniejszym niż u dziewcząt (Braun, 1997). Zagadnienie to wymaga jednak dalszego badania. Nie zawsze jednak odchudzanie się skutkować musi pojawieniem się zaburzeń odżywiania się. Jest to jednak swoista pułapka, w której skłonni jesteśmy uwierzyć w pro zdrowotny charakter diety będącej już w istocie przejawem zaburzonego podejścia do wagi i własnego ciała (Ponton, 1996).

Z uwagi na powiązania pomiędzy zespołem napadowego objadania się a otyłością badania nad znaczeniem wagi i diety w psychopatologii zespołu napadowego objadania się natrafiają na szereg trudności metodologicznych. Dla ich uniknięcia najczęściej badania te skupiają się nad zagadnieniem różnic pomiędzy osobami otyłymi bez objawów zespołu napadowego objadania się oraz z objawami zespołu napadowego objadania się. Pacjenci leczący się z powodu otyłości z zespołem napadowego objadania się mają wyższy poziom patologii związanej z zaburzonym odżywianiem się oraz zaburzeń obrazu ciała w porównaniu z osobami otyłymi bez zespołu napadowego objadania się (Mussell, Mitchell i wsp. 1996 ; Mussell, Peterson i wsp. 1996). Mają też większe problemy z utratą wagi pozostając dłużej w programach odchudzających. Obecność jednak tych zaburzeń nie ma związku z wynikiem odchudzania się, wypadaniem z programów, czy nawrotem otyłości (Cash, 1991). Odchudzający się, którzy ponieśli porażkę, częściej spełniali jednak kryteria zespołu napadowego objadania się niż ci, którym się udało (Ferguson, Spitzer, 1995). Z badań nad chronologią pojawiania się poszczególnych objawów w zespole napadowego objadania się wynika, iż w połowie przypadków kompulsywne objadanie się poprzedza o kilka lat pojawienie się otyłości, czy odchudzania. Co istotne, pacjenci płci męskiej i żeńskiej z zespołem napadowego objadania się wykazują daleko idące podobieństwa w swoim stosunku do spraw wagi i odchudzania się oraz w powiązaniach pomiędzy tymi zmiennymi a obrazem siebie (Spurrell i wsp. 1997).

### **3.3.3.5 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z AKTYWNOŚCIĄ FIZYCZNĄ**

Powiązania pomiędzy zaburzeniami odżywiania a pragnieniem bycia chudym oraz stosowaniem diety skłania naukowców do badania tych grup, w których istnieje szczególna koncentracja na kształcie ciała, chudości, konieczność kontrolowania wagi ciała. Klasycznie przeważał pogląd, iż różnorodne aktywności sportowe powiązane są ze znacznie wyższym ryzykiem zaburzeń w odżywianiu się. W literaturze przedmiotu spotkać można dane ten pogląd potwierdzające, jaki i im zaprzeczające, tak jak badania amerykańskich nastolatków uprawiających zapasy (Lakin i wsp, 1991). Nowsze badania zwracają uwagę na znaczenie powodów, dla których aktywności fizyczne są podejmowane. Ćwiczenia "dla zdrowia" korelują u obu płci z pozytywnym

obrazem siebie oraz niskim poziomem zaburzeń w odżywianiu się. Ćwiczenia “dla sprawności fizycznej, kondycji” (*fitness*) u mężczyzn korelują podobnie, u kobiet jednak związane są z wysokim poziomem zaburzeń odżywiania się oraz zaburzeniami obrazu ciała. Ostatnio panuje pogląd o wykraczającej poza klasyczne ramy syndromu psychopatologii zaburzeń odżywiania wśród sportowców, wymagającej zmiany zarówno stosowanych kryteriów jak i podejścia metodologicznego (McDonald, Thompson, 1992 za Ponton, 1996).

W literaturze przedmiotu panuje pogląd, iż uprawianie baletu klasycznego stanowi szczególnie czynnik ryzyka. Badania tej grupy są jednak szczególnie trudne z powodu dużej świadomości problemu oraz lęku przed konsekwencjami jego ujawnienia. Zwykle procent odmów udziału w badaniach jest dość wysoki. Rozpowszechnienie pełno objawowych rozpoznania anoreksji sięgać może aż ponad 25% tych grup, przy znacznie niższym procencie bulimii wynoszącym do 3% (Garner i wsp, 1987). Trudno jest jednak orzec jednoznacznie czy uprawianie tańca klasycznego jest czynnikiem ryzyka czy też zajęcia i szkoły takie przyciągają specyficzne osoby. Często zajęcia takie rozpoczynane są jednak w bardzo młodym wieku, zdecydowanie częściej z intencji rodziców niż samych zainteresowanych. Może to świadczyć zarówno o niekorzystnym wpływie podobnych szkół, czy zajęć, jak i o specyficznym czynnikiem rodzinnym zwykle w podobnych badaniach nieuwzględnianym. W literaturze przedmiotu pojawiają się też ostatnio doniesienia sugerujące, że mężczyźni oddający się intensywnym zajęciom kulturowym są pod wieloma względami podobni do dziewcząt z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się. Miejsce irracjonalnego poczucia grubości zajmować ma u nich poczucie nadmiernej chudości.

### **3.3.4 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z SYTUACJĄ RODZINĄ**

#### **3.3.4.1 MODELE OPISU CZYNNIKÓW RYZYKA WYNIKAJĄCYCH Z SYTUACJI RODZINNEJ**

Jednym z ważnych rozpatrywanych czynników ryzyka jest sytuacja rodzinna pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. Badania nad nim skupiają się wokół dwóch istotnych wątków:

- zmiennych opisowych dotyczących rodzin osób leczących się z powodu zaburzeń odżywiania się,
- modeli interakcji rodzinnych doprowadzających do rozwoju zaburzeń.

Pierwsze z nich mając bardziej obiektywny charakter mało mówią mechanizmach mogących decydować o rozwoju zaburzeń. Te, które odnoszą się do modeli interakcji rodzinnych, mówią na ten temat więcej mając jednak w pewnym sensie hipotetyczny charakter. Odwołują się, bowiem bardziej do wniosków płynących z subiektywnych obserwacji klinicznych niż opartych o rzetelną metodologię badań naukowych. W literaturze przedmiotu ostatnich kilku lat pojawiają się doniesienia o próbach obiektywizacji obserwacji klinicznych związanych z poszukiwaniem rodzinnych źródeł zaburzeń odżywiania się. Związane są one zarówno ze stosowaniem specjalnie

w tym celu stworzonych narzędzi kwestionariuszowych, jak i bardziej złożonych procedur statystycznych.

### **3.3.4.2 DANE SOCJO-DEMOGRAFICZNE NA TEMAT RODZIN OSÓB Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA SIĘ**

Klasycznie przeważa pogląd, iż wskaźnik rozwodów, czy występowania niepełnych rodzin wśród rodzin chorych na zaburzenia odżywiania się jest niższy niż w populacji ogólnej. Dane demograficzne zdają się też wskazywać na wyższy wiek rodziców w momencie urodzenia przyszłej pacjentki. Wyniki takie uzyskano w badaniach Halla i Theander, nie uzyskały one potwierdzenia w studiach Weissa i Elberta (Hall, 1978; Theander, 1970; Weiss i Elbert, 1983; Kog, Vandereycken, 1985, za Józefik, 1999a). Badania przeprowadzone w Polsce przez Banaś i wsp. (1998) wykazały, iż wśród 55 pacjentów obu płci (53 kobiet, 2 mężczyzn) leczonych z powodu jadłowstrętu psychicznego oraz bulimii psychicznej (4 osoby) w I Katedrze Psychiatrii Akademii Medycznej w Gdańsku w zestawieniu z grupą kontrolną zaznaczył się związek występowania objawów z byciem wychowywanym przez pojedynczego rodzica. Ważny wątek badań nad uwarunkowaniami rodzinnymi dotyczy problematyki występowania problemów zdrowotnych wśród członków rodzin osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się. W badaniach przeprowadzonych przez Lilenfeld i wsp. (1998) wśród biologicznych krewnych pierwszego stopnia osób cierpiących na jadłowstręt oraz bulimię psychiczną obserwowano w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych znacząco statystycznie wyższy poziom zaburzeń odżywiania się, depresji endogennej oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. W rodzinach bulimicznych w odróżnieniu od rodzin z problemem anoreksji obserwować można było również podwyższony poziom problemów z różnorodnymi uzależnieniami. Ryzyko zaburzeń o typie osobowości obsesyjno-kompulsywnej związane było wyłącznie z rodzinami z problemem jadłowstrętu, będąc według autorów doniesienia specyficznym czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń o typie anorektycznym.

Z niektórych badań wynika, że w rodzinach pacjentów anorektycznych i bulimicznych znacząco częściej występują zaburzenia odżywiania się u bliskich członków rodziny. W grupie 1,831 krewnych 504 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się w oparciu o indywidualne badanie kliniczne oraz genogramy postawiono diagnozy kliniczne. Anoreksja nervosa okazała się rzadka w rodzinach osób z grupy kontrolnej. W rodzinach osób z zaburzeniami odżywiania się pełne oraz częściowe syndromy jadłowstrętu okazały się częste. Życiowe ryzyko zachorowania na jadłowstręt psychiczny w rodzinach osób z zaburzeniami odżywiania się wynosiło w tym badaniu od 11.3 do 12.3 na 100000 na rok. Ryzyko zachorowania na bulimię zaś 4.2 do 4.4 na 100000 na rok, również w istotny sposób częściej niż wśród grupy kontrolnej (Strober i wsp., 2000). Porównanie grupy rodziców pacjentów z bulimią z rodzicami pacjentów anorektycznych ujawnia częstszą historię otyłości w grupie pierwszej. W rodzinach tych znajdowano również więcej

poważnych chorób somatycznych, a także nadużywanie alkoholu przez ojców (Kog, Vandereycken, 1985). Choć poziom nadużywania substancji psychoaktywnych w grupie osób otyłych z rozpoznaniem zespołu napadowego objadania się nie różni się od grupy osób otyłych bez syndromu, to poziom alkoholizmu w rodzinach osób z zespołem napadowego objadania się jest w niektórych badaniach znacząco wyższy (Yanovski i wsp, 1993).

### **3.3.4.3 MODELE RODZINNYCH UWARUNKOWAŃ POWSTAWANIA JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO**

Pierwsze próby opisanie rodzinnych interakcji warunkujących między innymi powstawanie zaburzeń odżywiania się związane są z psychoanalitycznymi koncepcjami separacji i indywiduacji (Mahler, 1952) oraz relacji z obiektem sformułowanymi przez M. Klein (1975). Uzupełniały one klasyczne teorie psychodynamiczne formułowane przez Freuda oraz jego bezpośrednich kontynuatorów o wątek interakcyjnego charakteru relacji pomiędzy dzieckiem a rodzicami. Dopiero jednak paradygmat systemowy przyniósł możliwość poszukiwania uwarunkowań zaburzeń w perspektywie historii, dynamiki rozwoju, aktualnej struktury i wzorów funkcjonowania rodzin osób cierpiących na jadłowstręt i bulimię.

Badania nad modelami interakcji rodzinnych związanych z występowaniem zaburzeń odżywiania się, w tym przede wszystkim jadłowstrętu psychicznego, początkowo koncentrowały się nad próbą opisanie struktury rodziny z zaburzeniami odżywiania się. Podstawowy model do opisu rodzinnego kontekstu powstawania i utrzymywania się zaburzeń odżywiania się został sformułowany przez zespół kierowany przez Minuchina (Minuchin i wsp., 1978). Model ten opisywał rodzinę z problemem jadłowstrętu jako typ rodziny psychosomatycznej. Autorzy koncepcji formułując jej założenia odwołali się do dwóch podstawowych zasad. W pierwszej z nich założyli, że istnienie pewnego sposobu organizacji rodziny ma związek z pojawieniem się i podtrzymywaniem objawu. Jako typowe wymieniali uwikłanie, zmieszanie, nadopiekuńczość, sztywność, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów oraz włączeniem dziecka w konflikt rodziców. Według drugiej, istniejący już objaw utrzymuje homeostazę funkcjonowania rodziny.

Autorzy koncepcji postrzegali rodzinę jako swoistą matrycę, w oparciu, o którą kształtowane jest dziecko. Jako typowe dla anoreksji uważali wychowywanie się dziecka w rodzinie o nieostrych granicach i wzorach identyfikacyjnych, w której takie wartości jak ochraniać i lojalność stają się istotniejsze niż autonomia i samorealizacja. Dziecko zajmuje w tym modelu centralną pozycję w rodzinie. Rodzice podkreślają jego znaczenie oraz koncentrują się wręcz natrętnie na jego potrzebach. Troska między innymi o prawidłowe zdaniem rodziców jedzenie stanowi ważny element tej interakcji. Duże obszary funkcjonowania dziecka pozostają pod ścisłą rodzicielską kontrolą. Dziecko staje się też nośnikiem dumy i sukcesu rodziny. Porażki dziecka nabierają specjalnego znaczenia stając się porażkami całego systemu. Jest ono cały czas oceniane, co rodzi w nim obsesyjną potrzebę perfekcji we wszystkich przejawianych działaniach. Porażka jest, bowiem,

kłeską nie tylko dziecka, ale kłeską rodziny. Wszelkie działania zmierzające do uzyskiwania niezależności przez dziecko są niezwykle trudne do przeprowadzenia. Okres adolescencji przynosi uwydatnienie konfliktu pomiędzy lojalnością a potrzebą rozwoju. Osoba wychowywana w ten sposób ma problemy z postrzeganiem siebie w oderwaniu od rodziny. Zwraca się coraz bardziej w stronę rodziców, nierzadko będąc w istotny sposób włączoną w ich wzajemną relację. Pojawienie się objawów stanowi swoisty czynnik wybawiający dziecko z konfliktu pomiędzy potrzebą rozwoju a lękiem przed związaną z nim koniecznością oddzielenia się od rodziny (Minuchin i wsp., 1978).

Poglądy Minuchina znalazły znaczącą kontynuację w pracach M. Selvini Palazzoli oraz innych członków tzw. teamu mediolańskiego (Selvini Palazzoli, 1978). Podobnie jak autor koncepcji rodziny psychosomatycznej Selvini Palazzoli swój model oparła na własnych doświadczeniach z praktyki klinicznej obejmującej pracę zarówno w paradygmacie psychoanalitycznym, jak i systemowym. Najważniejszymi cechami proponowanej przez nią koncepcji jest dostrzeżenie wpływu czynnika socjo-kulturowego w rozwoju zaburzeń oraz znaczenia, jakie dla ich powstawania ma interakcja pomiędzy rodzicami przyszłej pacjentki. Podstawowym wymiarem tej gry jest wzajemne prowokowanie się i rozmijanie w oczekiwaniach prowadzące do zablokowania możliwości rozładowującej napięcia interakcji. Choć gra ta przejawiać może się na różne sposoby, to w rodzinach z problemem jadłowstrętu psychicznego najczęściej wyraża się ona poprzez milczącego, powstrzymującego się męża, pozornie bezsilnego wobec dominującej „wszystkowiedzącej” żony. Dziecko nakłaniane jest do przyznania racji w konfliktach jednej ze stron, wejścia z nią w koalicję przeciw partnerowi. Komunikaty te jednak nigdy nie są przekazywane dziecku wprost, otwarty konflikt naraziłby bowiem wszczynającą go stronę na oskarżenie o „niższość moralną”. Poprzez kolejne stadia koalicji i zdrad dziecko dochodzi w okresie adolescencji do momentu, w którym odmowa jedzenia staje się ważnym elementem interakcji z rodzicami w tym przede wszystkim matką. Tworzy ona symptom, jak i poprzez wynikający z niego wpływ na grę rodzinną doprowadza do jego utrwalenia.

Istotnym uzupełnieniem koncepcji Selvini Palazzoli i jej współpracowników są poglądy przedstawicieli tzw. teamu heidelberskiego Webera i Sterlina (1991). Podobnie jak członkowie teamu mediolańskiego podkreślają oni znaczenie, jakie dla rozwoju zaburzeń odżywiania mają relacje pomiędzy rodzicami przyszłej pacjentki. Z uwagi na wierność paradygmatowi psychoanalitycznemu skupiają się jednak bardziej na osobach rodziców niż drobiazgowej analizie ich wzajemnych interakcji. Z ich obserwacji wynika, iż rodzice przyszłej pacjentki z problemem jadłowstrętu kierują się raczej rozsądkiem niż uczuciami. Ponad satysfakcję seksualną oraz bliskość emocjonalną stawiają pozycję społeczną i stabilność wynikającą ze związku. Cenią harmonię, opiekę, umiejętność rezygnacji z siebie i swoich potrzeb. Kompetencja rodzicielska staje się istotnym wyrazem wartości małżeństwa. Poświęcanie się dla innych członków rodziny, w tym przede wszystkim dzieci staje się ideałem i wzorcem funkcjonowania rodzinnego. Wzorcem,

według którego kształtowane są też postawy dzieci. Brak realnego wsparcia w relacji małżeńskiej powoduje, że każde wymagające wysiłku dostosowywanie się wydarzenie życiowe staje się szczególnie trudne zarówno dla rodziców, jak i dzieci. Scalające dla związku znaczenie dzieci, brak przyzwyczajenia do negocjacji postaw sprawia, że okres adolescencji staje się szczególnie dla rodziców trudny. Podkreślanie znaczenia poświęcania się dla innych stać się może czynnikiem wyzwalającym powstanie zaburzeń odżywiania rozumianych w tym modelu jako wyraz symbolicznego idealnego poświęcenia i całkowitej rezygnacji z własnych potrzeb na rzecz potrzeb innych członków rodziny. Autorzy modelu przypisują też znaczenie związanym z utratami i tragediami procesom trans-generacyjnym zachodzącym w rodzinie, znaczeniu zjawisk delegacji oraz wiązania dzieci. Postrzegają oni powstawanie zaburzeń odżywiania się jako wyraz zatrzymanego procesu separacji i indywidualizacji, jaki ma miejsce w rodzinach z zaburzeniami odżywiania się. Podobnie jak autorzy poprzednich dwóch koncepcji postrzegają rodziny z problemem jadłowstrętu jako silnie wiążące, utrudniające autonomię i określenie własnej tożsamości. Zwracają oni uwagę na istnienie sztywnych granic zewnętrznych i spostrzeganie świata jako zagrożenia. Podkreślają oni również, iż analizując wzory międzypokoleniowe, większość fenomenów występujących w rodzinie nuklearnej można zidentyfikować w pokoleniach wcześniejszych (Weber, Sterlin, 1991).

### **Kliniczne modele rodzinnych uwarunkowań powstawania bulimii psychicznej**

W literaturze przedmiotu znaleźć można znacząco mniej danych na temat rodzin z pacjentem bulimicznym. Jak przytacza Józefik i Ułasińska (1999b), niektórzy autorzy wskazują, że w rodzinach pacjentek bulimicznych występują pewne charakterystyki, które odróżniają je od rodzin pacjentek anorektycznych. W przeciwieństwie do „pseudoharmonii” występującej w rodzinach pacjentek z jadłowstrętem psychicznym w rodzinach bulimicznych istnieje duża liczba otwartych konfliktów i skłonności do zachowań impulsywnych. Choć oba typy zaliczyć można do rodzin dośrodkowych, czyli wiążących, to potrzeba trzymania się razem nie jest w rodzinach bulimicznych tak jednoznacznie nasiloną. Konflikty są w rodzinach bulimicznych częste, różnice i trudności wyrażane są w sposób otwarty i często burzliwy. Dzieci często włączane są w konflikty między rodzicami, zobowiązane do opowiedzenia się po którejś ze stron konfliktu. Dziewczeta, u których rozwija się w przyszłości syndrom bulimii psychicznej, są w takich konfliktowych sytuacjach rzecznikami ojców, wchodząc z nimi w dwuznaczne emocjonalnie relacje. Dziewczyna taka jest swoistą „tatusiową córeczką”, ulubienicą ojca. Jest wobec niego lojalna i wierna. Często rywalizuje z matką o uprzywilejowaną pozycję przy nim (Kog, Vandereycken, 1985).

Wydaje się, iż wyobcowanie z większych rodzinnych wspólnot, poczucie izolacji jest wspólne dla rodzin z problemem anoreksji i bulimii. Rodziny z problemem anoreksji radzą sobie z tym doświadczeniem poprzez swoisty rodzaj izolacji, usztywniania zewnętrznych granic, poprzez odwoływanie się wręcz do poczucia dumy z wyjątkowości. Rodziny z problemem bulimii radzą



sobie z podobnymi odczuciami poprzez próbę idealnego spełnienia norm i oczekiwań społecznych. Troska o wygląd zewnętrzny, zachowanie, dokonania i postawy, bardzo wyraźna w tych rodzinach, prawdopodobnie wyraża tę tendencję. Waga i kształt ciała stanowią istotny element tych zabiegów (Lieberman, 1995).

#### 3.3.4.4 WYNIKI BADAŃ KWESTIONARIUSZOWYCH ORAZ ZŁOŻONYCH ANALIZ STATYSTYCZNYCH

Badania prowadzone przez Hodges i wsp. (1997) nad obrazem środowiska rodzinnego 131 pacjentów leczących się z powodu zaburzeń odżywiania się, w tym 43 pacjentów z zespołem napadowego objadania się w oparciu o Skalę środowiska rodzinnego (*Family Environment Scale - FES*) wykazały niższą kohezję w rodzinach pacjentów z zespołem napadowego objadania się w porównaniu z rodzinami z problemem jadłowstrętu psychicznego. Podobne wyniki w skali otrzymały rodziny z problemem bulimii psychicznej. W skali „aktywność-rekreacja” rodziny z problemem zespołu napadowego objadania się otrzymały znacząco niższe wyniki w porównaniu z wszystkimi innymi rozpoznaniem. W badaniach Felkera i Stiversa (1994) przeprowadzonych w oparciu o to samo narzędzie na kilkusetosobowej próbie nastolatków w średnim wieku 16,3 lat autorzy wykazali znaczący związek pomiędzy wynikiem kwestionariusza a ryzykiem wystąpienia bulimii i anoreksji psychicznej. W znaczący statystycznie sposób powiązane z ryzykiem zaburzeń okazały się niższe wyniki w skalach kohezji, ekspresywności oraz organizacji oraz wyższe w zakresie kontroli i konfliktów. Interesującym i pozornie paradoksalnym uzupełnieniem studiów nad rodzinami osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się są badania obrazu siebie adolescentów z problemem zaburzeń odżywiania się. Osoby te nie odbiegają od normy w zakresie wyników skali „Ja rodzinnego” Kwestionariusza D. Offera „Obraz Siebie”, przy znaczących zaburzeniach w większości innych skal. Interpretowane bywa to jako wynik idealizacji obrazu rodziny wynikający z nie zakończenia procesu separacji/indywidualizacji konstruującego obraz relacji rodzinnych jako idealny (Koenig, 1984).

Z badań Leung i wsp. (1996) wynika istnienie dwóch częściowo niezależnych od siebie ścieżek wpływu czynników rodzinnych na powstawanie patologii związanej z odżywianiem się. Pierwsza z nich związana jest z bezpośrednim wpływem nadmiernego znaczenia przywiązywanego przez członków rodziny do wyglądu oraz wagi na niezadowolenie z własnego ciała narażonej na zachorowanie adolescentki. Z drugiej strony dysfunkcje pojawiające się w systemie rodzinnym mają bezpośredni wpływ na pojawienie się niskiego poczucia własnej wartości mogącego wiązać się pośrednio z większą podatnością na problemy związane z odżywianiem się. Potwierdzeniem powyższych obserwacji są badania prowadzone przez Steigera i wsp. (1995) na matkach, ojczach oraz siostrach dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się. Wynika z nich istnienie trzech powiązanych ze sobą wzajemnie czynników rodzinnych mogących mieć związek z powstawaniem patologii w obszarze odżywiania się. Pierwszy z nich związany jest z obecnością

trosk oraz problemów z zaburzeniami odżywiania się, drugi szeroko rozumianych problemów emocjonalnych, trzeci zaś specyficznych zaburzeń oraz objawów obsesyjno-kompulsywnych. Dalsza analiza ujawnia związek między pojawianiem się zaburzeń odżywiania się a występowaniem szerokiego spektrum psychopatologicznego u obojga rodziców oraz zaburzeń odżywiania się u matek pacjentek. Obserwacje te pozwalają zdaniem autorów doniesienia stwierdzić, iż bez wątpienia wątek trans-generacyjny stanowi istotny element tworzący zaburzenia, nie pozwalają jednak w specyficzny sposób opisać rodzin, w których występują one, lub wystąpić mogą.



Portret żony

Petrus-Paulus RUBENS (1577-1640)

Bez wątpienia  
nasilenie zaburzeń  
odżywiania zbiega  
się w czasie z istotną  
zmianą ideałów  
kobiecego piękna.



Sci-Scan 94



Kate Moss

## **4 BADANIA WŁASNE**

### **4.1 KONTEKST PODJĘCIA BADAŃ**

Jak wynika z przedstawionego powyżej przeglądu literatury naukowej dotyczącej zaburzeń odżywiania się zagadnienie rozpowszechnienia tych zaburzeń w naszym kraju jest nie dość opisane. Przeprowadzenie badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń odżywiania się na wybranej próbie populacji młodzieży krakowskiej wydaje się z perspektywy prawdopodobnego wzrostu zachorowalności na ten typ zaburzeń szczególnie poznawczo interesujące. Było by to pierwsze tego typu badanie w Krakowie i jedno z pierwszych w Polsce. Badanie dostarczyć może informacji dotyczących rozpowszechnienia zarówno pełnych, jak i różnorodnych form subklinicznych postaci zaburzeń odżywiania się i zaburzonego odżywiania. Pozwoli ocenić rozmiar problemu, jak i skierować ewentualne działania prewencyjne do szczególnie narażonych grup. Zaburzenia w odżywianiu się występują w różnorodnych postaciach różniących się nie tylko charakterem objawów, ale ich nasileniem. Ich subkliniczne formy szczególnie o niezbyt nasilonym natężeniu pozostają zwykle poza zainteresowaniem klinicystów. Wydaje się, iż ich opisanie wnieść może wiele w rozumienie ich bardziej nasilonych odpowiedników.

Z uwagi na swój punktowy charakter niniejsza praca nie może w pełni odpowiedzieć na pytania dotyczące czynników ryzyka, czy modelu uwarunkowań powstawania zaburzeń odżywiania się. Celem autora jest poszerzenie opisu istniejących zaburzeń o czynniki nie powiązane wprost z kryteriami diagnozy syndromów zaburzeń odżywiania się, związane ze specyfiką psychologiczną, rodzinną i socjo-kulturową badanej grupy dziewcząt i chłopców. Oprócz wiedzy dotyczącej stanu obecnego badanie dostarczy możliwości porównań z nielicznymi podobnymi programami oraz materiału do późniejszych badań prospektywnych i porównawczych. Planowane przedsięwzięcie badawcze mieści się w nurcie badań zespołu, w którym pracuje autor. Porównanie wyników obserwacji klinicznych z materiałem uzyskanym w badaniu epidemiologicznym pozwolić może na ocenę wpływu, jaki na psychospołeczny obraz zaburzeń odżywiania się wywiera rozpoczęcie procesu leczenia.

Metodologia badań epidemiologicznych nad zaburzeniami odżywiania się nie jest doskonała. W literaturze przedmiotu brak jest jednoznacznych danych co do wartości stosowanych narzędzi przesiewowych, sposobu wyłaniania grupy. W szczególności dotyczy to populacji chłopców. W zamierzeniu autora praca stanowić ma przyczynek do udoskonalenia stosowanych metod i schematów badań.

### **4.2 STRUKTURA BADAŃ WŁASNYCH**

Zasadnicze opisane w pracy badanie oparte zostało na schemacie dwuetapowego badania epidemiologicznego punktowego rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się. Służyło ono określeniu rozpowszechnienia oraz zmiennych towarzyszących zdiagnozowanym zaburzeniom odżywiania się. Uzupełnieniem podstawowego celu było przeprowadzenie analizy wyniku

kwestionariusza EAT26 jako narzędzia badającego obecność syndromu zaburzonego odżywiania się. Taki sposób wykorzystania narzędzia, postulowany przez jego twórców, zdaniem autora rozszerza możliwości interpretacyjne zasadniczej części badania. Stąd też wykonane w trakcie badania analizy prezentowane są w kolejności odpowiadającej poszczególnym etapom badania. Z uwagi na uzupełniający charakter wniosków poszczególnych części prezentowanych badań zdecydowano się na wspólne omówienie wyników oraz dyskusję.

Przygotowując się do niniejszego badania przeprowadzono szereg analiz pilotażowych. Choć nominalnie wykonane zostały one przed badaniem właściwym, to dla spójności pracy ich opis, wyniki oraz wypływające z nich wnioski zawarte są w aneksie.

### **4.3 ZASTOSOWANE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE**

Termin zaburzone odżywianie się używany jest w niniejszym rozdziale w kontekście wyniku kwestionariusza EAT26. Określa on występowanie, nasilenie oraz pewne relacje pomiędzy takimi aspektami jak zwyczaje jedzeniowe, stosunek do sylwetki, tuszy oraz przyjmowania pokarmów. W zasadniczej części pracy zdecydowano się na użycie kryteriów DSM-IV oraz skal: Stosowanie diety/problemy z postrzeganiem własnego ciała, Problem: oczyszczanie/napady żarłocności z DSM-PC. Pomimo, że autorzy DSM-PC zapewniają o jej komplementarności z DSM-IV, pojawia się tu jednak kilka problemów praktycznych. Najpoważniejszy z nich związany jest z brakiem jednoznacznego rozgraniczenia pomiędzy dolną granicą kategorii: Zaburzenia odżywiania się nie sklasyfikowanych gdzie indziej, a górną obu kryteriów DSM-PC. Dla potrzeb niniejszego badania przyjęto, iż w wypadku objadania się oraz zachowań kompensacyjnych granicą jest kryterium czasowe (nie więcej niż trzy razy, przez okres ostatnich trzech miesięcy) oraz jakościowe (napady bulimiczne subiektywne), w wypadku objawów anorektycznych do grupy osób z diagnozą spełniającą kryteria DSM-PC zdecydowano zaliczyć się te, które spełniając kryteria subiektywne diagnozy jadłowstrętu mają zarówno prawidłową masę, jak i w wypadku dziewcząt miesiączkę. Zespół napadowego objadania się został w niniejszym badaniu potraktowany jako jednostka o trzech nasileniach: klinicznym i subklinicznym wg DSM-IV oraz subklinicznym wg DSM-PC. Zgadza się to z kryteriami i kierunkami badawczymi postulowanymi przez APA. Dla uproszczenia zdecydowano posługiwać się w wypadku zaburzeń spełniających kryteria DSM-PC nazwami odpowiadającymi syndromom klinicznym (subkliniczna anorexia nervosa wg DSM-PC itd.).

### **4.4 CELE PRACY**

Celem pracy jest określenie rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się w populacji uczniów obu płci klas pierwszych krakowskich szkół ponadpostawowych oraz weryfikację czynników określanych w literaturze przedmiotu jako czynniki ryzyka występowania zjawiska. Dodatkowym celem pracy jest analiza w badanej populacji zaburzonego odżywiania się mierzonego za pomocą kwestionariusza EAT26.

## 4.5 PYTANIA BADAWCZE

Autor przystępując do planowanego badania postawił sobie następujące pytania badawcze:

### W kontekście etapu I:

- Jakie jest nasilenie, charakter oraz wzorzec zaburzonego odżywiania się mierzonego kwestionariuszem EAT26 w badanej populacji?
- Jakie wskaźniki towarzyszą zaburzonemu odżywianiu się, określanemu za pomocą wyniku testu EAT26 dla poszczególnych płci?
- Czy porównując niniejsze wyniki z badaniami przeprowadzonymi w innych kontekstach kulturowych lub w innym czasie można prześledzić jakieś zachodzące w obrazie zaburzonego odżywiania się przemiany wzorce i tendencje?

### W kontekście etapu II:

- Jakie jest punktowe rozpowszechnienie klinicznych i subklinicznych form zaburzeń odżywiania się w populacji uczniów klas pierwszych szkół ponadpostawowych miasta Krakowa?
- Jakie czynniki towarzyszą klinicznym i subklinicznym objawom zaburzeń w odżywianiu się? Czy istnieją jakieś różnice i podobieństwa pomiędzy osobami spełniającymi różne kryteria diagnostyczne?
- Czy otrzymane wyniki podobne są do tych uzyskanych w innych kontekstach kulturowych lub w innym okresie?
- Czy można wyodrębnić te czynniki, które są specyficzne wyłącznie dla zaburzeń odżywiania, a nie zaburzonego odżywiania się?

## 4.6 HIPOTEZY BADAWCZE

W oparciu o literaturę przedmiotu sformułowane zostały następujące hipotezy:

### W kontekście etapu I

- **HIPOTEZA I:** Zaburzone odżywianie się mierzone za pomocą wyniku kwestionariusza EAT26 występuje w badanej populacji zarówno u dziewcząt, jak i chłopców w podobnym nasileniu jak w krajach kultury zachodniej. Tak w grupie dziewcząt, jak i chłopców średni poziom wyniku EAT26 oraz ilość przypadków skrajnie wysokich w porównaniu z badaniami przeprowadzonymi w Polsce na podobnych populacjach we wcześniejszym okresie uległy zwiększeniu.
- **HIPOTEZA II:** Obraz zaburzonego odżywiania się określony za pomocą analizy czynnikowej odpowiedzi kwestionariusza EAT26 jest dla badanej populacji dziewcząt specyficzny. Różni się on zarówno od obrazu stwierdzonego w podobnych badaniach wcześniej w Polsce, jak i od materiału pochodzącego z kręgu kultury zachodniej. Kierunek zmian upodabnia go jednak do obrazu charakterystycznego dla krajów rozwiniętych. W

grupie objętej niniejszym badaniem w oparciu o zastosowaną metodę chłopcy różnią się od dziewcząt jedynie nasileniem cech a nie ich odmienną charakterystyką.

- **HIPOTEZA III:** Zebrane podczas etapu pierwszego badania wskaźniki opisywane w literaturze przedmiotu jako czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania pozostają w istotnym statystycznie związku z nasileniem cech zaburzonego odżywiania się.

#### **W kontekście etapu II**

- **HIPOTEZA IV:** Punktowe rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się w badanej populacji określonych na podstawie połączonych kryteriów diagnostycznych DSM-IV i DSM-PC jest zbliżone do rozpowszechnienia w krajach kultury zachodniej mierzonego podobnymi metodami.
- **HIPOTEZA V:** W porównaniu z wcześniejszymi badaniami podobnych populacji prowadzonymi w Polsce doszło do wzrostu rozpowszechnienia zaburzeń, szczególnie o typie bulimicznym.
- **HIPOTEZA VI:** Uwzględnione w pracy wskaźniki opisywane w literaturze przedmiotu jako czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń w istotny sposób różnicują osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania się od osób zdrowych.
- **HIPOTEZA VII:** Pomędzy osobami zdiagnozowanymi istnieją istotne różnice w obrazie czynników współtowarzyszących związane z różnym charakterem prezentowanej patologii w ramach grupy zaburzeń odżywiania się.

## **4.7 DOBÓR POPULACJI ORAZ SCHEMAT BADANIA**

W celu sprawdzenia postawionych pytań badawczych oraz prawdziwości sformułowanych hipotez przeprowadzone zostało dwu etapowe badanie populacyjne losowo dobranej próby uczniów obu płci klas pierwszych krakowskich szkół ponadpodstawowych (ryc. 1). Przedział wiekowy wybrany został z uwzględnieniem szczytu zapadalności na zaburzenia przypadającego na wiek odpowiadający ostatnim klasom szkoły podstawowej oraz całej szkoły średniej. Klasy pierwsze wybrane zostały z uwagi na możliwość śledzenia wyłonionej grupy przez kolejne lata, co znacznie utrudnione jest w wypadku przejścia ze szkoły podstawowej do średniej. W grupie tej, co wynika z obserwacji klinicznych, spodziewać się też można zdecydowanie większej ilości osób z klinicznym nasileniem zaburzeń odżywiania niż w grupie młodszej. Zdecydowano się też na przebadanie uczniów wszystkich typów szkół licząc na uzyskanie danych ze zróżnicowanej demograficznie i socjologicznie populacji. Badanie przeprowadzone zostało w roku szkolnym 1998/1999 poprzedzającym reformę systemu szkolnictwa.

Z populacji uczniów obu płci uczęszczających na zajęcia w 467 oddziałach klas I krakowskich szkół ponadpodstawowych na podstawie losowania warstwowego bez zwracania (przy założeniu, iż każda klasa każdej szkoły stanowi jedną warstwę, wyłoniono 58 klasy). Losowana była ilość oddziałów z danej szkoły, bez wskazywania na konkretną klasę. Do grupy dołączono 2

klasy Liceum Plastycznego oraz 1 klasę Szkoły Muzycznej. W trakcie badania 6 klas z uwagi na brak zgody dyrekcji na badanie wypadło z grupy. Zostały one zastąpione 6 wybranymi według tej samej metody losowania warstwowego klasami ze szkół o podobnym profilu. W ostatecznej analizie nie zostało uwzględnionych 6 klas, w których badanie zostało kontrolnie losowo wykonane jako anonimowe. Złożyło się to na łączną grupę 55 klas. Badanie właściwe poprzedzone zostało przez badania pilotażowe sprawdzające zarówno stosowane narzędzia, jak i planowany schemat badania (patrz Aneks)

#### **4.8 SCHEMAT BADANIA ETAPU I (EI)**

Wyselekcjonowana grupa poproszona została o wypełnienie Kwestionariusza etapu I (KE I), w skład, którego wchodziły:

- Kwestionariusz demograficzny oraz czynników ryzyka (KDI),
- Kwestionariusz postaw związanych z odżywianiem się (EAT26),
- Kwestionariusz „Obrazu Siebie” D. Offera (OSIQ).

Badany otrzymywał dwie skanerowe karty odpowiedzi. Imię i nazwisko oraz preferencje, co do miejsca przeprowadzenia etapu drugiego wypełniane były przez badanych na oddzielnej kartce papieru. Opis zastosowanych metod oraz Kwestionariusz etapu pierwszego wraz z kartami odpowiedzi zawiera aneks.

Etap pierwszy przeprowadzony został przez pięciu mających doświadczenie w podobnych badaniach psychologów. Wyłonione klasy były im przydzielane w sposób losowy. Po uzyskaniu zgody dyrekcji umawiali się oni z dostępną w danym czasie klasą pierwszą w szkole na dwie następujące po sobie godziny lekcyjne. Wypełnianie kwestionariusza poprzedzone było krótkim wyjaśnieniem celów badania opisywanego jako badanie postaw jedzeniowych i stosunku do spraw odżywiania. Ankieterzy zaznaczali też, iż udział w badaniu jest dobrowolny, a zgoda na badanie obejmuje również etap drugi, czyli rozmowę z ankieterem poszerzającą zagadnienia z etapu pierwszego. Badani nie byli wprowadzani w szczegóły zasad rekrutacji do udziału w etapie drugim. Badający wyjaśniali też sposób wypełniania kart odpowiedzi skanerowych użytych do badania oraz zaznaczali po badaniu na kartach identyfikatory poszczególnych uczniów. Całość etapu pierwszego przeprowadzona została w okresie od 4.05.99 do 30.06.99. Wyniki badania analizowane były na bieżąco przy użyciu zestawu skanerowego wraz z napisanym na potrzeby badania programem obliczającym wyniki kwestionariusza przesiewowego EAT26. Arkusze bez wypełnionej części pozwalającej na identyfikację osoby, z brakującymi odpowiedziami na więcej niż trzy pozycje narzędzia przesiewowego lub wypełnione w sposób sugerujący brak chęci do udziału w badaniu (w czasie krótszym niż jest potrzebny na przeczytanie pytań) zostały wyeliminowane. Do osób nieobecnych wysłano na adresy domowe lub pozostawiono w szkole (jeśli dyrekcja nie chciała podać adresu) kwestionariusze badania z rozszerzoną informacją co do sposobu wypełnienia.



## **4.9 SCHEMAT BADANIA ETAPU II (EII)**

Wszystkie osoby, które w kwestionariuszu EAT26 otrzymały punktację równą lub większą od 20, zostały zakwalifikowane do drugiego etapu badania. Do udziału w nim zaproszona została również grupa kontrolna wyłoniona na drodze losowej z populacji osób, które uzyskały wynik mniejszy od 20.

Osoby wyłonione do udziału w etapie II poddane zostały badaniu Kwestionariuszem etapu II (KE II), w skład którego wchodziły:

- Pytania uzupełniające Kwestionariusza demograficznego (KDII),
- Kwestionariusz badający objawy zaburzeń odżywiania się (EDE)(patrz aneks).

Na podstawie indywidualnego wywiadu opartego o to ostatnie narzędzie postawiona została diagnoza odpowiadająca kryteriom DSM-IV oraz DSM-PC. Badane dziewczęta poproszone zostały również o udzielenie odpowiedzi na pytania Kwestionariusza presji kulturowej (KPK) (patrz Aneks). Etap II badania prowadzony był przez lekarzy psychiatrów oraz psychologów z doświadczeniem klinicznym. Badani byli przydzielani klinicyście w sposób losowy. Etap drugi badania odbył się w okresie od 08.05.99 do 30.07.99. Jedna osoba zbadana została 20.08.99. Badający umawiali się na rozmowy z wyłoniętymi indywidualnie, uwzględniając przy tym zaznaczone w trakcie badania Etapu I preferencje co do miejsca przeprowadzenia badania. Trzykrotne nie stawienie się na termin rozmowy traktowane było jako odmowa udziału. Badani byli też przez ankietatorów mierzeni oraz ważeni. Ankietery nie znali wyników testu przesiewowego badanej przez siebie osoby. Średni czas spotkania wynosił od 30 do 75 minut w zależności od sposobu odpowiadania na pytania, obecności bądź braku jakichkolwiek objawów.

## **4.10 WĄTPLIWOŚCI NATURY ETYCZNEJ**

Wydaje się, iż jednym z elementów najczęściej wypaczających wyniki podobnych jak planowane badań jest strach przed „ujawnieniem” w przebiegu badania często skrywanych przed bliskimi objawów. Przeprowadzone badanie pilotażowe częściowo wątpliwości te potwierdziło. Stąd też jako istotny składnik badania wymienia się zapewnienie ankietowanych o jego „naukowym” charakterze oraz pełnej niejawności wyników. Taka informacja zawarta została we wstępie do Kwestionariusza etapu I. Pojawia się tu istotny problem etyczny związany z ewentualnym zareagowaniem na zdiagnozowanie u badanej osoby objawów niebezpiecznych dla życia i zdrowia. Klinicyści prowadzący badanie etapu drugiego zobowiązani zostali do przekazania badanym informacji co do możliwości uzyskania pomocy w Klinice w chwili, w której stan badanego wymagałby takiej interwencji. Przypadki szczególnie drastyczne miały być analizowane indywidualnie w trakcie badania.

## **4.11 METODY ANALIZY DANYCH**

Analiza statystyczna dokonana została na komputerze klasy IMP PC w oparciu o program SPSS for Windows. Z uwagi na różnice metodologiczne związane m. in. z różnym charakterem

zmiennych niezależnych w poszczególnych częściach badania szczegółowe rozwiązania zaprezentowane zostaną w odpowiednich podrozdziałach.

## **4.12 WYNIKI**

### **4.12.1 WYNIKI ETAPU I BADANIA**

#### **4.12.1.1 PRZEBIEG BADANIA ETAPU I**

Badaniu kwestionariuszowemu etapu pierwszego poddanych zostało 1458 uczniów (754 dziewczęta z 47 klas, 704 chłopców z 52 klas). Z powodu braku odpowiedzi na więcej niż trzy pytania kwestionariusza EAT26 lub wypełnienie go w czasie sugerującym nieczytanie pytań wyeliminowane zostały 47 arkuszy: 23(3,05%) w grupie dziewcząt oraz 24(3,4%) w grupie chłopców. W trakcie badania w szkołach nieobecne były 123 uczennice oraz 158 uczniów. Wysłano do nich na adresy domowe lub pozostawiono w szkole (jeśli dyrekcja nie chciała podać adresu) kwestionariusze badania z rozszerzoną informacją o sposobie wypełnienia. 31 (25,2% nieobecnej grupy) dziewcząt oraz 33(20,88% nieobecnej grupy) chłopców odesłało kwestionariusze. Dołączono je do grupy badanej. Wynik kwestionariusza EAT26 obliczony został łącznie dla 1475 osób: 762 dziewcząt oraz 713 chłopców. Liczebność grupy z brakującymi mniej niż 3 odpowiedziami wyniosła 39 (21 dziewcząt, 18 chłopców). Zostały one zastąpione średnią wartością odpowiedzi dla danej osoby.

#### **4.12.1.2 BADANA GRUPA**

W chwili badania stałe zamieszkanie w Krakowie zgłaszało 59% dziewcząt oraz 58% chłopców. Czasowy pobyt w Krakowie deklarowało 8,3% dziewcząt oraz 3,8% chłopców. Zdecydowana większość z pozostałych badanych zamieszkiwała w okolicach Krakowa, lub w miejscowościach województwa Małopolskiego. W szkołach zasadniczych zawodowych uczyło się 22,7% dziewcząt oraz 35,1% w technikach, odpowiednio 13,7% i 16,7%, liceach o profilu technicznym 13,4% i 19,0%. 36,5% dziewcząt i 24,0% chłopców pobierało nauki w państwowych liceach ogólnokształcących, 5,9% i 1,1% liceach artystycznych, 7,8% i 4,1% w liceach prywatnych. Opis pozostałych podstawowych danych dotyczących badanej populacji bez podziału oraz z zastosowaniem podziału na grupy zależne od wyniku EAT26 zawierają tabele 15, 16.

#### **4.12.1.3 METODY ANALIZY DANYCH**

##### **Metody opisu zaburzonego odżywiania się**

Jako kryterium diagnozujące problem użyty został kwestionariusz EAT26. Jego wyniki analizowane były na trzech poziomach:

- odpowiedzi na poszczególne pytania odnoszące się do konkretnych zachowań związanych z odżywianiem się,
- punktacji sumarycznej oraz średniej w skali głównej i podskalach,
- relacji pomiędzy poszczególnymi pytaniami ocenianej za pomocą analizy czynnikowej.

### **Wynik kwestionariusza EAT26 jako zmienna podstawowa, użyte testy statystyczne**

W przedstawianym badaniu oparto się na wynikach pochodzących z danych uzyskanych w trakcie etapu pierwszego badania rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się. Podstawową zmienną zależną użytą w analizach statystycznych był wynik testu EAT26 traktowany jako zmienna ciągła (EAT). Zmienne niezależne stanowiły pozostałe wskaźniki.

Przeprowadzono następujące analizy statystyczne:

- dla zmiennych porządkowych – analizę współczynników korelacji rang Spearmana,
- dla wskaźników jakościowych – jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA lub wyników testu t istotności różnic między średnimi arytmetycznymi dla grup niezależnych.

W przypadku współczynników korelacji za merytorycznie istotne uznano takie, których wartość przekraczała 0,3, a jednocześnie były istotne statystycznie poniżej poziomu 0,05. W przypadku współczynników, których wartość zawarta była między 0,2 a 0,3 przy spełnionym tym samym kryterium istotności statystycznej używano określenia „zaznacza się trend w kierunku ujemnej/dodatniej zależności”.

### **Analiza czynnikowa kwestionariusza EAT26**

Analizę czynnikową testu EAT26 przeprowadzono metodą głównych składowych, z rotacją „oblimin”. Ilość czynników określono za pomocą testu osypiska (Scree testu Cattela).

#### **Metoda prezentacji wyników**

Dla czytelności niniejszej pracy w poniższym tekście szerzej prezentowane są konkluzje wyników tylko tych analiz, które okazały się istotne statystycznie. Zmienne prezentowane są w grupach tematycznych, bez względu na typ zastosowanej analizy.

#### **4.12.1.4 WYNIKI KWESTIONARIUSZA EAT26**

W badanej populacji w oparciu o pytania kwestionariusza EAT26 całkowity brak stosowania diety odchudzającej deklarowało 54,3% dziewcząt oraz 85% chłopców. Do wymiotowania po posiłkach przyznało się 14,3% dziewcząt oraz 7,7% chłopców. Choćby rzadko chęć taką odczuwało 25,5% badanych dziewcząt i 10,4% chłopców. Starano się nie jeść pomimo odczuwania głodu 64,8% dziewcząt i 36,1% chłopców.

Średni wynik testu EAT26 dla dziewcząt wyniósł 9,7 ( $\pm 8,548^1$ ), dla chłopców zaś 4,82 ( $\pm 5,433$ ). Wynik wyższy niż 20 punktów otrzymało 89 (11,7%) dziewcząt oraz 21 (2,94%) chłopców. Na podstawie przeprowadzonego testu osypiska uzyskano rozwiązanie pięcioczynnikowe dla dziewcząt (rycina 2). Rozwiązanie to wyjaśniało 49,9% wariacji odpowiedzi na pytania. Wartości własne poszczególnych czynników (w liczbach bezwzględnych, procentach oraz procentach skumulowanych) prezentuje tabela 17, korelacje między nimi tabela 18, ładunki czynnikowe tabela 19. Przeprowadzono również analizę odpowiedzi udzielanych przez chłopców. Na podstawie przeprowadzonego testu osypiska uzyskano rozwiązanie czteroczynnikowe (rycina 3). Rozwiązanie to tłumaczyło 40,5% wariacji odpowiedzi na pytania kwestionariusza. Wartości własne poszczególnych czynników prezentuje tabela 20, korelacje pomiędzy nimi tabela 21, zaś ładunki czynnikowe tabela 22.

#### 4.12.1.5 CZYNNIKI INDYWIDUALNE

##### Czynniki demograficzne

Analizie poddane zostały następujące wskaźniki:

- wiek badanych (istotny z powodu drugoroczności),
- typ szkoły (podział na licea ogólnokształcące, licea artystyczne, licea prywatne, licea techniczne, szkoły zasadnicze oraz podział ze względu na obecność lub brak egzaminu maturalnego),
- miejsce zamieszkania (stałe oraz związane z nauką).

Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku EAT z typem szkoły, wiekiem, jak i miejscem zamieszkania. Dodatkowo sprawdzono, za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa na ile rozkład wyników w klasach zgodny jest z rozkładem normalnym. Otrzymane rozkłady wyników nie odbiegały w sposób istotny statystycznie od normalnego.

##### Wskaźniki związane z obrazem siebie

W wypadku zmiennej EAT wśród dziewcząt w 3 skalach Kwestionariusza „Obraz Siebie” D. Offera (Emocjonalnego tonu, Obrazu własnego ciała, oraz Psychopatologii) zaznaczył się trend w kierunku ujemnym związków (tabela 23). W wypadku chłopców brak było takich zależności. We wszystkich wypadkach wzrost wyniku EAT związany był z wynikiem świadczącym o gorszym przystosowaniu w standaryzowanych skalach kwestionariusza „Obrazu Siebie”.

##### Czynniki związane z obiektywnymi wskaźnikami wagi

Analizie poddane zostały relacje pomiędzy EAT a wagami podanymi przez badaną osobę, tj. obecną wagą (aWAG), wagą najniższą (nWAG) i najwyższą (wWAG) przy obecnym wzroście (WZR) oraz wagą pożądaną (pWAG). Analizie poddane zostały ich wartości bezwzględne oraz

---

<sup>1</sup> Odchylenie standardowe

parametry przetworzone w oparciu o Indeks Masy Ciała (kolejno BMIa, BMI<sub>n</sub>, BMI<sub>w</sub>, BMI<sub>p</sub>) a także różnice pomiędzy wagą obecną a pożądaną (BMI<sub>r</sub>). W wypadku dziewcząt stwierdzono istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy EAT a BMI<sub>r</sub> oraz dodatni trend pomiędzy EAT a wskaźnikami BMIa, BMI<sub>w</sub> oraz wWAG. W wypadku chłopców żadna z obserwowanych zależności nie okazała się istotna na zakładanym poziomie alfa (tabela 24).

#### **4.12.1.6 CZYNNIKI SOCJO-KULTUROWE**

##### **Czynniki związane z poczuciem przynależności środowiskowej**

Ocenie poddana została grupa zmiennych odnoszących się do przynależności środowiskowej rodziny badanej osoby. Podstawowe zmienne związane były z wykształceniem oraz aktywnością zawodową obojga rodziców. Analizowano również poczucie zamożności rodziny oraz przynależności społecznej i towarzyskiej (rolnicza, robotnicza, inteligencka, rzemieślnicza, prywatna inicjatywa). Badany był:

- wybór jakiejś kategorii bez względu na wybór innych,
- kategorie najczęściej występujących połączeń między odpowiedziami.

Dodatkowo zbadane zostało przeświadczenie o tym, jakim badana osoba jest uczniem. Żadna z powyższych zmiennych nie okazała się istotna statystycznie.

##### **Czynniki związane z subiektywnymi wskaźnikami wagi**

Analizie poddane zostały również wskaźniki związane z:

- poczuciem własnej tuszy (od poczucia ważenia zdecydowanie za dużo do poczucia ważenia zdecydowanie za mało),
- stosunkiem do niej (brak przejmowania się, chęć utrzymania wagi, chęć schudnięcia, chęć przytycia, zmienny stosunek),
- stosowaniem różnorodnych typów diet.

Poczucie, że waży tyle, ile trzeba, w badanej populacji miało 36,8% dziewcząt, 51,9% uważało, że waży za dużo, 11,3% uważało natomiast, że za mało. Wśród chłopców za ważących prawidłowo uważało się 51,1%, wagę za dużą deklarowało zaś 18,7%, 30,3% było przekonanych, że waży za mało. Brak przejmowania się tym, ile waży, deklarowało 21,7% dziewcząt, nie dopuścić do przytycia bądź schudnięcia starało się 15,1%, schudnąć zaś 42,3%, natomiast przytyć 6,4%. Zmiennym stosunkiem do własnej wagi charakteryzowało się 14,5%. Wśród chłopców nie przejmowało się tym, ile waży, 50,7%, starało się nie dopuścić do przytycia bądź schudnięcia 13,5%, starało się schudnąć 11,7%, przytyć zaś 17,5%. Zmiennym stosunkiem charakteryzowało się 6,6%.

W pytaniu o poczucie własnej tuszy w wypadku dziewcząt ujawniła się ujemna korelacja między EAT a obniżającym się poczuciem własnej tuszy (od „ważę zdecydowanie za dużo” do „ważę zdecydowanie za mało”), w wypadku chłopców zaznaczył się podobny ujemny trend (tabela

24). W pytaniu o stosunek do tuszy u obu płci dla odpowiedzi, że w chwili obecnej badana osoba stara się schudnąć, wystąpił najwyższy wynik średni EAT różniący się statystycznie istotnie od wyników dla pozostałych odpowiedzi. W wypadku dziewcząt uzyskano najniższą wartość średniej w przypadku odpowiedzi, iż badana osoba nie przejmuje się swoją wagą. Różniła się ona w sposób istotny statystycznie od dość wysokich średnich dla odpowiedzi: „staram się przytyć”, mam zmienny stosunek...” oraz „staram się nie dopuścić do schudnięcia lub przytycia”. U chłopców różnica wystąpiła też pomiędzy mającą drugi co do wysokości średni wynik EAT odpowiedzią, że stara się nie dopuścić do przytycia bądź schudnięcia a mającą najniższy wynik średni odpowiedzią, iż badana osoba nie przejmuje się swoją wagą (tabela 25).

W pytaniu o typ stosowanej diety w wypadku dziewcząt najwyższy średni wynik związany był z dietą redukcyjną podjętą z własnej inicjatywy. Podobnie jak w wypadku własnej wagi i stosunku do niej różnił się od wyników dla innych typów diet istotnie statystycznie z wyłączeniem jednak diety zapisanej przez lekarza z powodów zdrowotnych - w jej wypadku średni wynik zbliżony był do najwyższego. U chłopców brak było jakiegokolwiek istotnej na założonym poziomie istotności zależności (tabela 26).

#### **Czynniki związane z kształtem ciała**

Analizowana była również przeprowadzona przez badaną osobę ocena własnej sylwetki oraz sylwetki cieszącej się największą akceptacją w środowisku. Odpowiedzi na pytania dotyczące zagadnienia w KD I połączone zostały z uwagi na małe liczebności w odpowiedziach A, G oraz H w trzy kategorie:

- sylwetki I - chudszej niż prawidłowa (odp. A,B),
- sylwetki II - prawidłowej (odp. B,C,D),
- sylwetki III - grubszej lub bardziej umięśnionej (odp. E,F,G,H).

Wśród dziewcząt oraz chłopców wskazanie na sylwetki grupy III jako podobne do własnej wiązało się z najwyższym średnim wynikiem EAT, istotnie statystycznie odbiegającym od niższych wyników w pozostałych dwóch kategoriach. Wśród dziewcząt istotna statystycznie różnica wystąpiła pomiędzy średnim wynikiem związanym z sylwetkami grupy I a wyższym wynikiem związanym z sylwetkami grupy II. W wypadku chłopców obie średnie były do siebie zbliżone (tabela 27). W wypadku dziewcząt w pytaniu dotyczącym sylwetki najbardziej akceptowanej w środowisku badanej najniższy wynik związany był z sylwetkami grupy II, najwyższy różniący się od pozostałych grup istotnie statystycznie wynik związany był z grupą III. Wszystkie obserwowane różnice okazały się istotne statystycznie (tabela 28). Dla chłopców najwyższy wynik wystąpił przy okazji sylwetek grupy I, średni dla sylwetek grupy III, najniższy dla grupy II. Różnice te nie okazały się jednak istotne na zakładanym poziomie.

## **Czynniki związane z uwarunkowaniami zakupów oraz normami środowiskowymi**

W tej części zapytano o uwarunkowania decyzji dotyczących zakupów oraz cechy cieszące się największym uznaniem badanych oraz uznaniem w ich środowisku.

W wypadku dziewcząt polewanie w decyzjach co do zakupów na własnym guście korelowało z niższym wynikiem EAT. Polewanie na reklamach wiązało się z wyższymi wynikami. Dla chłopców brak było takich zależności (Tabela 29).

Zgrabna sylwetka jako cecha ciesząca się największym uznaniem badanej osoby wśród dziewcząt wiązała się z wyższym wynikiem EAT, wybór życzliwości oraz koleżeńskości zaś z niższym średnim wynikiem. Wśród chłopców życzliwość i koleżeńskość korelowała w podobny sposób jak w wypadku dziewcząt. Dodatkowym elementem podobnie powiązaniem ze skalą EAT okazały się walory duchowe, wierność normom i zasadom. Wybór modnego stylu ubioru wiązał się w wypadku chłopców z wyższym średnim wynikiem (tabela 30).

Dla dziewcząt postrzeganie zgrabnej sylwetki jako cieszącej się uznaniem w środowisku badanej korelowało z wyższym wynikiem EAT, życzliwości i koleżeńskości z niższym wynikiem. Podobnie jak w wypadku życzliwości i koleżeńskości kształtowały się wyniki dotyczące dobrych ocen i wiedzy. Wśród chłopców uroda oraz życzliwość i koleżeńskość okazały się korelować z niższymi wynikami (tabela 31).

## **Czynniki związane ze stosunkiem do problemu zaburzeń**

Analizie poddane zostały również poglądy badanych co do pokoleniowego charakteru problemów z odżywianiem się oraz własnego stosunku do problemu. 1,5% dziewcząt nie bało się problemów związanych z zaburzeniami odżywiania się, 57,3% nie wykluczało, iż problem taki może ich dotyczyć, 7,6% się tego obawiało. 33,6% uważało, iż jest to problem, który ich dotyczy bądź dotyczył w przeszłości. Tego typu problemów nie bało się 50,7% chłopców, 13,5% uważało, iż problem taki może ich spotkać, 11,7% bało się tego. 24,1% uważało, że ma taki problem lub go kiedyś miało.

Poczucie posiadania problemu takiego jak anorexia, czy bulimia psychiczna związane było z wysokim wynikiem EAT u dziewcząt oraz chłopców w porównaniu z grupą tylko obawiającą się tych problemów oraz grupą nie obawiającą się ich. W wypadku obu płci te dwie ostatnie grupy w skali głównej odróżniały się od siebie w istotny statystycznie sposób. Dla obu płci brak obaw związany był z najniższym wynikiem (tabela 32). Podobnie zarówno dla dziewcząt jak i chłopców poczucie, iż zaburzenia odżywiania stanowią problem całego pokolenia, wiązało się z istotnie statystycznie najwyższymi wynikami (tabela 33).

### **4.12.1.7 CZYNNIKI RODZINNE**

Badaniu poddane zostały:

- struktura zamieszkania (osoby, z którymi mieszka na stałe),

- struktura rodziny (ilość i miejsce w kolejności rodzeństwa),
- wiek, wykształcenie oraz sytuacja zawodowa rodziców (aktywni zawodowo bądź nie).

Żadna z powyższych zmiennych nie wykazała istotnych statystycznie zależności.

Uzupełnieniem części dotyczącej tuszy własnej oraz stosunku do niej były pytania odnoszące się do poczucia badanych co do tuszy rodziców oraz stosunku matki i ojca badanej osoby do tego problemu. Sama tusza rodziców nie okazała się pozostawać w istotnym związku ze zmienną EAT, znaczące różnice wystąpiły jednak w pytaniu o stosunek do niej. W wypadku dziewcząt w pytaniu dotyczącym ojca najwyższy wynik związany był z odpowiedzią, iż ma on zmienny stosunek do swojej tuszy. Różnił się on w istotny statystycznie sposób od odpowiedzi, iż nie przejmuje się oraz stara się schudnąć które jednak nie różniły się między sobą. Druga co do wysokości średniej EAT odpowiedź, iż stara się on nie dopuścić do przytycia bądź schudnięcia różniła się istotnie od odpowiedzi o jego braku przejmowania się problemem. Dla chłopców brak było jakiegokolwiek zależności (tabela 34). W pytaniu o stosunek matki najwyższa, różnicującą ją od pozostałych średnia związana była z odpowiedzią o chęci schudnięcia. W wypadku chłopców brak było jakiegokolwiek istotnej statystycznie na przyjętym poziomie zależności (tabela 35).

## **4.12.2 WYNIKI II ETAPU BADANIA**

### **4.12.2.1 PRZEBIEG BADANIA ETAPU II**

Do etapu drugiego zakwalifikowane zostały wszystkie osoby z wynikiem równym lub większym niż 20 wraz z dobraną losowo grupą kontrolną. Ostatecznie przebadane zostały 117 dziewczęta: 63 z grupy, która uzyskała wynik w kwestionariuszu EAT26 równy lub wyższy niż 20 (EAT{+}) oraz 54 z grupy, która uzyskała wynik poniżej progu odcięcia (EAT{-}). Stanowiło to kolejno 70,78% osób z grupy EAT{+} oraz 8,64% osób z grupy EAT{-}. Na badanie drugiego etapu nie zgodziło się lub nie zgłosiło na trzy kolejne terminy 19 dziewcząt z grupy EAT{+} oraz 16 dziewcząt z grupy EAT{-}, 4 dziewcząt z grupy EAT{+} oraz 2 dziewcząt z grupy EAT{-} podało dane uniemożliwiające ich odszukanie, 3 dziewczęta z grupy EAT{+} odmówiło ważenia w trakcie badania. Ich dane zostały wyłączone z analizy.

Przebadanych zostało 36 chłopców: 15(71,43%) z grupy EAT{+} oraz 21(3,03%) z grupy EAT{-}. Na badanie drugiego etapu nie zgodziło się lub nie zgłosiło na trzy kolejne terminy 4 chłopców z grupy EAT{+} oraz 6 chłopców z grupy EAT{-}. 2 chłopców z grupy EAT{+} oraz 1 z grupy EAT{-} podało dane uniemożliwiające ich odszukanie.

### **4.12.2.2 BADANA GRUPA**

56,9% dziewcząt oraz 59,1% chłopców podało, iż mieszka w chwili badania w Krakowie. Wśród nich 10,3% dziewcząt mieszkało na stacji. Nie mieszkał na niej ani jeden z badanych chłopców. W rodzinie pełnej, nieuzupełnianej (bycie wychowywanym przez obu biologicznych



rodziców) wychowywało się 84,6% dziewcząt oraz 86,4% chłopców. Z którymkolwiek z rodziców mieszkało 94% dziewcząt oraz 90,9% chłopców.

Podstawowe dane dotyczące przebadanej w trakcie etapu II populacji z uwzględnieniem podziału na płeć oraz grupę w zależności od wyniku EAT26 zawierają tabele 36 oraz 37.

#### 4.12.2.3 METODY ANALIZY DANYCH

##### Analiza rozpowszechnienia

Szacunkowa liczba przypadków w analizowanej populacji (z włączeniem osób nieprzebadanych) obliczona została na podstawie wzoru  $R = \sum \{(NiPi):Ri + (NaPa):Ra\}$  gdzie:

- Ni oznacza liczebność grupy E I powyżej, Na poniżej punktu odcięcia,
- Pi oznacza liczebność grupy z diagnozą powyżej, Pa poniżej punktu odcięcia,
- Ri oznacza liczebność przebadanej grupy powyżej, Ra poniżej punktu odcięcia.

Punktowe rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w badanej populacji obliczone zostało wg wzoru  $(R/N_{bp}) \times 100$ , gdzie  $N_{bp}$  oznacza całą przebadaną w E I grupę.

##### Analiza trafności narzędzia przesiewowego

Oceny trafności narzędzia przesiewowego dokonano na podstawie porównania pochodzących z etapu pierwszego wyników kwestionariusza EAT26 z wynikiem badania etapu drugiego. Obliczono następujące miary trafności testów przesiewowych:

- czułość  $(a/(a+c) \times 100)$ ,
- swoistość  $(d/(b+d) \times 100)$ ,
- prawdopodobieństwo rozpoznania choroby  $(a/(a+b) \times 100)$ .

Gdzie:

- a osoby z diagnozą powyżej wartości progowej,
- b osoby zdrowe powyżej wartości progowej,
- c osoby z diagnozą poniżej wartości progowej,
- d osoby zdrowe poniżej wartości progowej.

##### Kategoria diagnostyczna jako zmienna podstawowa, zastosowane testy statystyczne

W niniejszym opisie zdecydowano się na oparcie podziału zbadanej grupy na podwójnym kryterium uwzględniającym zarówno diagnozę (jej obecność bądź brak) oraz przynależność do przedziału EAT26 (powyżej i poniżej punktu odcięcia). Rozpatrywanie podziału opartego tylko na kryterium diagnozy spowodowałoby bowiem nadreprezentację w grupie bez diagnozy osób z wysokim wynikiem EAT26 w porównaniu z populacją ogólną. Mogłoby to w znaczny sposób wpływać na jakość wnioskowania statystycznego. Taki podział zwiększał też zdaniem autora możliwości wnioskowania co do relacji pomiędzy zaburzonym odżywianiem się a zaburzeniami odżywiania się. Z uwagi na niską liczebność grupy chłopców z potwierdzoną diagnozą oraz wynikający z analizy literatury przedmiotu znaczący wpływ płci na obraz zaburzeń oraz czynników

towarzyszących w dalszym etapie analizy zdecydowano się na nieuwzględnianie wspomnianej grupy. W ramach zmiennej diagnoza (DG) otrzymano, więc grupy:

- osób zdiagnozowanych bez względu na wynik badania przesiewowego - (DG{+}, N=36),
- osób z grupy z wynikiem EAT26 większym lub równym 20 bez diagnozy - (EAT{-}bd, N=33),
- osób z grupy z wynikiem EAT26 mniejszym niż 20 u których brak było diagnozy - (EAT{-}bd, N=48).

Poddawane analizie w odniesieniu do podstawowej zmiennej DG o charakterze jakościowym, pochodzące z etapu pierwszego oraz drugiego wskaźniki miały charakter jakościowy, ilościowy lub porządkowy. Wybrano rodzaje testów statystycznych właściwych do ich charakteru. Z uwagi na powyższe w pracy zastosowano następujące testy statystyczne:

- dla wskaźników jakościowych – test  $\chi^2$  dla tabel wielokrotnych,
- dla wskaźników porządkowych oraz przypadków niespełnionych warunków jednorodności wariancji w grupach dla zmiennych ilościowych – jednoczynnikową analizę wariancji rang Kruskala-Wallisa,
- dla wskaźników ilościowych przy spełnionym warunku jednorodności wariancji – jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA.

#### **Sposób interpretacji wyników**

Wyniki interpretowane były w zależności od rodzaju zaobserwowanych różnic między grupami zmiennej DG. Za najbardziej specyficzne dla diagnozy uznawano te wskaźniki, w przypadku których stwierdzono statystyczne różnice pomiędzy grupą DG{+} a obiema grupami: EAT{-}bd oraz EAT{+}bd, a także wszystkimi trzema grupami równocześnie. Za znaczące uznano również te, w których istotna statystycznie różnica dotyczyła grup DG{+} oraz EAT{-}bd. Wyniki, w których kategorie DG{+}, EAT{+}bd odróżniały się od EAT{-}bd, nie różnicując się między sobą, uznano za specyficzne raczej dla kryterium EAT związanego z zaburzoną odżywianiem się niż samej diagnozy.

#### **Analiza czynnikowa Kwestionariusza „Obraz Siebie” oraz Kwestionariusza presji kulturowej**

W celu prześledzenia wzajemnych relacji pomiędzy pytaniami obu kwestionariuszy zdecydowano się na przeprowadzenie ich analizy czynnikowej. Z uwagi na ograniczoną liczebność grupy, która wypełniła kwestionariusze zdecydowano się poddać analizie czynnikowej tylko część pytań. W tym celu zestawiono wyniki kwestionariuszy połączonych grup EAT{-}bd oraz EAT{+}bd z wynikami grupy DG{+}. Do analizy użyto te pytania, które różnicowały obie grupy na poziomie istotności statystycznej  $p_1=0,05$ . W analizie wykorzystano metodę głównych składowych z rotacją OBLIMIN. Do określenia liczby czynników zdecydowano się na użycie testu osypiska wg Catella (SCREE TEST).

## **Analiza typu otrzymanej diagnozy**

Z uwagi na postulowane w literaturze przedmiotu wątpliwości co do jednorodności poszczególnych typów diagnostycznych zdecydowano się również na analizę w oparciu o podział grupy dziewcząt posiadających diagnozę (N=36) w zależności od jej typu. W ten sposób uzyskano trzy wartości zmiennej jakościowej „typ diagnozy” (DIADIA) i odpowiadające im trzy grupy osób z diagnozą zaburzeń o typie:

- anorektycznym (SAN DSM-IV, SAN DSM-PC) - WAN, N=8,
- bulimicznym (BN DSM-IV, SBN DSM-IV, SBN DSM-PC) - WBN, N=19,
- zespołu napadowego objadania się (BED DSM-IV, SBED DSM-IV, SBED DSM-PC) - WBED, N=9.

Z uwagi na strukturalne podobieństwo DIADIA do zmiennej DG została ona poddana tym samym typom analiz statystycznych co zmienna podstawowa.

### **Metoda prezentacji wyników**

Dla czytelności niniejszej pracy w poniższym tekście szerzej prezentowane są konkluzje wyników tylko tych analiz, które okazały się istotne statystycznie. Zmienne prezentowane są w grupach tematycznych, bez względu na typ zastosowanej analizy.

#### **4.12.2.4 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ W BADANEJ POPULACJI**

W oparciu o łączone kryteria diagnostyczne DSM-IV oraz kryteria: Stosowanie diety/problemy z postrzeganiem własnego ciała, Problem: oczyszczanie/napady żarłoczności DSM-PC, w wyniku zastosowanej procedury diagnostycznej uzyskano następujące wyniki:

- u żadnej z dziewcząt nie stwierdzono objawów anoreksji psychicznej o klinicznym nasileniu wg DSM-IV,
- u jednej z dziewcząt stwierdzono cechy subklinicznego nasilenia anoreksji psychicznej wg DSM-IV,
- u siedmiu dziewcząt stwierdzono cechy zaburzonych postaw w stosunku do odżywiania się o typie anorektycznym wg DSM-IV PC,
- u trzech dziewcząt stwierdzono objawy bulimii psychicznej o klinicznym nasileniu wg DSM-IV,
- u trzynastu dziewcząt stwierdzono cechy subklinicznego nasilenia bulimii psychicznej wg DSM-IV,
- u trzech dziewcząt stwierdzono cechy zaburzonych postaw w stosunku do odżywiania się o typie bulimicznym wg DSM-IV PC,
- u jednej dziewczyny stwierdzono objawy zespołu napadowego objadania się o klinicznym nasileniu wg DSM-IV,

- u czterech dziewcząt stwierdzono cechy subklinicznego nasilenia objawów zespołu napadowego objadania wg DSM-IV,
- u czterech dziewcząt stwierdzono cechy zaburzonych postaw w stosunku do odżywiania się o typie zespołu napadowego objadania wg DSM-IV PC,
- u jednego chłopca stwierdzono objawy bulimii psychicznej o klinicznym nasileniu wg DSM-IV,
- u jednego chłopca stwierdzono cechy zaburzonych postaw w stosunku do odżywiania się o typie zespołu napadowego objadania wg DSM-IV PC.

Dokładne przedstawienie uzyskanych wyników wraz z odpowiadającymi procentami rozpowszechnienia zawiera tabela 38. Wyszczególnienie objawów prezentowanych przez zdiagnozowane osoby znajduje się kolejno w tabelach od 39 do 44.

#### **4.12.2.5 OCENA TRAFNOŚCI KWESTIONARIUSZA EAT26**

Tabela 45 przedstawia rozmieszczenie wyników kwestionariusza w badanej populacji dziewcząt w zestawieniu z wynikami etapu drugiego. W badanej grupie dziewcząt 81 nie spełniło żadnej kategorii diagnostycznej, pozostałe 36 spełniło kryteria jednej z kategorii diagnostycznych zaburzeń odżywiania się. Diagnoza potwierdziła się u 30 osób z badanej części grupy „EAT{+}” oraz 6 osób z grupy kontrolnej EAT{-}. Diagnoza potwierdziła się u 2 chłopców z badanej części grupy EAT{+}.

Czułość obliczona dla całej zdiagnozowanej grupy dziewcząt wyniosła 83,33%, swoistość 44,85%, procent rozpoznania diagnozy 33,7%. Te same parametry czułości i swoistości obliczone tylko dla grupy o nasileniu zgodnym z kryteriami DSM-IV (z wyłączeniem osób spełniających kryteria DSM-PC) wyniosły 93,75% i 46,84%. Czułość dla grupy chłopców wyniosła 100%, swoistość 63,63%, procent rozpoznania diagnozy 13,33%.

#### **4.12.2.6 CZYNNIKI INDYWIDUALNE WSPÓLTOWARZYSZĄCE DIAGNOZIE**

##### **Czynniki demograficzne**

Zebrane w trakcie Etapu I takie wskaźniki jak wiek badanego, typ szkoły, do której uczęszczał oraz miejsce zamieszkania okazały się nieistotne statystycznie.

##### **Czynniki związane z obrazem siebie oraz analiza czynnikowa wybranych pytań**

W standaryzowanych skalach Kwestionariusza „Obrazu Siebie” D. Offera w sześciu skalach: Kontroli emocjonalnej, Emocjonalnego tonu, Obrazu własnego ciała, Moralności, Ja seksualnego, oraz Psychopatologii osoby z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się uzyskały wyniki świadczące o gorszym przystosowaniu niż osoby z grupy EAT{-}bd (tabela 46). Znaczące statystycznie różnice pomiędzy EAT{-}bd i DG{+} w obrazie siebie pomiędzy grupami wystąpiły w skalach: Kontroli emocjonalnej, Obrazu własnego ciała oraz Ja seksualnego. W dwóch pierwszych występowały one pomiędzy grupą DG{+} a EAT{-}bd. W trzeciej z uwagi na typ

analizy brak jest możliwości wyciągnięcia tak jednoznacznego wniosku. Rozkład średnich układał się jednak podobnie. W czterech skalach: Cele: wykształcenie i zawód, Kontrola świata zewnętrznego, Przystosowanie oraz Idealizmu osoby te charakteryzowały się lepszym przystosowaniem, choć na poziomie nieistotnym statystycznie (Rycina 4).

W myśl przyjętych założeń istotne statystycznie okazało się 22 standaryzowanych pytań kwestionariusza. Przeprowadzona analiza testu osypiska pozwoliła na przyjęcie rozwiązania dwuczynnikowego (rycina 5). Pierwszy z czynników (I') złożony z 9 pytań tłumaczył 27,6% zasobu zmienności wspólnej, drugi (II') 12 pytańowy 10,2% (tabela 47, 48). Pytanie 10 okazało się być nie związane z żadnym czynnikiem. Czynniki te okazały się w istotny statystycznie sposób różnicować grupę DG+ od obu grup kontrolnych (tabela 49).

#### **Czynniki związane z obiektywnymi wskaźnikami wagi**

Wynik analizy okazał się również statystycznie nieistotny dla takich pochodzących z Etapu I zmiennych jak BMI aktualne, najwyższe i najniższe przy obecnym wzroście oraz obliczone na podstawie zmierzonych przez ankierów wzrostu oraz wagi faktyczne BMI, wreszcie różnica między, BMI podanym a faktycznym.

#### **Czynniki związane ze stosunkiem do spraw odżywiania się**

Istotne statystycznie różnice pomiędzy poszczególnymi wskaźnikami Kwestionariusza EDE przedstawiają tabele 51 oraz 52. Badane grupy okazały różnić się między sobą w istotny statystycznie sposób również w zakresie wyników skali pełnej oraz skal EDE. W skali ogólnej osoby chore uzyskiwały istotny statystycznie wyższy wynik zarówno od grupy EAT{+}bd, jak i EAT{-}bd. Obie grupy różniły się między sobą w istotny statystycznie sposób, przy czym w grupie EAT{+}bd występowały wyższe ogólne wyniki. W skali powstrzymywania się grupy EAT{+}bd i DG{+} różniły się w istotny statystycznie sposób od grupy EAT{-}bd, nie różniąc się między sobą. W skali Obaw związanych z kształtem ciała i skali Obaw związanych z wagą ciała różnice były podobne jak w skali ogólnej. W skali Obaw związanych z odżywianiem się grupa DG{+} odróżniała się od pozostałych grup, które w skali tej nie różnicowały się (tabela 53, 54). Pomiedzy poszczególnymi grupami ujawniły się istotne statystycznie różnice w skalach Kwestionariusza postaw związanych z odżywianiem się (EAT26), (tabela 54). W skali Wymiotów grupa DG{+} różniła się w sposób najbardziej znaczący zarówno od EAT{-}bd, jak i EAT{+}bd. W pozostałych skalach grupa DG{+} oraz EAT{+}bd nie różniły się między sobą, odróżniając się od grupy EAT{-}.

#### **Czynniki związane z problemami zdrowotnymi**

Badani pytani byli o korzystanie w ostatnim czasie z pomocy lekarskiej oraz psychologicznej. Otrzymane informacje podzielone zostały na kategorie: zaburzeń psychosomatycznych, psychicznych oraz pozostałych. Oceniany był też ogólny wskaźnik korzystania z pomocy lekarskiej.

#### 4.12.2.7 CZYNNIKI SOCJO-KULTUROWE WSPÓLTOWARZYSZĄCE DIAGNOZIE

##### **Czynniki związane z poczuciem przynależności środowiskowej oraz norm środowiskowych**

Żadna ze zmiennych związanych z przynależnością społeczną oraz środowiskową pochodzących z etapu I badania nie okazała się istotna statystycznie. Pomiędzy badanymi grupami nie wystąpiły istotne statystycznie różnice ani w postrzeganiu własnej sylwetki, ani w wyborze kształtów najatrakcyjniejszych w środowisku badanej osoby.

##### **Czynniki związane z subiektywnymi wskaźnikami wag**

Osoby zarówno z grupy DG{+}, jak EAT{+}bd w istotny statystycznie sposób uważały się za ważące zdecydowanie za dużo w porównaniu z grupą EAT{-}bd (tabela 55). W pytaniu o stosunek do własnej wagi pragnienie odchudzenia się deklarowała znacząco statystycznie większa ilość osób z grupy EAT{+}bd i DG{+} niż wynikałoby to z rozkładu losowego (tabela 56).

##### **Czynniki związane ze stosunkiem do problemu zaburzeń**

Pomiędzy grupami brak było różnic co do przeświadczenia o tym, iż zaburzenia odżywiania się stanowią istotny problem w dzisiejszych czasach. Świadomość posiadania problemu z „jedzeniem” w istotny jednak sposób różnicowała zarówno grupę DG{+} jak i EAT{+}bd od grupy EAT{-}bd, bez istotnych różnic pomiędzy pierwszymi grupami (tabela 61).

##### **Czynniki związane z uwarunkowaniami zakupów oraz normami środowiskowymi**

Uwarunkowania decyzji dotyczących zakupów i cechy cieszące się największym uznaniem badanych oraz uznaniem w ich środowisku, które okazały się częściowo istotne w trakcie analizy zaburzonych postaw w stosunku do odżywiania się, nie okazały się istotne statystycznie na tym etapie. Żadna z cech określających własne wartości ani też wartości w grupie, do której przynależy badana, nie zróżnicowała badanej populacji. Bez znaczenia był też deklarowany poziom osiągnięć szkolnych.

##### **Czynniki związane z bodźcami kulturowymi**

Na 88 pytań Kwestionariusza presji kulturowej w oparciu o jednoczynnikową analizę wariancji 13 pytań okazało się w istotny statystycznie sposób różnicować grupy (tabela 62). Kolejne 8 okazało się istotne w oparciu o jednoczynnikową analizę rang (tabela 63). Przeprowadzona analiza testu ospiska wykazała zasadność rozwiązania jednoczynnikowego (rycina 6). Czynniki ten złożony z 21 pytań tłumaczył 34,7% zasobu zmienności wspólnej (wartość własna 7,28760). Wchodzące w jego skład pytania wraz z wyszczególnieniem itemów definicyjnych zawiera tabela 64. Czynniki ten okazał się w istotny statystycznie sposób różnicować od siebie wszystkie trzy grupy zmiennej DG (tabela 66). Pozostawał również w istotnym statystycznie związku z oboma czynnikami QSIA wyłoniłymi w trakcie tego etapu badania (tabela 67).

#### 4.12.2.8 CZYNNIKI RODZINNE WSPÓLTOWARZYSZĄCE DIAGNOZIE

Dane dotyczące struktury rodzin w zależności od diagnozy zawiera tabela 68. Wychowywanie się w rodzinie niepełnej lub uzupełnianej oraz żadne z innych wskaźników dotyczących struktury rodziny nie okazały się istotne statystycznie. Podobnie wiek, wykształcenie rodziców, aktywność zawodowa, struktura zamieszkania nie okazały się znaczące. Żadne inne z danych dotyczących struktury zamieszkania nie okazały się w istotny sposób różnicować badanej grupy.

W trakcie badania zebrane zostały dane dotyczące występowania chorób w rodzinie oraz korzystania z pomocy psychologicznej przez jej członków. W grupie EAT{-}bd brak jakiejkolwiek choroby w rodzinie zgłaszało 35 osób (72,92%), z grupy EAT{+}bd 13 osób (39,40%) oraz 25(69,44%) z grupy DG{+}. Szczegółowe dane dotyczące chorób poszczególnych członków rodzin badanej grupy zawiera tabela 69.

Obecność objawów chorobowych w rodzinie badanej osoby okazała się w istotny sposób różnicować populację. Okazała się ona jednak mało istotna dla grupy DG{+}, najbardziej znacząca różnica pomiędzy liczebnością faktyczną a oczekiwaną dotyczyła grupy EAT{+}bd (tabela 70). Wynikało z niej, iż w rodzinach tych osób choroby występowały statystycznie częściej niż wynikałoby to z rozkładu losowego. Podobna prawidłowość wystąpiła w wypadku chorób jednego z rodziców (tabela 71) oraz występowania u nich zsumowanych objawów psychosomatycznych i psychopatologicznych (tabela 72). Zarówno w wypadku matki jak i ojca pytania o ich obecna tuszę nie okazały się istotne statystycznie. Istotny statystycznie natomiast okazał się ich stosunek do tuszy, choć liczebności w poszczególnych przedziałach w znaczny sposób utrudniają analizę (tabela 73, tabela 74).

#### 4.12.2.9 CZYNNIKI ZWIĄZANE Z TYPEM DIAGNOZY

Wynik skali głównej EDE oraz pochodzące z kwestionariusza poczucie winy związane z jedzeniem oraz niezadowolenie z wagi, skala 6 kwestionariusza QSIA, a także pytanie 40 i 62 KPK okazały się w istotny sposób różnicować od siebie przede wszystkim grupę WAN i WBN (tabela 75). Mniej jednoznaczne wyniki, odróżniające przede wszystkim WBN od pozostałych grup zaobserwowano dla takich zmiennych jak: Skala WYM EAT26, EDE -jedzenie w towarzystwie, EDE unikanie ekspozycji ciała. Najbardziej specyficzny dla WBN okazał się czynnik I' QSIA. (tabela 76).

## 4.13 DYSKUSJA WYNIKÓW

Dyskusja przeprowadzona zostanie w odniesieniu do postawionych hipotez.

### HIPOTEZA I

Hipoteza I potwierdziła się częściowo. Okazało się, iż zaburzone odżywianie się zarówno w populacji dziewcząt jak i chłopców występuje na poziomie odpowiadającym obserwacjom z krajów kultury zachodniej. W grupie dziewcząt brak było jednak zakładanego w hipotezie wzrostu średniego natężenia oraz stanów ekstremalnych.

W celu sprawdzenia prawdziwości hipotezy dokonane zostało porównanie otrzymanych wyników z innymi dostępnymi w literaturze przedmiotu danymi.

W wypadku dziewcząt średni wynik kwestionariusza na poziomie 9,7 ( $\pm 8,55$ ) okazał się być zbliżony do wyniku 9,9 ( $\pm 9,1$ ) otrzymanego dla populacji 2543 amerykańskich uczennic w wieku lat 15 (Whitaker i wsp., 1990). Jednak w brytyjskim badaniu 335 dziewcząt rasy białej w tym samym wieku wyniósł on mniej, bo 7,7 ( $\pm 8,0$ ) (Mumford i wsp. 1991). Włodarczyk-Bisaga (1996) dla populacji uczennic klas pierwszych 8 warszawskich liceów otrzymała wynik 9,9 ( $\pm 9,1$ ). Podobnie 11,7% dziewcząt, które uzyskały wynik większy lub równy 20, okazało się być wynikiem zbliżonym do danych uzyskanych przez Whitakera i wsp., gdzie w cytowanym już doniesieniu równy był on 13%. W badaniu Mumforda i wsp. (1991) wyniósł on jednak 8,7%. W badaniu Buddeberg-Fischer i wsp. (1996) obejmującym populację nastoletnich mieszkanek Szwajcarii wyniósł on 8,3%.

Średni wynik testu EAT26 dla chłopców wynoszący 4,82 ( $\pm 5,433$ ) oraz ilość przypadków przekraczających punkt odcięcia okazały się wysokie, zbliżone do wyników otrzymanych dla populacji nastolatków amerykańskich przez Whitakera i wsp. (1990). Oba parametry wyniosły w powyższym badaniu kolejno 5,2 ( $\pm 4,6$ ) oraz 2,0%. Wynik przeprowadzonego obecnie badania okazał się jednak wyższy od wyników obserwowanych na ogół dla populacji europejskich nastoletnich chłopców (Drewnowski i wsp, 1988; King, 1989; Rastam i wsp., 1989; Buddeberg-Fischer i wsp. 1996). W badaniu Włodarczyk-Bisagi (1992) przeprowadzonym na próbie uczniów z tych samych szkół, co w badaniu dziewcząt średni wynik wyniósł 3,2 ( $\pm 3,7$ ), punkt odcięcia przekroczyło 0,5% chłopców.

W porównaniu z cytowanym badaniem Włodarczyk-Bisagi wzrost średniego wyniku EAT26, jak i ilości wyników skrajnie wysokich w wypadku chłopców zgodny jest z przyjętą hipotezą. Dla dziewcząt jednak w porównaniu z cytowanym badaniem odnotowano wręcz spadek średniej, przy prawie takim samym procencie osób, które przekroczyły punkt odcięcia. Częściowo różnicę tę można tłumaczyć odmiennościami obu populacji. Nie jest to jednak zdaniem autora czynnikiem decydującym. Pomimo, iż badanie Włodarczyk-Bisagi obejmowało tylko osoby uczące się w



państwowych liceach jednej dzielnicy miasta Warszawy, a powyższe badanie szeroki przekrój wszystkich typów krakowskich szkół, to zdaniem autora różnica ta nie jest decydująca. W niniejszym badaniu typ szkoły okazał się mało istotny w kontekście badanej cechy. Oba miasta posiadają również podobny, typowo wielkomiejski, akademicki charakter. Obiektywne parametry obu grup dotyczące wagi nie różniły się znacząco (tabela 77). Ponadto trudno było by wytłumaczyć istnienie tak znamiennej różnicy dotyczącej tylko płci męskiej. Najprostsza logiczna interpretacja wiąże się z podejrzeniem wzrostu w badanej populacji wyników fałszywie ujemnych. Mogłyby być one związane z niechęcią wśród dziewcząt do ujawniania problemów związanych z odżywianiem się. W anonimowym badaniu 6 losowo dobranych klas przeprowadzonym równoległe z właściwym oba parametry okazały się jednak zbliżone. Dla dziewcząt średni wynik EAT26 wyniósł 9,91 ( $\pm 8,40$ ), dla chłopców 4,2 ( $\pm 4,22$ ). Punkt odcięcia przekroczyło kolejno 8,7% dziewcząt oraz 0,3% chłopców. Również aż 33% dziewcząt w badaniu właściwym zapytanych wprost stwierdziło, iż problem zaburzeń odżywiania ich dotyczy lub dotyczył w przeszłości. Trudno przypuścić, iż w pytaniach opisowych te same osoby wykazałyby się mniejszą szczerością lub też, iż grupy te w żaden sposób nie pokrywają się. Szczególnie paradoksalny wydaje się ten wynik w świetle danych uzyskanych w trakcie etapu II badania dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się na poziomie klinicznym i subklinicznym. Zagadnienie to omówione zostanie szerzej w kontekście hipotez IV i V. Tu jednak wspomnieć należy, iż w porównaniu z badaniem Włodarczyk-Bisagi wielce prawdopodobny wydaje się wzrost rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się szczególnie o charakterze bulimicznym, w tym również w grupie EAT{-}. Zestawienie powyższych danych każe zastanowić się nad relacją pomiędzy zaburzonym odżywianiem się a zaburzeniami odżywiania się. Wydaje się prawdopodobne, iż przy generalnie niezmiennym obrazie zaburzonego odżywiania się w populacji wzrastać może stopień jego patologizacji. Podejrzewać tu można jednak istnienie innego mechanizmu niż tylko związanego z kumulacją poszczególnych jednostkowych objawów. W pewnym sensie obserwacja ta poddaje w wątpliwość koncepcje kontinuum w dynamice objawów z kręgu zaburzeń odżywiania się.

## **HIPOTEZA II**

Hipoteza druga potwierdziła się częściowo. Obraz zaburzonego odżywiania się okazał się charakterystyczny dla badanej populacji. Wydaje się jednak, iż ewentualne zachodzące w nim zmiany mają bardziej specyficzny kulturowo charakter, niż przypuszczał autor. Również bardziej złożone okazały się różnice w obrazie zaburzonego odżywiania się pomiędzy dziewczętami i chłopcami.

W celu sprawdzenia hipotezy II dokonana została ocena wyniku analizy czynnikowej kwestionariusza EAT26 dla dziewcząt i chłopców w porównaniu z analizami dotyczącymi populacji w podobnym wieku (tabela 78).

W porównaniu z badaniem Włodarczyk – Bisagi pomimo zachowanej ogólnej struktury czynnikowej wyłonione w niniejszym badaniu czynniki wyjaśniały większy procent wariacji wyników EAT26. Choć rozbieżności nie dotyczyły zasadniczych pytań definicyjnych skal, różnica związana była z istotną zmianą hierarchii poszczególnych czynników. Czynniki Nadmiernej troski (TROS) okazał się mieć znacząco mniejszy udział w wariacji odpowiedzi na pytania EAT26. Na znaczeniu zyskał, czynnik Presji środowiska (PRES) oraz, co zdaniem autora jest szczególnie znamienne czynnik Prowokowanie wymiotów (WYM). W porównaniu z badaniem Włodarczyk-Bisagi, skala ta w mniejszym stopniu była konstytuowana przez pytanie dotyczące chęci wymiotowania (p. 26), a bardziej przez pytanie odnoszące się do faktu wymiotowania (p. 9), niż miało miejsce u cytowanej autorki. Znaczący wydaje się też wzrost znaczenia czynnika Dietetycznego (DIET), w dużej mierze zawierającego pytania charakterystyczne dla kompensacyjnych postaw bulimicznych lub też odchudzania się. Analizując powyższe różnice zwrócić należy przede wszystkim uwagę na znaczącą zmianę w pozycji objawów związanych z wymiotowaniem lub pragnieniem wymiotowania. W znacznie większym stopniu niż w wypadku cytowanego badania warszawskiego decydują one o obrazie zaburzonego odżywiania się wśród dziewcząt. Zmiana waga pozycji skali DIET interpretowana może być dwojako. Świadczyć może ona o większym znaczeniu diet odchudzających oraz większej świadomości społecznej związanej z odchudzaniem się w objętej badaniem populacji. Może też być wyrazem zachowań kompensacyjnych podobnych w charakterze do objawów wymiotowania. W świetle wyników obu części badania obie hipotezy wydają się uprawomocnione. Interesujący wydaje się wzrost znaczenia czynnika PRES, szczególnie w kontekście braku różnic w obiektywnych wskaźnikach wagi pomiędzy analizowanymi populacjami. Opisuje on odczuwane przez badaną osobę presji by jąść więcej oraz poczucie braku akceptacji jej zbyt chudego wyglądu przez otoczenie. Pojawiają się tutaj dwie równoważne i nie wykluczające się interpretacje:

- waga i odżywianie się nastolatków pomimo braku obiektywnych przesłanek staje się istotnym wątkiem troski ich najbliższego otoczenia,
- nastoletnie dziewczęta mają poczucie, iż ich waga i zwyczaje żywieniowe są nieakceptowane, pomimo braku obiektywnych przesłanek takiej postawy.

Zdaniem autora pozycja skali świadczy o wzrastającym znaczeniu problemów związanych z wagą i odżywianiem się jako składnika interakcji środowiskowej, w tym chyba przede wszystkim dotyczącej środowiska rodzinnego.

Porównując oba badania w kontekście podobieństw oraz różnic w obrazie struktury czynnikowej kwestionariusza z pracami wykonanymi w krajach zachodnich zauważyć należy przede wszystkim wzrost znaczenia czynnika DIET w tłumaczeniu zróżnicowania zmiennej

zależnej. Proces ten zgodny jest z tendencją obserwowaną w krajach zachodnich. W większości z nich wchodzące w jego skład pytania stanowią składową czynnika I. Podobnie interpretowana może być zmiana ładunków czynnikowych (w porównaniu z badaniem warszawskim) pytań skali WYM (wymioty, a nie pragnienie wymiotowania na pozycji pierwszej). Zgodna jest ona z obserwowaną w większości dostępnych analiz wyników EAT26 w populacjach zachodnich.

Trzy badania: Eisnera i Szmuklera (1985), Wellsa i wsp. (1985) oraz Mumforda i wsp., (1991) charakteryzowały się obecnością podobnie definiowanych skal TROS, PRES i WYM. W żadnym jednak badaniu nie wystąpił taki sam, jak w niniejszym, ich układ. Przyjmując równoważność kulturową narzędzia oraz przy założeniu podobieństw pomiędzy populacjami objętymi obecnym badaniem i badaniem Włodarczyk-Bisagi wydaje się, iż specyfiką obrazu zaburzonego odżywiania się badanej populacji jest nasilenie zachowań związanych z objawami bulimicznymi oraz poczucie znacznej presji środowiska związanej z odżywianiem się.

Niezwykle interesujący okazał się zdaniem autora wynik analizy przeprowadzonej dla chłopców. Przede wszystkim zgodne z przeprowadzonym testem osypiska okazało się tu rozwiązanie czteroczynnikowe. Pytania definicyjne czynnika I wydają się w dużej mierze być związane z zachowaniami kompensacyjnymi w przebiegu ataku bulimicznego (bulimia/kompensacja). W skład pytań definicyjnych głównego czynnika wyłonionego dla chłopców weszły bowiem oba pytania czynnika WYM dla dziewcząt oraz większość (poza dwoma) pytań czynnika ODC. Podobny, bulimiczny charakter mają też zresztą oba pytania definicyjne czynnika II. W wypadku dziewcząt oba związane są z czynnikiem TROS. Odnoszą się one do etapu objadania się lub pragnienia objadania poprzedzającego zachowania (bulimia/objadanie się). Czynniki III i IV tożsame są z czynnikiem PRES w wypadku dziewcząt, czynniki III i IV najbardziej zbliżony do czynnika DIET u dziewcząt. Również jego pytanie definicyjne odnosi się do mechanizmów kompensacyjnych (bulimia/kompensacja). Najbardziej powiązane ze sobą są czynniki pierwszy z pierwszym oraz czwarty z drugim. Zgodnie z interpretacją świadczyć to może o ich uzupełniającym się charakterze w opisie tej samej cechy. Zdaniem autora uwidoczniona struktura czynnikowa wskazuje na centralną pozycję objawów związanych z bulimicznym lękiem przed utratą kontroli oraz stosowaniem następowych zachowań kompensacyjnych. Ten typ patologii zaburzonego odżywiania się wydaje się wśród chłopców przeważać. Wydaje się on mniej zróżnicowany, bardziej jednorodny od obrazu charakterystycznego dla dziewcząt.

### **HIPOTEZA III**

Hipoteza III potwierdziła się częściowo. Szereg czynników okazał się być związanych z wynikiem kwestionariusza EAT26. Niektóre z nich, jednak pomimo wymieniania ich w literaturze przedmiotu jako znamienych dla problemu, w niniejszym badaniu nie okazało się być statystycznie istotnymi.

W celu sprawdzenia hipotezy dokonano analiz statystycznych, w których zmienną zależną był wynik kwestionariusza EAT26 (EAT).

### **Czynniki demograficzne oraz związane z przynależnością społeczną**

Przede wszystkim na uwagę zasługuje fakt braku znaczenia czynników związanych z którymkolwiek ze wskaźników demograficznych oraz z przynależnością społeczną. Podobny negatywny wynik dotyczący wykształcenia oraz pozycji zawodowej rodziców otrzymała też jednak Katarzyna Włodarczyk-Bisaga (1992). Jak wspomniano w części teoretycznej pracy, czynnik ten bywa we współczesnych badaniach podważany.

### **Czynniki związane z obrazem siebie**

Relacje empiryczne pomiędzy EAT a Kwestionariuszem „Obraz Siebie” D. Offera świadczy o pogarszającym się przystosowaniu badanych w świetle wyników poszczególnych skal. Skala Emocjonalnego tonu mierzy przede wszystkim stopień emocjonalnego zrównoważenia, przeżywania oraz stabilność uczuciową. Obniżanie się wyników w tej skali, przy wzroście wartości EAT, świadczy o narastającej zmienności nastroju oraz przewadze uczuć negatywnych w kontekście problemów z odżywianiem się. Skala obrazu własnego ciała wskazuje na to, na ile nastolatek przystosowuje się do zmian zachodzących w jego ciele. Podobnie, obniżający się wynik w skali powiązany jest z narastającą niepewnością co do zachodzących w ciele zmian, oraz z gorszym emocjonalnym przystosowaniem do nich wśród dziewcząt z wyższymi wynikami EAT. Stwierdzona korelacja ujemna pomiędzy EAT a skalą Psychopatologii świadczy o narastaniu objawów psychopatologicznych związanych przede wszystkim z zaburzeniami nastroju oraz stanami lękowymi w kontekście zaburzonego odżywiania się. Otrzymany wynik zbliżony jest do obserwacji cytowanych w części ogólnej niniejszej pracy, a odnoszących się do obrazu siebie osób z zaburzeniami odżywiania się. W wypadku chłopców nie zanotowano żadnej znaczącej statystycznie zależności. Świadczyć to może o bardziej powierzchownym, mniej związanym z cechami intrapsychicznymi charakterze problemów z odżywianiem się u chłopców. Może też być, do czego przychyliła się autor, wyrazem wzajemnego znoszenia się różniących się od siebie wyników pozostających w podobnym związku ze zmienną, podstawową.

### **Czynniki związane z obiektywnymi wskaźnikami wagi**

W całej populacji dziewcząt waga pożądana okazała się być niższa od wagi aktualnej, w wypadku chłopców zależność ta była odwrotna. Wśród dziewcząt wskaźnik różnicy między BMI aktualnym a pożądanym (BMI<sub>r</sub>) przyjmował wartość dodatnią, w wypadku chłopców ujemną. Przynależność do grupy EAT{+} w wypadku dziewcząt różnicę tę nasilała, w wypadku chłopców zmniejszała. Chłopcy z grupy EAT{+} mieli jednak BMI pożądanego (BMI<sub>p</sub>) niższe niż chłopcy z grupy EAT{-}. Dodatnią korelację u dziewcząt pomiędzy BMI<sub>r</sub> a EAT przy braku zależności dla wagi pożądanego i obliczonego na jej podstawie BMI pożądanego (BMI<sub>p</sub>) wiązać należy ze

wzrostem aktualnego BMI (BMI<sub>a</sub>). Przypomnieć należy jednak o nieobiektywnym charakterze obu zmiennych. Równie dobrze nasilanie się problemów z odżywianiem związane być może z szacowaniem własnej wagi jako większej niż w rzeczywistości. Przemawiać za tym może podobny jak BMI<sub>a</sub> wzrost wagi aktualnej. Nie jest więc jasne na ile mamy do czynienia z realnymi wynikami, a na ile z niekontrolowanym na tym etapie zawyżaniem lub zaniżaniem wag powiązanych z obecnością patologii związanej z odżywianiem się. Wyniki etapu II wątpliwość ta jednak częściowo podważają poprzez brak statystycznej istotności wskaźnika różnicy między BMI aktualnym (obliczonym na podstawie podanej wagi) a faktycznym. W porównaniu z badaniem Włodarczyk-Bisagi różnice w obiektywnych parametrach wagi nie wydają się szczególnie istotne. Poza znaczącą różnicą w wielkości odchylenia standardowego w wadze najniższej w grupie dziewcząt brak jest różnic między próbami. W wypadku chłopców podobnie, choć uwagę zwrócić może znaczący dodatni wzrost wagi pożądanej i najwyższej. Porównanie to dostarcza dodatkowego argumentu za podobieństwem pomiędzy populacjami. Wzrost wagi najwyższej u chłopców może być wyrazem obiektywnych trudności w kontrolowaniu wagi lub też, w powiązaniu ze wzrostem wagi pożądanej, wynikiem zmieniającej się mody co do wzorca idealnej męskiej sylwetki. Można przypuszczać, iż z bardziej umiśnionym ideałem wiązać się może wyższa waga idealna.

#### **Czynniki związane z subiektywnymi wskaźnikami wagi**

Uzupełnieniem powyższych danych okazała się dodatnia zależność pomiędzy poczuciem własnej tuszy a wynikiem EAT dla obu płci. W porównaniu z badaniem Włodarczyk-Bisagi zdecydowanie największe różnice wystąpiły właśnie we wskaźnikach związanych ze stosunkiem do swojej wagi. W grupie dziewcząt liczebność zadowolonych ze swojej wagi spadła o połowę, w grupie chłopców o jedną trzecią. Związana jest ona ze wzrostem ilości odpowiedzi w obu skrajnych grupach niedowagi i nadwagi. Można przypuszczać, że obowiązujące w środowisku adolescentów normy związane z tuszą uległy na przestrzeni kilku ostatnich lat znacznej zmianie. W populacji dziewcząt wydaje się, iż jest to dość jednokierunkowa tendencja przesuwania się w stronę wagi niższej, środowiskowego ideału wagi. Nie wiąże się ona jednak w ogólnej populacji ze zdecydowanym obniżeniem wagi owego pożądanego ideału. W wypadku chłopców można zakładać istnienie w tym względzie procesu dwukierunkowego. Jeden jego aspekt związany jest z bardziej zresztą dla chłopców specyficznym, poczuciem wazenia za mało, drugi ze zbliżonym do dziewcząt przeświadczeniem o zbyt wysokiej wadze.

W części dotyczącej stosunku do własnej tuszy, tak jak można było przypuszczać, w wypadku obu płci najwyższe średnie wystąpiły w odpowiedzi, iż badana osoba stara się schudnąć. W wypadku dziewcząt dziwi jednak w kontekście średniej znajdująca się na drugim miejscu odpowiedź, iż stara się przytyć. Wynik ten można interpretować jako realną chęć przytycia związaną ze zbyt niską wagą np. wynikającą z problemów z odżywianiem lub też przejaw podobnej jak wśród chłopców chęci posiadania kulturystycznej sylwetki.

Drugie co do kolejności miejsce w grupie chłopców pod względem średniej zajęła odpowiedź dotycząca chęci niedopuszczenia do przytycia bądź schudnięcia. Wydawać się może, iż jest to odpowiedź bez wątplenia oznaczająca koncentrację na wadze. W obu grupach, co nie dziwi, nie przejmowanie się wagą otrzymało najniższą punktację.

Te zdecydowane różnice nie przełożyły się w znaczący sposób na procent osób deklarujących odchudzanie się w chwili badania w porównaniu z pracą Włodarczyk-Bisagi. W wypadku chłopców brak jest niestety danych pozwalających na takie porównanie.

Okazało się, iż stosowanie diety związanej ze stanem zdrowia i przepisanej przez lekarza również wiąże się z wysokim wynikiem EAT. Może oznaczać to, iż osoby te były z uwagi na swoje problemy z odżywianiem konsultowane przez lekarzy lub też, że wysokie wyniki występować mogą u osób cierpiących na inne niż zaburzone odżywianie się problemy, powiązane jednak z koniecznością stosowania diety. W literaturze przedmiotu pojawiają się doniesienia o ryzyku, jakim obarczone są w tym względzie dziewczęta chorujące na cukrzycę (Pilecki, 1999b). W wypadku chłopców brak było podobnej zależności. Najbardziej znamieny jest jej brak w odpowiedzi dotyczącej diety wysokokalorycznej - „kulturystycznej”, wydawać się może, iż postulowany niekiedy w literaturze wyższy poziom zaburzeń u mężczyzn stosujących tego typu diety i ćwiczenia kulturystyczne wymaga dalszych badań i weryfikacji.

Obserwowaną dodatnią zależność pomiędzy zmienną EAT a wzrastającym poczuciem większej masy własnej sylwetki w wypadku dziewcząt interpretować można na dwa sposoby. Może być ona związana z realnie niższym poziomem problemów z odżywianiem się u dziewcząt chudych. Problemy z zaburzonym odżywianiem się korelować również mogą z poczuciem bycia osobą otyłą, bez względu na realną wagę. Podobnie podwójna interpretacja nasuwa się przy analizie najniższego wyniku w wypadku pośredniego, „zrównoważonego” typu sylwetki akceptowanej w środowisku. Można traktować ją jako przejaw związku między obiektywną oceną norm środowiskowych a niższym wynikiem lub też jako przejaw powiązania pomiędzy rzeczywistymi bardziej tolerancyjnymi normami środowiskowymi a niższym wynikiem. Na tym etapie badań obie interpretacje są uprawnione. Dziwić może wysoki wynik w kategorii sylwetki grubej bądź umięśnionej. Można uznać ten wynik za artefakt związany z połączeniem kategorii, choć grupa osób, które wybrały sylwetki umięśnione, była zdecydowanie mało liczna. Aspekt ten wymaga bez wątplenia dalszych badań, być może z użyciem sylwetek odpowiadających różnym stopniom umięśnienia.

#### **Czynniki związane z uwarunkowaniami zakupów oraz normami środowiskowymi**

Z uwagi na znaczenie, jakie w powstawaniu problemów z odżywianiem się przypisywane jest presji kulturowej, zagadnienie to sprawdzono pośrednio poprzez analizę motywacji kierujących zakupami. Potraktowane zostały one jako projekcyjny opis zakresu autonomiczności w podejmowaniu decyzji. Interpretowana wprost stwierdzona w wypadku dziewcząt zależność świadczyć może one o znaczeniu, jakie w problemach z odżywianiem się mieć może zwiększona

koncentracja na komunikatach związanych z przekazem medialnym. W perspektywie projekcyjnego charakteru pytania wydaje się ona również w pewnym stopniu symboliczna. Poleganie na własnym guście traktowane być może jako rodzaj zaufania do własnych norm oraz ocen, poleganie na reklamach jest w pewnym stopniu zaprzeczeniem takiego rodzaju zaufania. Oznaczać może to przesunięcie ośrodka decyzyjnego z wewnętrznego, autonomicznego obszaru do zewnętrznego, podlegającego presji różnych norm i reguł środowiskowych.

Znaczenie zwiększonej wrażliwości na świat reklam i związanych z nimi wzorców kulturowych, jak zaznaczono w części ogólnej, traktowane być może jako ważki mechanizm mediacyjny, czy wyzwalający pojawienie się problemów z odżywianiem.

Wyniki dotyczące cech cieszących się uznaniem dziewcząt oraz chłopców wykazały daleko idące podobieństwo z jedną ciekawą i, zdaje się, istotną różnicą. Usytuowanie się na biegunach średnich zgrabnej sylwetki oraz życzliwości i koleżeńskości w wypadku dziewcząt oraz modnego stylu ubioru, życzliwości, koleżeńskości oraz wierności normom i zasadom w wypadku chłopców skłania do kilku uwag. Po pierwsze wydaje się, iż w wypadku chłopców zasadniczy konflikt związany również z problemami odżywianiem się posiada bardziej zewnętrzny charakter. Wysportowana sylwetka, która w wersji dla chłopców zastąpiła zgrabną sylwetkę, nie okazała się być w istotny sposób powiązana ze zmienną EAT. Wydaje się, że w wypadku chłopców jest to problem rozgrywający się na poziomie mniej cielesnym niż w wypadku dziewcząt. Można go łatwiej rozwiązać lub też mniej się nim przejmować. Taka interpretacja zgodna jest zresztą z koncepcjami psychodynamicznymi poszukującymi źródeł problemów z odżywianiem się w zaburzeniu mechanizmu symbolizacji. Wszelkie problemy i napięcia mają w myśl tej teorii realizować się w wypadku kobiet poprzez ciało (Nogas, 1999). W obu wypadkach życzliwość i koleżeńskość związana była z niższym wynikiem. Zdaniem autora wybór takiej właśnie odpowiedzi związany być może z istnieniem pewnych cech osobowości realizujących się w kontaktach interpersonalnych, które mogą w pewnym stopniu zapobiegać rozwojowi problemów z odżywianiem się. Wierność dla norm i zasad okazała się istotna w wypadku chłopców, negatywnie korelując ze zmienną EAT. Wydawać się może, iż jest to w pewnym sensie odpowiedź odnosząca się do pewnego hołdującego tradycyjnym wartościom klimatu rodzinnego, czy środowiskowego. W myśl koncepcji cytowanych w części dotyczącej czynników rodzinnych zależność ta powinna być zgoła odwrotna. Czynniki płci może mieć tu jednak znaczenie decydujące.

### **Czynniki związane z stosunkiem do zaburzeń odżywiania się**

Osoby uczestniczące w badaniu okazały się mieć dość racjonalną ocenę posiadania problemów związanych z odżywianiem się oraz lęku przed nimi. Bez wątpienia odpowiadające na pytania kwestionariusza przesiewowego EAT26 osoby miały w wielu wypadkach dość sprecyzowany pogląd na temat posiadania bądź nie problemów z jedzeniem. Mogło wpłynąć to w różny sposób na wynik. Wszystkie osoby na przykład, które w etapie II spełniły kategorię diagnostyczną mając wynik EAT26 niższy niż 20 bały się zaburzeń, lub uważały, że na nie cierpią.

Niezwykłe interesujący zdaniem autora okazał się wynik pytania o pokoleniowy charakter zaburzeń. Znaczącą różnicę w średniej EAT między odpowiedzią, iż stanowią one problem pokolenia, a nie tylko jednostek a odpowiedzią o przeciwnym znaczeniu interpretować można odnosząc się do zagadnienia identyfikacji środowiskowej lub wręcz pokoleniowej. Dla osób z takimi problemami stanowić mogą one fragment ich nie tylko osobistej, lecz wręcz pokoleniowej tożsamości. Co znamienne zależność ta dotyczyła na równi dziewcząt i chłopców, w ich wypadku była wręcz bardziej intensywnie wyrażona.

### **Czynniki rodzinne**

Żaden z czynników rodzinnych poza stosunkiem obojga rodziców do swojej tuszy nie okazał się istotny statystycznie. W wypadku matek ma on bardziej jednoznaczny charakter związany z pragnieniem schudnięcia. Co znamienne tusza matki nie okazała się zmienną istotną statystycznie. Wynikająca z badań postawa ojca jest mało czytelna. Najwyższa średnia w odpowiedzi, iż ma on zmienny stosunek do wagi, wymyka się jednoznacznej interpretacji. Bez wątplenia jednak oznaczając, iż w poczuciu córki sprawy wagi i odchudzania nie są ojcu obojętne. Zgromadzone dane wydają się potwierdzać te koncepcje, które wiążą obecność zaburzeń w odżywianiu się z postawami rodziców w tym względzie. Podobny wynik otrzymała też Włodarczyk-Bisaga (1992). Dotyczył on jednak bardziej członków rodziny niż specyficznie rodziców. Na tym etapie badań pojawia się pytanie, na ile jest to wynikiem projekcji podstaw posiadających problemy dzieci, a na ile obserwacje rzeczywistych zachowań. W cytowanych w części ogólnej badaniach podobne wnioski wypływały jednak z wywiadów przeprowadzanych z rodzicami osób z problemami z odżywianiem się.

## **HIPOTEZA IV**

**Hipoteza IV potwierdziła się. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się w badanej populacji okazało się mieścić w zakresie charakterystycznym dla rozwiniętych krajów zachodnich.**

W celu sprawdzenia niniejszej hipotezy otrzymany wynik porównano z dostępnymi w literaturze przedmiotu danymi.

Zgodnie z przyjętą hipotezą rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się w badanej populacji okazało się zbliżone do wyników otrzymywanych w podobnych badaniach w krajach zachodnich. Dla dziewcząt w obrębie zaburzeń bulimicznych znalazło się ono jednak blisko wyników najwyższych. Zerowy poziom jadłowstrętu psychicznego na poziomie klinicznym wśród dziewcząt otrzymali również King (1989) oraz Johnson-Sabine i wsp. (1988). Zidentyfikowane przez nich 2 przypadki (0,2%) pochodziły ze źródeł dodatkowych, a nie badania przesiewowego. Podobnie typowy okazał się wynik określający rozpowszechnienie subklinicznego jadłowstrętu



psychicznego na poziomie 0,18%. W niniejszym badaniu zsumowane rozpowszechnienie bulimii klinicznej i subklinicznej wg DSM-IV wyniosło 4,24%, w badaniu Johnson-Sabine 2,8%. Podobnie wysoki wynik 4,5%, dotyczący przy tym jedynie bulimii o nasileniu klinicznym, wystąpił wśród studentek badanych przez Freeman i Henderson (1988). W wypadku napadowego zespołu objadania się pomimo uwzględnienia podziału na objawy subkliniczne i kliniczne w wytycznych do badań naukowych DSM-IV, brak jest badań przeprowadzonych z uwzględnieniem podobnej dystynkcji. Skłania to do łącznego traktowania zaburzeń o typie „klinicznym” i „subklinicznym”. Rozpowszechnienie na poziomie 0,92% wydaje się dość niskie w porównaniu z dostępnymi w literaturze danymi. W populacji 27 i 28 latek badanych przez Vollratha i wsp. (1992) wyniosło ono 7,3%. Zsumowane zaburzenia na poziomie subklinicznym odpowiadające grupie EDNOS (SAN, SBN, SBED) dla dziewcząt wyniosły w niniejszym badaniu 4,6%, co jest wynikiem dość wysokim, mieszczącym się jednak w zakresie wyników obserwowanych dla podobnych populacji.

W badaniach obejmujących zachodnioeuropejskie populacje nastoletnich chłopców brak zaburzeń o typie jadłowstrętu oraz jeden przypadek zdiagnozowanej bulimii psychicznej, dający rozpowszechnienie na poziomie 0,2% jest wynikiem typowym. Tylko jeden przypadek zespołu napadowego objadania się i to na poziomie diagnozy w oparciu o kryteria DSM-PC wydaje się być znacznie zaniżonym wynikiem. W wypadku jednak chłopców do wyników badania należy podchodzić ostrożnie. Sama próba jest mało liczna, a procent odmów udziału w badaniu okazał się dość znaczny.

W literaturze przedmiotu brak jest informacji o rozpowszechnieniu syndromów diagnozowanych na podstawie kryteriów DSM-PC. Wynik 8,39% dla dziewcząt mieści się w zakresie od 5% do 10%, który autorzy klasyfikacji podali jako typowy dla tak zdefiniowanego stopnia nasilenia problemów.

Gdyby zsumować wszystkie wyniki dla dziewcząt okazałoby się, iż jakiegokolwiek kryterium diagnostyczne spełniło ponad 13% populacji badanych dziewcząt. Ten niezwykle wysoki wynik zgodny jest jednak z samooceną samych badanych. 33,7% dziewcząt deklaroowało, iż problem z odżywianiem się ich dotyczy bądź dotyczył w przeszłości. Choć raz w przeciągu „ostatniego czasu” po posiłkach wymiotowało 9,5% badanej populacji dziewcząt (EAT26 pyt. 9). Obecność subiektywnych bądź obiektywnych bulimicznych napadów jedzenia z utratą kontroli przeżywało 27,5% (EAT 26 pyt. 4). Poczucie, iż jedzenie kontroluje ich życie, w zakresie punktowanych odpowiedzi, miało 4,6% dziewcząt. Obie te perspektywy wydają się ze sobą korespondować.

## **HIPOTEZA V**

**Hipoteza zakładająca wzrost ilości zaburzeń, w tym przede wszystkim bulimicznych, potwierdziła się, wymagając jednak przyjęcia kilku dyskusyjnych założeń wstępnych.**

W celu weryfikacji hipotezy otrzymane wyniki porównano z badaniem Włodarczyk-Bisagi (1992).

Weryfikacja hipotezy o zwiększeniu liczebności zaburzeń napotyka na szereg trudności metodologicznych. Podstawowa z nich związana jest z obecnością w literaturze przedmiotu tylko jednego polskiego badania epidemiologicznego opartego o podobny schemat tj. cytowanej wcześniej pracy Włodarczyk – Bisagi. Wątpliwości te zostały omówione w kontekście hipotezy I i II.

W badaniu przeprowadzonym przez Włodarczyk-Bisagę brak było osób z klinicznym rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego oraz bulimii psychicznej. W badanej próbie jadłowstręt psychiczny również nie wystąpił. Rozpowszechnienie klinicznej bulimii psychicznej wyniosło 0,56%. Cytowana autorka w swoim doniesieniu nie podała jednoznacznych kryteriów różnicujących pod względem typu diagnozy grupę subkliniczną. Wydaje się jednak, iż znaleźć można w niej osoby zakwalifikowane w niniejszym badaniu przede wszystkim do grupy EDNOS. W przeprowadzonym przez Włodarczyk–Bisagę badaniu kryterium subkliniczności wg DSM III R spełniło 16 z przebadanej próby 747 dziewcząt, co dawało 2,34% badanej populacji. W obecnym badaniu kryterium subkliniczności wg DSM-IV spełniło 4,6% badanej populacji dziewcząt. Różnica ta wydaje się niezwykle znamienne. Mogło na nią wpłynąć użycie różnych edycji kryterium DSM. Nie bez znaczenia jest też fakt, iż wszyscy, którzy w badaniu Włodarczyk-Bisagi otrzymali diagnozę, mieścili się w grupie osób EAT{+}. W niniejszym badaniu aż 6 zdiagnozowanych osób pochodziło z grupy EAT{-}. Na różnicę mogło też wpłynąć prowadzenie badania w warunkach zdecydowanie bardziej komfortowych, bo uwzględniających preferencje badanego oraz użycie w niniejszym badaniu ustrukturyzowanego wywiadu. Cytowana autorka przeprowadziła badanie drugiego etapu w szkołach podczas lekcji oraz w oparciu o ogólne pytania rozwijane przez badających w trakcie wywiadu.

Abstrahując od stosowanych kryteriów diagnostycznych i analizując tylko obecność najbardziej obiektywnych, nie poddających się kategorycznym manipulacjom objawów, jakim jest np. prowokowanie wymiotów, otrzymujemy jednak podobny wynik. W przebadanej przez Katarzynę Włodarczyk-Bisagę populacji prowokowanie wymiotów częściej niż raz 2 razy w miesiącu wystąpiło u 8 osób na 747(1,07%), w populacji objętej obecnym badaniem stosunek ten wyniósł 19/754(2,52%). W badanej grupie, w porównaniu z cytowanym badaniem populacji uczennic warszawskich, ilość osób u których stwierdzono zaburzenia miesiączkowania, uległa obniżeniu. Na 16 zdiagnozowanych przez autorkę dziewcząt u 7 występowały zaburzenia miesiączki lub jej brak. W przeprowadzonym przez autora badaniu zaburzenia takie wystąpiły u 2 dziewcząt na 36.

Powyższe porównania pozwalają wyciągnąć ostrożny, potwierdzający postawioną hipotezę wniosek o wzroście ilości osób cierpiących na zaburzenia o typie bulimicznym i związanym z

objadaniem się, przy takim samym lub wręcz mniejszym rozpowszechnieniu zaburzeń o typie anorektycznym.

## HIPOTEZA VI

Hipoteza VI potwierdziła się częściowo. Szereg wskaźników okazał się w istotny statystycznie sposób różnicować grupę z postawionym rozpoznaniem od grupy zdrowej. Wprowadzenie podwójnego podziału uwzględniającego poza kryterium diagnozy kryterium wyniku EAT26 wykazało, iż niektóre ze wskaźników są specyficzne dla zaburzonego odżywiania się (brak różnicy między DG{+} a EAT{+}bd, obie grupy różnią się od EAT{-}bd), inne dla diagnozy (DG{+} różni się od obu pozostałych grup). Niestety mała liczebność grupy EAT{-}DG{+} nie pozwoliła na bardziej jednoznaczne prześledzenie specyficzności osób z grupy z diagnozą bez względu na wynik EAT26. Okazało się też, iż przynajmniej w kilku przypadkach różnice pomiędzy grupą EAT{+}bd a DG{+} mają bardziej złożony charakter, niż zakładano.

W celu sprawdzenia hipotezy dokonano analizy materiału pod kątem występowania istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi założonymi kategoriami.

### **Czynniki demograficzne oraz związane z klasą społeczną**

Przede wszystkim zwraca uwagę brak znaczenia czynników mogących odnosić się do kategorii klasy społecznej, pochodzenia, czy poczucia przynależności społecznej. Dotyczy to też takich obiektywnych wskaźników jak wykształcenie rodziców, czy typ szkoły. Może oznaczać to, iż zmienne te nie mają istotnego znaczenia w obrazie zaburzeń odżywiania się w naszym kraju lub też znaczenie ma ich niewidoczna w badaniu konstelacja. Podobny obraz wystąpił zresztą również w wypadku analizy wyniku samego kwestionariusza EAT przedstawionej w analizie Hipotezy I.

### **Czynniki związane z wagą oraz poczuciem wagi i stosunkiem do niej**

Znamienny wydawać się może brak znaczenia obiektywnych wskaźników aktualnej masy ciała przy jednoczesnym poczuciu osób zdiagnozowanych o byciu otyłymi oraz chęci odchudzania się. Chęć odchudzania się, przy braku obiektywnie opisanej otyłości, wydaje się ważnym czynnikiem towarzyszącym obecności zaburzeń. Nie wydaje się on jednak dla nich specyficzny. Zwrócić tu uwagę należy na istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupą DG{+} a EAT{-}bd w skali PRES kwestionariusza EAT26. Przy braku istotnych różnic pomiędzy grupami w wyniku BMI oznaczać może to albo nadmierną koncentrację otoczenia na sprawach związanych z jedzeniem lub też poczucie takiej koncentracji wśród zdiagnozowanych.

## **Czynniki związane z chorobami oraz odżywianiem się**

Żaden z czynników związanych z objawami chorobowymi, czy korzystaniem z pomocy lekarskiej lub psychologicznej nie okazał się istotny.

Analiza problemów związanych z odżywianiem się oraz stosunkiem do wagi i kształtu ciała w wymiarach wykraczających poza kryteria diagnostyczne wykazała znaczące podobieństwo grupy DG{+} z grupą EAT{+}bd, co oznaczać może, iż w istocie czynniki te są mało specyficzne dla samej diagnozy, a bardziej dla wyniku testu EAT26. Tylko jeden czynnik związany z niechęcią eksponowania własnego ciała okazał się różnicować grupę DG{+} od obu grup bez diagnozy. Podobnych zależności dopatrzeć można by się w wypadku czynnika związanego z obawą przed utratą kontroli oraz poczucia winy związanego z jedzeniem. Z uwagi na test statystyczny, w którym okazały się istotne, zależności te są mniej jednoznaczne. W skali zbiorczej Kwestionariusza badającego objawy zaburzeń odżywiania się (EDE) oraz jego skalach: Troski związanej z wagą (WEIC) oraz Troski związanej z kształtem (SHAIC) wszystkie trzy grupy różniły się między sobą w istotny statystycznie sposób. Najmniej specyficzna okazała się Skala powstrzymywania się (RES) oraz Skala obaw związanych z jedzeniem (EATC). Można przypuszczać, iż dwie ostatnie skale są specyficzne nie tylko dla zaburzeń odżywiania się ale i dla odchudzania się w ogóle. Mniej sprecyzowane troski związane z odżywianiem się mogą być też specyficzne dla grupy młodych dziewcząt w ogóle. Bez wątpienia charakter omawianej grupy nadawany jest przez objawy bulimiczne. W Skali wymiotów (WYM) kwestionariusza EAT26 grupa DG{+} różniła się w sposób najbardziej znaczący zarówno od EAT{-}bd, jak i EAT{+}bd. W pozostałych skalach grupa DG{+} oraz EAT{+}bd nie różniły się między sobą, odróżniając się od grupy EAT{-}. Do wniosków tych należy jednak podchodzić ostrożnie z uwagi na udział wyniku zbiorczego kwestionariusza EAT26 w konstruowaniu grup zmiennej DIAG.

Powyższa różnica pomiędzy znaczeniem poszczególnych pytań i skal zbiorczych skłania do zadania pytania o charakter różnicy pomiędzy patologicznym odżywianiem się a syndromami klinicznymi, czy subklinicznymi. W wymiarze związanym z szeroko rozumianym odżywianiem się wydawać się może, iż jest to różnica bardziej ilościowa niż jakościowa. Byłby to przyczynek do koncepcji traktowania problemów z odżywianiem się jako swoistego kontinuum objawów. Ograniczając się jednak tylko do zagadnień związanych z tym wymiarem brak jest odpowiedzi, co w istocie decyduje o pojawieniu się klinicznego nasilenia syndromów.

## **Czynniki związane z obrazem siebie**

Wyniki kwestionariusza „Obraz Siebie” D. Offera (QSIA) świadczą o generalnie gorszym przystosowaniu osób zdiagnozowanych w porównaniu przede wszystkim z osobami zdrowymi bez jakichkolwiek problemów z odżywianiem się. Skala kontroli emocjonalnej mierzy przede wszystkim to, w jakim stopniu ego nastolatka radzi sobie z różnymi naciskami, jakie płyną z zewnętrznego otoczenia oraz z impulsami ze świata wewnętrznego. Niski średni wynik w tej skali

świadczy, iż osoby z diagnozą charakteryzują się działaniem pod wpływem impulsu, mają niską tolerancję na frustrację, posiadają słabe mechanizmy obronne. Skala obrazu własnego ciała wskazuje, na ile nastolatek akceptuje zmiany zachodzące w jego ciele i przystosowuje się do nich. Uzyskany przez osoby z diagnozą wynik w skali Obrazu własnego ciała świadczy, iż osoby z grupy z potwierdzoną diagnozą mają utrzymującą się od okresu wczesnej adolescencji niepewność co do zachodzących w ich ciałach zmian. Ja seksualne odnosi się do problemu integracji popędu seksualnego, życia emocjonalnego i funkcjonowania społecznego. Niski otrzymany przez osoby zdiagnozowane wynik świadczy o konserwatywnym, unikającym podejściu wobec seksualności związanym z problemami w integracji popędów. Osoby z potwierdzoną diagnozą jawią się w oparciu o wynik kwestionariusza jako mające problemy w obszarze przede wszystkim zbiorczej skali Ja psychologicznego. Ich podstawowym problemem z tej perspektywy wydaje się nieumiejętność przystosowania się do pojawiających się wraz z dojrzewaniem popędów seksualnych oraz zachodzących w powiązaniu z dojrzewaniem zmian w organizmie.

Otrzymane wyniki okazały się zbliżone do danych otrzymanych przez Koeniga i wsp. (1984), cytowanych w części teoretycznej. Wszystkie trzy skale zaburzone były również w ich badaniach. W studium obejmującym 30 dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną oraz 30 osobową grupę kontrolną dziewcząt zdrowych w wieku od 15 do 19 lat przeprowadzonym przez Iniewiczą (1999b) różnice wystąpiły w 7 skalach, w tym również w skalach istotnych w niniejszym badaniu. Badane przez cytowanego autora dziewczęta również charakteryzowały się gorszym przystosowaniem.

Interesujące wydaje się porównanie pomiędzy wynikiem otrzymanym w części I i II badania. W obu badaniach znaczący okazał się czynnik Obrazu ciała. Wydaje się on więc znaczący, ale niespecyficzny dla zaburzeń odżywiania w porównaniu z zaburzonym odżywianiem się. Nieistotny okazał się w części drugiej czynnik Emocjonalnego tonu oraz, co zastanawiające, Psychopatologii. W tym ostatnim wypadku zdaniem autora oznaczać może to, iż czynnik ten mierzy w istocie inne parametry, niż założyli autorzy testu. W etapie II badania istotne okazały się natomiast: skala Ja seksualnego oraz Kontroli emocjonalnej. Wynik ten skłania do zadania pytania o związane ze światem przeżyć intrapsychicznych różnice pomiędzy zaburzonym odżywianiem się a zaburzeniami odżywiania się. Wydaje się, iż zaburzenia powiązane są z manifestacją dysfunkcji na głębszym poziomie. Zaburzenia „emocjonalnego tonu” są bowiem wyrazem problemów z „kontrolą emocjonalną”. Zaburzenia obrazu własnego ciała bez wątplenia powiązane są z głębszym wymiarem seksualności. Choć wyniki należy w tym względzie interpretować ostrożnie, mogą one świadczyć o pewnej charakterystycznej dla zaburzeń odżywiania się strukturze formującej się osobowości nastolatka.

W przeprowadzonej analizie czynnikowej pytań kwestionariusza, które okazały się istotne na poziomie współczynnika istotności równego lub mniejszego od 0,05 w kontekście DG{+} versus EAT{-}bd, EAT{+}bd, najważniejsze okazało się rozwiązanie dwuczynnikowe. Pięć pytań

czynnika I', w tym wszystkie pytania definicyjne, okazało się pochodzić ze skali Relacji rodzinnych oryginalnie zaproponowanej przez D. Offera. W skali znalazły się pytania o charakterze negatywnym odnoszące się przede wszystkim do konfliktów i nieporozumień oraz braku zaufania do rodziców. W czynniku II' pytania definicyjne okazały się pochodzić ze skali Emocjonalnego tonu. Charakter wszystkich zawartych w nim pytań wskazuje na obraz siebie cechujący osoby o neurotycznej strukturze osobowości. Pomimo, iż do ich konstruowania zaangażowane było kryterium diagnozy (statystycznie istotne różnice między DG{+} versus EAT{+}bd, EAT{-}bd), okazało się, że występują istotnie statystycznie różnice w wynikach czynnikowych pomiędzy grupami DG{+} i EAT{+}bd a EAT{-}bd. Dwie pierwsze grupy natomiast nie różniły się pod tym względem od siebie. Oba czynniki okazały się też nie powiązane ze sobą wzajemnie. Osoby z diagnozą uzyskały wyniki czynnikowe świadczące o negatywnym przeżywaniu relacji rodzinnych oraz o wysokiej neurotyczności. Oznaczać może to, iż zarówno pewna specyficzna konstrukcja psychiczna odpowiadająca kryteriom neurotyczności, jak i poczucie konfliktów i braku oparcia w relacjach rodzinnych w istotny sposób wiążą się z problemami w odżywianiu się, w odrębnych jednak mechanizmach. Bez odpowiedzi pozostaje pytanie na ile czynnik I' wiąże się z realnymi konfliktami rodzinnymi, a na ile tylko z ich irracjonalnym przeżywaniem. W tym drugim wypadku należałoby się zastanowić nad głębszymi, osobowościowymi korelatami przeżywania sytuacji rodzinnej. Czynniki II' wydaje się najbardziej zbliżony do definiowanego przez Eysencka superczynnika „Neurotyczności” (Strelau, 1998). Jeśli by przyjąć bardziej osobowościowy niż oparty o realne interakcje rodzinne charakter czynnika I', należałoby rozważyć jego podobieństwo do superczynnika „Psychotyczności” wyłanianego przez tego samego autora. Skłania do tego obecność w tej skali w analizie czynnikowej pytania dotyczące braku zadowolenia z własnej seksualności oraz trudności w kontroli popędów. Oba te wymiary opisywane były przez cytowanego autora jako istotny składnik omawianego superczynnika.

### **Czynniki kulturowe**

Żaden z czynników badanych w kontekście wyników Etapu I nie okazał się w prowadzonej na tym etapie analizy znaczący. Szczególnie istotne wskaźniki okazały się charakteryzować dziewczęta z zaburzeniami odżywiania się w oparciu o pytania Kwestionariusza presji kulturowej. Najwięcej z nich odnosiło się do wymiarów związanych z hipotetyczną skalą Kulturowej kontroli impulsów oraz Kulturowego znaczenia chudości. Pytania definicyjne rozwiązania jednoczynnikowego okazały się odnosić jedynie do jednego aspektu związanego ze współczesnym ideałem kobiecej urody, tj. do chudej sylwetki i podkreślania znaczenia starania się o wypełnienie tego ideału. Znaczące okazały się też pytania odnoszące się do lęku przed utratą kontroli. Można przypuszczać, iż domniemany czynnik kulturowy związany jest przede wszystkim z pewnym symbolicznym wymiarem konfliktu pomiędzy potrzebą kontroli a uleganiem popędom na płaszczyźnie przeżywania obrazu własnego ciała. Otrzymany czynnik okazał się różnicować od

siebie na poziomie statystycznie istotnym wszystkie trzy grupy diagnostyczne (zmienna DG). Powiązany był też z oboma nie powiązanymi ze sobą, wyłoniłymi na tym etapie wskaźnikami kwestionariusza „Obrazu Siebie”. Zarówno nasilenie neurotyczności, jak i poczucia konfliktów rodzinnych związane było ze wzrostem znaczenia czynnika kulturowego. W tym kontekście badany aspekt kulturowy wydaje się koniecznym, choć niespecyficznym elementem związanym z patologią w obszarze odżywiania się. Może on w tym względzie występować w powiązaniu z dwoma niezależnymi od siebie czynnikami związanymi z poczuciem relacji rodzinnych i neurotyzmem.

Zapytane wprost osoby z zaburzeniami odżywiania się zdają sobie sprawę ze swojego problemu. Pozwala to przypuszczać, iż świadomość posiadania problemu z jedzeniem w znacznie większym stopniu konstruować może obraz choroby, niż by się to wydawało. Nie wydaje się to jednak cechą specyficzną dla zaburzeń odżywiania się, a raczej dla ogólnych problemów z jedzeniem.

### **Czynniki rodzinne**

Żaden z elementów struktury rodziny nie okazał się istotny. Otrzymany wynik, choć trudny do jednoznacznej analizy z powodu liczebności grupy, bez wątplenia wskazuje na znaczenie przywiązywania wagi obu rodziców do spraw tuszy. Paradoksalne okazały się istotny statystycznie wynik związany z występowaniem objawów chorobowych w rodzinie badanej osoby (rodzeństwo, rodzice, dziadkowie), chorób ojca lub matki oraz chorób z grupy psychosomatycznej i psychopatologicznej u ojca lub matki. Nadreprezentacja w tych wskaźnikach w grupie EAT{+}bd przy wręcz niedoborze w grupie DG{+} jest dla autora niewytłumaczalna. Każę jednak z dużą ostrożnością podchodzić do obecnych w literaturze przedmiotu danych na temat wyższej chorobowości ogólnej oraz związku ze specyficznymi zaburzeniami w grupie osób z zaburzeniami odżywiania się. Nie jest jasne, czy przynajmniej czasami nie bywa to nadinterpretacją zależności związanej raczej z zaburzonym odżywianiem się.

Ważnym, omówionym już wcześniej dopełnieniem tego aspektu są zagadnienia związane z wyłoniłymi w trakcie niniejszego badania Czynnikiem poczucia napięć rodzinnych kwestionariusza QSIA.

## **HIPOTEZA VII**

**Zdaniem autora hipoteza ta nie potwierdziła się. Zaobserwowane różnice wydają się mieć raczej związek z nasileniem objawów niż z ich specyficznym charakterem. Możliwe jest też, iż z uwagi na odmiennosc w nasileniu objawów w poszczególnych grupach trudno jest różnice te jednoznacznie interpretować.**

W celu sprawdzenia hipotezy dokonano analizy wszystkich opracowywanych w części dotyczącej zmiennej DG wskaźników w oparciu o zmienną DIADIA.

Pomiędzy poszczególnymi typami diagnoz nie zaobserwowano znaczących różnic. Większość z obserwowanych istotnych statystycznie różnic dotyczyła grupy „anorektycznej” (WAN) i „bulimicznej” (WBN). Grupa „napadowego objadania się” (WBED) okazała się najmniej specyficzna, nie różniąc się w ogólnie od pozostałych grup, lub różniąc od jednej lub od drugiej w zależności od wskaźnika. Wynik kwestionariusza EDE, niezadowolenie z wagi, poczucie winy związane z jedzeniem wydają się mieć przede wszystkim związek z nasileniem objawów, a nie z ich charakterem. Można to wiązać z wewnętrzną strukturą obu grup. W WAN przeważały osoby o niezbyt intensywnym nasileniu objawów diagnozowane w oparciu o kryterium DSM-PC. W grupie WBN znajdowały się trzy osoby z rozpoznaniem klinicznym oraz duża grupa osób subklinicznych wg DSM-IV. Grupa WBED miała strukturę pośrednią, z jedną osobą chorą klinicznie oraz prawie równolicznymi przedziałami diagnoz subklinicznych wg DSM-IV i wg DSM-PC. W podobny sposób interpretować można pytanie 40 Kwestionariusza presji kulturowej („Nie rozumiem ludzi, którzy nie planują swojej przyszłości i kierują się intuicją oraz przypadkiem”). Na gruncie teorii można by się, bowiem spodziewać, że wynik niższy powinny otrzymać w nim osoby z grupy WAN o bardziej restrykcyjnych cechach osobowości. Podobnie wyższego wyniku w skali 6 kwestionariusza QSIA świadczącej o lepszym przystosowaniu i posiadaniu bardziej sprecyzowanych planów na przyszłość można by się spodziewać po dziewczętach z grupy WAN a nie WBN. W pytaniu 62 KPK (Czasem ulegam pokusom mojego ciała) niższy wynik w grupie WBN niż w grupie WAN wydaje się być zgodny z koncepcją zaburzeń bulimicznych jako rodzaju kulturowej metafory na wyrażenie poczucia braku kontroli. W świetle wcześniejszych interpretacji do wniosku tego należy jednak podchodzić ostrożnie. Najznacześniejsza, obejmująca jedno odchylenie standardowe okazała się różnica między średnią WBN a pozostałymi grupami w czynniku I’ „Neurotyczności” QSIA. Obserwacja ta wydaje się potwierdzać koncepcje mówiące o wysokim poziomie konfliktów interpersonalnych w rodzinach osób z problemem bulimii psychicznej. Weryfikacja niniejszych wyników wymagałaby jednak ich urealnienia. Na tym etapie trudno stwierdzić, na ile spostrzeżenia badanych mają charakter obiektywny, na ile są subiektywnym przeżyciem relacji i klimatu emocjonalnego rodziny. Istotna okazała się różnica między grupą WBN a WBED w wyniku skali WYM kwestionariusza EAT26. Ma ona typowo diagnostyczny charakter potwierdzający rozpoznanie. Z uwagi jednak na współdziałanie kryterium EAT26 przy tworzeniu zmiennej DG obserwacja ta wymaga ostrożnej interpretacji. Różnice w skalach WYM, wskaźniku jedzenia w towarzystwie oraz unikaniu ekspozycji ciała potwierdzają częściowo obserwację o znaczeniu objawów związanych z bulimią w różnicowaniu od siebie grupy osób chorych i zdrowych bez względu na wynik EAT26.

Z uwagi na powyższe wydaje się jednak, iż charakter wyłonionej grupy z potwierdzoną diagnozą nadają przede wszystkim osoby z rozpoznaniem subklinicznego nasilenia bulimii oraz zespołu napadowego objadania się. Pod wieloma względami są one zresztą do siebie podobne, co znajduje potwierdzenie w cytowanej w części ogólnej literaturze przedmiotu.



#### 4.14 CZYNNIKI TOWARZYSZĄCE ZABURZENIOM W ODŻYWIANIU SIĘ - PRÓBA OPISU

Na podstawie otrzymanych wyników można wręcz pokusić się o próbę nakreślenia pewnego obrazu, choć powiązania pomiędzy poszczególnymi wskaźnikami mogą mieć bez wątpienia tylko hipotetyczny charakter. Nie są one też czynnikami ryzyka rozwoju zaburzeń, choć bez wątpienia brać mogą one udział w utrzymywaniu się syndromu. Trudno też na tym obszarze odróżnić od siebie zaburzenia odżywiania się od zaburzonego odżywiania się. Wydaje się też, iż obraz ten odnosi się przede wszystkim do grupy zaburzeń bulimicznych.

Żaden czynnik demograficzny, ani społeczny nie różnicuje tej grupy. Są to dziewczęta z różnych środowisk i szkół. Mają różne osiągnięcia i sukcesy szkolne. Pochodzą z rodzin o strukturze nieróżniącej się pod żadnym względem od powszechnej panującej w tym względzie normy. Choć ich rodziny są pozornie „prawidłowe” dostarczają im jednak cierpienia i bólu (pyt. 61 QSIA). Mają one poczucie niezrozumienia przez rodziców (pyt. 24 QSIA). Nie są też w stanie ich zrozumieć (pyt. 24 QSIA). Nie czują wsparcia ze strony rodziców (pyt. 26 QSIA), mają poczucie, że nawet w domowych kłótniach z rodzeństwem ojciec i matka zwykle stają nie po ich stronie (pyt. 9 QSIA). Choć ich rodzice nie odbiegają w swojej wadze od normy, to trzymanie wagi i odchudzanie ma dla nich znaczenie.

Wsparcia szukają poza domem (pyt. 43). Nie są w związku z tym jednak bardziej szczęśliwe. Czują się samotne (pyt. 66 QSIA), gorsze od większości znanych sobie osób (pyt. 23 QSIA). Choć spragnione kontaktów z innymi, boją się, że będąc w towarzystwie staną się ofiarami złośliwych docinków i żartów (QSIA2). Nie są takie, jakie chciałyby być (pyt 82 QSIA). Zachodzące w ich ciałach pod wpływem dojrzewania zmiany są trudne do zaakceptowania (skala Obrazu ciała QSIA). Równie frustrujące są dla nich pojawiające się pragnienia i popędy, szczególnie te seksualne (skala Ja seksualnego QSIA). Mają poczucie, iż posiadane przez nich emocje oraz popędy wymagają całkowitej supresji i kontroli (29, 8 KPK), z drugiej jednak strony mają istotne problemy z jej sprawowaniem (15, 62, 1 KPK, skala Kontroli emocjonalnej QSIA). Podobna podwójność dotyczy też ich stosunku do własnego ciała (82, 86 KPK). Zgrabna sylwetka staje się tu wymagającą ciężkiej pracy (2 KPK) najwyższą nagrodą (56 KPK), posiadaną przez modelki - nieliczne ucieleśnienia ideału (70 KPK). Do upodobnienia się, do nich należy dążyć (54 KPK), zawsze jednak pozostając daleko od ucieleśnienia ideału (60 KPK). Porażka ta nie odbywa się w osamotnieniu, dotyczy innych znanych osób (44 KPK), z którymi łączy je zrozumienie (14 KPK). Co znamienne, cały ten proces odbywa się poza realną masą ciała, nie odbiegając od normy.

Są dobrymi uczennicami (pyt 43 QSIA). Sukces życiowy jest dla nich ważnym celem, a porażka na tej drodze nie jest tylko ich przegraną, lecz również porażką ich rodziców (12 KPK). Mają poczucie, że chłopcy czerpią z życia więcej przyjemności (45 KPK), mogąc też być w życiu bardziej sobą (83 KPK). Wiedzą, że cierpią na zaburzenia odżywiania się, lub się ich boją. Nie

korzystają jednak z pomocy, mając przy tym poczucie, że ich odżywianie się pozostaje pod baczna uwagą bliskich (PRES EAT26).

## 4.15 DYSKUSJA METODY PRZEPROWADZENIA BADANIA

Tak zaplanowane badanie ma kilka ograniczeń wynikających z samej przyjętej metody. Zostaną one przedstawione poniżej.

### DOBÓR PRÓBY

Pierwsza z nich dotyczy sposobu doboru populacji. Wyłonienie próby z grupy osób uczących się powoduje, iż młodzież nieucząca się nie jest w tej próbie ujęta. Podobnie młodzież nieobecna z różnych względów w szkole. Z doświadczeń klinicznych wynika, iż rezygnacja z nauki lub częste absencje mogą być związane z obecnością trudności emocjonalnych szczególnie u osób z objawami bulimii psychicznej oraz zespołu napadowego objadania się. W zaburzeniach o typie anorektycznym absencje mogą w dużej mierze wynikać z komplikacji somatycznych wymagających hospitalizacji.

### LICZEBNOŚĆ PRÓBY

Wydaje się, iż na potrzeby niniejszego badania wyłoniona próba dziewcząt była wystarczająco liczna, w wypadku chłopców zdecydowanie za mała. Wyciąganie istotnych statystycznie wniosków na podstawie wystarczająco licznej grupy związane byłoby z koniecznością przebadania populacji co najmniej 3000 chłopców.

### TRAFNOŚĆ KWESTIONARIUSZA PRZESIEWOWEGO EAT26

Parametry trafności kwestionariusza okazały się nie tak zadawalające jak przypuszczał autor. W badaniu przeprowadzonym przez Johnson-Sabine i wsp. (1988) przy przyjęciu punktu odcięcia powyżej 20 autorzy uzyskali czułość równą 93%, swoistość 67%, a PRC=23%. Włodarczyk-Bisaga (1992) dla punktu odcięcia równego lub większego od 20 otrzymała czułość 100%, swoistość 53,6% oraz prawdopodobieństwo rozpoznania diagnozy równe 18,6. W niniejszym badaniu zwraca uwagę szczególnie stosunkowo duża liczba wyników fałszywie ujemnych, stanowiąca najpoważniejsze ograniczenie stosowania kwestionariusza. Podobny problem wystąpił w badaniu przeprowadzonym przez Steinhausena (1984). Autor tłumaczył go przede wszystkim kulturowymi różnicami oraz charakterystycznym dla jałłowstrętu psychicznego zaprzeczaniem choroby. Częściowa poprawa właściwości testu wystąpiłaby, gdyby autor zrezygnował z grupy diagnostycznej DSM-PC, z definicji mającej najłagodniejsze nasilenie objawów. W kontekście wcześniejszych obserwacji opisujących wzrost ilości zaburzeń odżywiania się przy stabilnym obrazie zaburzonego odżywiania się postawić można tezę, iż przejście pomiędzy zaburzonym odżywianiem się a zaburzeniami odżywiania się ma nie tylko kumulacyjny, a również jakościowy charakter. Może być on związany z cechą nie różnicującą badanych na poziomie skali głównej.

Niestety analiza odpowiedzi w subskalach nie wykazała zależności, która pozwoliłaby na zastosowanie ich w uzupełnieniu skali głównej. Wszystkie osoby z grupy EAT{-}, które otrzymały diagnozę, miały w skali ODDCH więcej niż 5 punktów. Niestety kryterium ( $EAT26 < 19 \wedge ODDCH > 5$ ) spełniło w grupie dziewcząt dodatkowo kilkadziesiąt osób.

Kwestionariusz EAT 26 jest jedynym tego typu wystandaryzowanym narzędziem dostępnym w Polsce. Zastanović należy się też, czy stosowana metoda przesiewowa, będąca standardem w podobnych badaniach, jest wystarczająca. Wydaje się, iż powinna być ona uzupełniona o inne kryteria klasyfikacji do grupy zwiększonego ryzyka. W wypadku dziewcząt rozważyć należałoby oparcie się również o kryterium niskiego BMI oraz szeroko rozumianych problemów z miesiączką. W wypadku chłopców wydaje się, iż powinno być to narzędzie pozwalające na wyłonienie grupy skoncentrowanej na przyroście masy ciała oraz budowie jego muskulatury. Analiza wyników etapu II skłania do zadania wprost pytania o posiadanie problemów z odżywianiem się i zaproszenie do badania osób, które mają poczucie posiadania problemu w tym względzie.

## SCHEMAT PRZEPROWADZENIA BADANIA ETAPI II

Zwraca uwagę też stosunkowo duża ilość osób, które pomimo wyniku EAT26 powyżej punktu odcięcia nie zostały przebadane z uwagi na brak danych utrudniający identyfikację, brak zgody na badanie lub unikanie badania oraz brak zgody na pomiar wagi ciała. Wymogi etyczne od początku podyktowały taki sposób przeprowadzenia badania, aby badane osoby czuły się najbardziej komfortowo. Pozwala to też wierzyć, że stosunkowo mało w przeprowadzonym badaniu jest wyników fałszywie ujemnych. Ilość osób, które odmówiły udziału w badaniu ogranicza jednak możliwości wyciągania jednoznacznych wniosków. Szczególnie, co do rozpowszechnienia problemu. Zwłaszcza, jeśli przyjmiemy, iż decyzja, o odmowie udziału w badaniu związana była z obecnością patologii w obszarze odżywiania się.

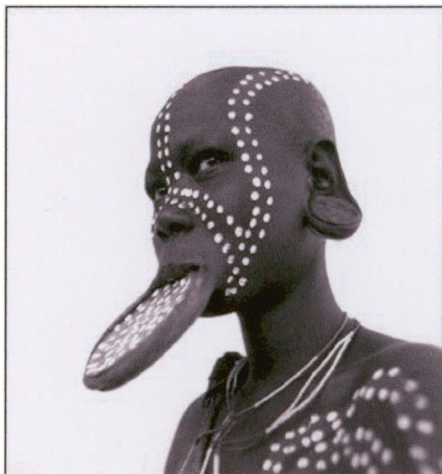
## MOMENT PRZEPROWADZENIA BADANIA

W tego typu badaniach wybór pory badania mieć może znaczenie dla jego wyników. Okres początku roku szkolnego przypadający na wrzesień, październik, w nowej szkole, w nowych warunkach wiązać się może z powstawaniem dużego stresu psychospołecznego mogącego mieć przełożenie na nasilenie różnorodnych trudności adaptacyjnych, w tym też nasilenie zaburzeń odżywiania się. Okres Świąt Bożego Narodzenia oraz Wielkanocnych związanych z obecnym w naszej kulturze zwyczajem przyjmowania ilości pożywienia znacznie przewyższających zapotrzebowanie wiąże się często z następowym stosowaniem diet kompensacyjnych. Wreszcie zbliżający się okres wakacji skłania do szczególnej koncentracji na wadze i wyglądzie ciała. Niektóre z badanych dziewcząt wprost jako powód wdrażania diety podawały chęć atrakcyjnego wakacyjnego wyglądu. Nie jest jasne, czy zależność taka dotyczyć może również problemów z

odżywianiem. Bez wątpienia problem sezonowości występowania zaburzeń w odżywianiu się wymaga dalszych badań.

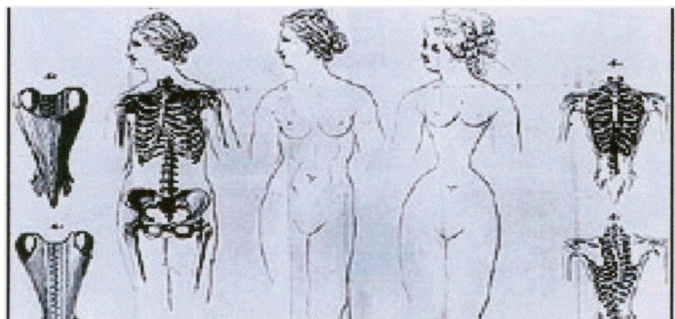


Chińska dziewczynka ze stopami zniekształconymi w myśl tradycyjnych chińskich kanonów urody



Rozciągająca wargę ozdoba używana przez Kobiety z plemienia Mursi z południowej Etiopii

Choć normy kobiecej urody w różnych kulturach definiowane są w odmienny sposób, to istnieje pewna ich wspólna cecha. Ideał ten przekracza zwykle fizjologiczne ograniczenia kobiecego ciała, nakazując w poszukiwaniu doskonałości pokonywać naturę, nierzadko kosztem wyrzeczeń, cierpienia, czy wręcz kalectwa.



XIX wieczna rycina przedstawiająca deformacje kobiecego szkieletu wynikające z używaniem gorsetów

## 5 WNIOSKI

W oparciu o uzyskany materiał oraz przeprowadzone analizy można wyciągnąć następujące wnioski:

- ✘ Zarówno zaburzone postawy wobec odżywiania się jak i zaburzenia odżywiania się występują wśród uczennic i uczniów klas pierwszych krakowskich szkół ponadpodstawowych na poziomie charakterystycznym dla rozwiniętych krajów kultury zachodniej.
- ✘ Chłopcy prezentujący cechy zaburzonego odżywiania się w zakresie wielu z prezentowanych cech zbliżeni są do średniej charakterystycznej dla dziewcząt w ogóle. Również dla obu płci podobne wskaźniki związane są z występowaniem problemu. Chłopców charakteryzuje jednak mniejsza znamienność powiązań. W wypadku chłopców obserwuje się również czynniki kulturowe, które można postrzegać jako zmniejszające ryzyko wystąpienia zaburzonego odżywiania się.
- ✘ Można przypuszczać, że przede wszystkim wśród chłopców i w pewnym ograniczonym stopniu u dziewcząt występować mogą problemy związane z odżywianiem się wymykające się jednoznacznym kryteriom diagnostycznym. Mogą one się wiązać z nadmierną koncentracją na przyroście masy ciała oraz chęcią posiadania umięśnionej sylwetki.
- ✘ Wiele wskazuje na to, iż zaburzenia odżywiania się są zjawiskiem narastającym, przede wszystkim w wymiarze dotyczącym zachowań i postaw bulimicznych. Proces ten dotyczy obu płci w stopniu porównywalnym, nie zaburzającym jednak proporcji rozpowszechnienia zaburzeń między nimi.
- ✘ W populacji chłopców wzrostowi ilości zaburzeń odżywiania się towarzyszy podobny wzrost zarówno ilości, jak i intensywności zaburzonego odżywiania się. Wśród dziewcząt brak jest podobnej zależności. Wydaje się, iż w wypadku dziewcząt pewnej stabilizacji ilości oraz intensywności zaburzonego odżywiania się towarzyszy większa ich, przyjmująca kliniczny charakter, patologizacja.
- ✘ Najbardziej znaczącym czynnikiem towarzyszącym zarówno zaburzonemu odżywianiu się, jaki i zdiagnozowanym zaburzeniom odżywiania się jest czynnik kulturowy. Jego zewnętrznym wyrazem jest w grupie z rozpoznanymi zaburzeniami nasilone przypisywanie znaczenia zgrabnej i chudej sylwetce, przy jednoczesnej irracjonalnej, negatywnej ocenie własnych parametrów. Czynniki kulturowy można też rozumieć szerzej jako przejaw kulturowych norm i schematów wyrażania intrapsychicznych napięć i konfliktów wewnętrznych oraz trudności w kontroli popędów.
- ✘ Czynniki kulturowemu współtowarzyszą, przejawiające się zaburzonym obrazem siebie, wskaźnik osobowościowy oraz rodzinny. Wymiar osobowościowy związany jest z prezentowaniem cech obrazu siebie charakterystycznych dla osób z niską

samooceną, lękowych, depresyjnych, łatwo ulegających wpływom, lecz również gwałtownych, z trudem się kontrolujących. Osoby z zaburzeniami odżywiania w badanej grupie mają skłonność do postrzegania swoich rodziców jako odrzucających, nieżyczliwych i nie dających wsparcia. Mają też poczucie koncentracji rodziców na problematyce związanej z tuszą i odżywianiem się.

- ✦ Zaburzone odżywianie się oraz zaburzenia odżywiania się pod wieloma względami są do siebie podobne w zakresie czynników towarzyszących. Występują jednak pomiędzy nimi istotne różnice. W niniejszym badaniu najznacniejsza z nich związana była z problemem obecności chorób w rodzinie badanych. Ich większe nagromadzenie okazało się bardziej specyficzne dla grupy osób z zaburzonym odżywianiem się niż dla grupy z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się. Najbardziej specyficzne dla grupy z diagnozą w porównaniu z oboma grupami kontrolnymi okazały się zaś cechy związane ze skrajnym dyskomfortem w przeżywaniu własnego ciała oraz poczuciem braku kontroli nad popędami i impulsami.
- ✦ Wśród osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się praktycznie brak było osób korzystających z pomocy psychologiczno-psychiatrycznej wynikającej z problemów z zaburzeniami odżywiania się. Zdaniem autora, zarówno lekarze pierwszego kontaktu, jak i inni **profesjonaliści** pracujący z młodzieżą powinni wykazać się większą wrażliwością na problemy związane z odżywianiem się.
- ✦ Autor widzi sens prowadzenia oddziaływań o charakterze prewencyjnym. Programy takie powinny mieć charakter prewencji drugiego rzędu i być organizowane we wszystkich typach szkół, przede wszystkim pod kontem ujawniania się osób cierpiących na problemy z odżywianiem się.
- ✦ Oddziaływania profilaktyczne powinny być też prowadzone w modnych wśród adolescentów mediach przez popularnych młodzieżowych idoli. Mogą one nakłaniać do ujawnienia problemu lub też starać się przyczynić do zmian postaw względem sylwetki i odżywiania się. Realna **profilaktyka** zapobiegająca powstawaniu zaburzeń wymagać jednak może długotrwałego wpływu na sposób przeżywania siebie i otaczającego świata. Może też być związana z koniecznością oddziaływania na relacje rodzinne.
- ✦ W przyszłych podobnych badaniach rozważyć należy zróżnicowanie podejść metodologicznych w zależności od płci badanych. W wypadku dziewcząt, wiązałyby się one z zastosowaniem różnych punktów odcięcia dla poszczególnych skal oraz dodaniem kryterium zaburzeń menstruacji i niskiego BMI. Poszukiwanie specyficznych dla chłopców problemów z odżywianiem się wymagałoby zdaniem autora zastosowania innego narzędzia przesiewowego oraz znacznego powiększenia badanej próby.

## 6 STRESZCZENIE

**Cel pracy:** Założonym celem pracy było określenie rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się w populacji uczniów klas pierwszych krakowskich szkół ponadpodstawowych oraz określenie czynników powiązanych z występowaniem zjawiska. Dodatkowym, uzupełniającym możliwości wniosku celem było określenie obrazu zaburzonego odżywiania się w badanej populacji.

**Metoda badania:** Podstawowy cel zrealizowany został w oparciu o dwuetapowe badanie próby populacji młodzieży klas I. Wyłonioną grupę stanowiła młodzież 55 klas dobranych na drodze losowania warstwowego bez zwracania, przy założeniu, iż każda klasa każdej szkoły stanowi jedną warstwę. Dołączono do nich 2 klasy Liceum Plastycznego oraz 1 klasę Szkoły Muzycznej. Jako narzędzie przesiewowe zastosowano Kwestionariusz postaw związanych z odżywianiem się (EAT26). Wszystkie osoby, które uzyskały wynik zbiorczy większy od 19 zakwalifikowane zostały do etapu II badania (EAT{+}). Dołączono do nich grupę kontrolną złożoną z uczniów, którzy uzyskali w EAT26 wynik niższy niż 20 (EAT{-}). Wszystkie zakwalifikowane do etapu II osoby poddane zostały ustrukturyzowanemu wywiadowi diagnostycznemu w oparciu o Kwestionariusz badający objawy zaburzeń w odżywianiu się (EDE). Posłużył on do postawienia rozpoznania zaburzeń odżywiania się w oparciu o kryteria DSM-IV i DSM-PC. Do oceny czynników współtowarzyszących posłużył Kwestionariusz demograficzny (KD), Kwestionariusz „Obrazu Siebie” D. Offera (QSLA) oraz autorski Kwestionariusz presji kulturowej (KPK). Cechy zaburzonego odżywiania się ocenione zostały na podstawie wyniku zbiorczego kwestionariusza EAT26 oraz analizy wchodzących w jego skład pytań.

**Wyniki:** Wynik kwestionariusza EAT26 obliczony został łącznie dla 1475 osób, 762 dziewcząt i 713 chłopców. W badanej populacji w oparciu o pytania kwestionariusza EAT26 stosowanie diety odchudzającej deklarowało 45,7% dziewcząt oraz 15% chłopców. Do wymiotowania po posiłkach przyznało się 14,3% dziewcząt oraz 7,7% chłopców. Chęć taką wyrażało, choćby rzadko, 25,5% badanych dziewcząt i 10,4% chłopców. Starano się nie jeść pomimo odczuwania głodu 64,8% dziewcząt i 36,1% chłopców. Średni wynik testu EAT26 dla dziewcząt wyniósł 9,7 ( $\pm 8,548$ ) dla chłopców zaś 4,82 (5,433). Wynik równy lub wyższy niż 20 punktów otrzymało 89(11,7%) dziewcząt oraz 21 (2,94%) chłopców. W drugim etapie przebadane zostały 117 dziewczęta, 63(70,78%) z grupy, która uzyskała wynik w kwestionariuszu EAT26 równy lub wyższy niż 20 (EAT{+}) oraz 54(8,64%) z grupy, która uzyskała wynik poniżej progu odcięcia (EAT{-}). Przebadanych zostało 36 chłopców, 15(71,43%) z grupy EAT{+} oraz 21(3,03%) z grupy EAT{-}. Wśród dziewcząt w badanej populacji brak było przypadków pełnoobjawowej anoreksji psychicznej o klinicznym nasileniu. Stwierdzono trzy przypadki pełnoobjawowej bulimii psychicznej (0,56%). Zaburzenia na poziomie subklinicznym odpowiadającym kategorii EDNOS wg DSM-IV spełniło 19 przypadków (4,78%). Kryteria zaburzonych postaw w stosunku do odżywiania się wg DSM-PC spełniło kolejne 15 dziewcząt (8,39%). Pełnoobjawowa bulimia psychiczna wystąpiła u jednego chłopca (0,2%), kolejny jeden



spełnił kategorię subkliniczności DSM-PC (0,2%). Okazało się też, iż szereg wskaźników, w tym przede wszystkim związanych z czynnikiem kulturowym oraz osobowościowym wyrażającym się w specyficznym obrazie siebie oraz relacji rodzinnych towarzyszy zarówno występowaniu zaburzeń w odżywianiu się jak i zaburzonemu odżywianiu się.

**Dyskusja:** Zarówno zaburzone postawy wobec odżywiania się, mierzone za pomocą testu EAT26, jak i zaburzenia odżywiania się, określone na podstawie kryteriów DSM-IV i DSM-PC, występują wśród uczennic i uczniów klas pierwszych krakowskich szkół na poziomie charakterystycznym dla rozwiniętych krajów kultury zachodniej. Wydaje się na podstawie analizy dostępnych w literaturze polskiej danych, iż wypadku obu płci zaburzenia odżywiania się są zjawiskiem narastającym, szczególnie w wymiarze dotyczącym syndromów bulimicznych. Wśród chłopców wzrostowi ilości zaburzeń odżywiania się towarzyszy podobny wzrost zarówno ilości, jak i intensywności zaburzonych postaw wobec odżywiania się. W wypadku dziewcząt brak jest podobnej zależności. Pewnej stabilizacji ilości oraz intensywności zaburzonych postaw w stosunku do odżywiania się towarzyszy wśród dziewcząt większa ich przyjmująca kliniczny charakter patologizacja.

Wśród dziewcząt wskaźnikiem najbardziej specyficznym, towarzyszącym zarówno zaburzonemu odżywianiu się, jaki i zdiagnozowanym zaburzeniom, jest czynnik kulturowy. Jego podstawowym przejawem jest nasilone przypisywanie znaczenia zgrabnej i chudej sylwetce, przy jednoczesnej irracjonalnej negatywnej ocenie własnych parametrów. Towarzyszy mu związany z wymiarem osobowościowym obraz siebie charakterystyczny dla osób z niską samooceną, lękowych, depresyjnych, łatwo ulegających wpływowi, lecz również gwałtownych, z trudem się kontrolujących. Osoby z zaburzeniami odżywiania w badanej grupie mają też tendencje do postrzegania swoich rodziców jako odrzucających, nieżyczliwych i nie dających wsparcia. Mają też poczucie koncentracji rodziców na problematyce związanej z tuszą i odżywianiem się.

Wśród chłopców z powodu małej liczebności grupy z diagnozą analiza dotycząca zaburzeń odżywiania się nie była prowadzona. Chłopcy prezentujący cechy zaburzonego odżywiania się mierzone kwestionariuszem EAT26 w zakresie wielu prezentowanych cech okazali się zbliżeni są do średniej charakterystycznej dla dziewcząt w ogóle. Dla obu płci istotne okazały się w kontekście występowania zaburzonego odżywiania się podobne wskaźniki. Dla chłopców charakterystyczna okazała się jednak mniejsza intensywność powiązań oraz istnienie czynników, które na poziomie kulturowym działać mogą ochronnie, zmniejszając ryzyko wystąpienia głębszych problemów z odżywianiem się.

## 7 ABSTRACT

**Objectives:** The assumed objective of work was to define propagation of eating disorders in the population of first graders from cracovian secondary schools and define factors connected with this phenomenon. Additional purpose, supplementing possibilities of drawing conclusion, was to specify an image of disturbed eating in the examined population.

**Research method:** The basic objective was accomplished on the basis of a two-stage examination of a sample of first graders. The selected group consisted of youth of 55 classes selected by way of layer drawing without returning, with the assumption that each class of each school constituted one layer. Two classes of Secondary School of Fine Arts and one class of School of Music were attached to them. As a screening tool, a Eating Attitudes Test (EAT26) was used. All persons who achieved a collective result higher than 19 were qualified to the second phase of research (EAT+). A control group consisting of pupils who obtained a result lower than 20 (EAT-) in EAT 26 was attached to them. All persons qualified to the second phase were subject to structuralized diagnostic interview on the basis of Eating Disorders Examination (EDE). It was used to make a diagnosis of eating disorders on the basis of DSM-IV and DSM-PC criteria. To assess accompanying factors, Demographic Survey (KD), The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents (QSIA) and the author's Cultural Pressure Questionnaire (KPK) were applied. Features of disturbed eating were assessed on the basis of a collective questionnaire EAT26 and analysis of questions going into its composition.

**Result:** A result of the EAT26 questionnaire was calculated jointly for 1475 persons: 762 girls and 713 boys. In the examined population, on the basis of the EAT26 questionnaire questions, 45.7% girls and 15% boys declared use of slimming diet. 14.3% girls and 7.7% boys admitted to vomiting after meals. Willingness to do so was expressed, even if rarely, by 25.5% examined girls and 10.4% boys. 64.8% girls and 36.1% boys tried not to eat despite sensation of hunger. It constituted, respectively, 70.78% persons of the EAT+ group, and 8.64% persons of the EAT-group. The average result of the EAT26 test was: 9.7 ( $\pm 8.548$ ) for girls, and 4.82 (5.433) for boys. 89 (11.7%) girls and 21 (2.94%) boys received a result equal or higher than 20 scores. In the second phase, 117 girls were examined: 63 (70.78%) from the group which obtained a result equal or higher than 20 (EAT+) in the EAT26 questionnaire, and 54 (8.64%) from the group which achieved a result below the cut-off threshold (EAT-). 36 boys were examined, 15 (71.43%) of the EAT+ group, and 21 (3.03%) of the EAT- group. There were no cases of fully symptomatic anorexia nervosa of clinical intensification among girls in the examined population. Three cases of fully symptomatic bulimia nervosa (0.56%) were found. 19 cases (4.78%) revealed disturbances on a sub-clinical level corresponding to EDNOS category according to DSM-IV. Another 15 girls (8.39%) met the criteria of disturbed attitude to eating according to DSM. A fully symptomatic bulimia nervosa occurred in one boy (0.2%), another one fulfilled the category of sub-clinically DSM-PC (0.2%). It also turned out that a number of factors connected, above all, with a cultural

factor and personality factor, expressed in a specific self-image and family relationships, accompany both occurrence of disturbances in eating and disturbed eating.

**Discussion:** Both disturbed attitudes towards eating, measured by the EAT26 test, as well as disturbances in eating, specified on the basis of DSM-IV and DSM-PC criteria, occur among first grade girls and boys in cracovian schools on a level characteristic for developed countries of western culture. On the basis of analysis of data available in Polish literature, it seems that in case of both sexes disturbances in eating are not a growing phenomenon, in particular as regards symptoms of bulimia. Among boys, the increase of disturbances in eating is accompanied by a similar rise in number and intensity of disturbed attitudes to eating. In case of girls there is no similar dependence. Some stability concerning the number and intensity of disturbed attitudes to eating among girls is accompanied by a larger pathologisation getting a clinical character.

Among girls, the most specific indicator, accompanying both disturbed eating and diagnosed disturbances, is a cultural factor. Its basic symptom is greater attention paid to a shapely and slim figure with simultaneous irrational, negative assessment of one's parameters. It is accompanied by a self-image, connected with personality dimension, characteristic for persons with low self-esteem, fearful, depressive, easily influenced, but also impetuous, hardly controlling oneself. Persons with disturbances in eating in the examined group have also tendencies to perceive their parents as rejective, unfriendly and not giving support. They also have a feeling of parents' concentration on problems connected with corpulence and eating.

Among boys, due to a small number of the group with diagnosis, the analysis of disturbances in eating was not made. Boys representing features of disturbed eating, measured by the EAT26 questionnaire, as regards many represented features turned out to be similar to an average characteristic for girls in general. They were characterised, however, by a smaller intensity of links and existence of factors which, on the cultural level, may act protectively, reducing the risk of occurrence of deeper problems connected with eating.

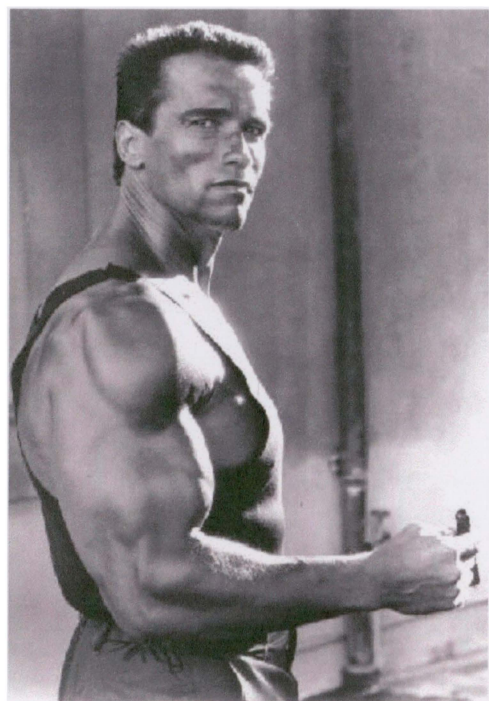
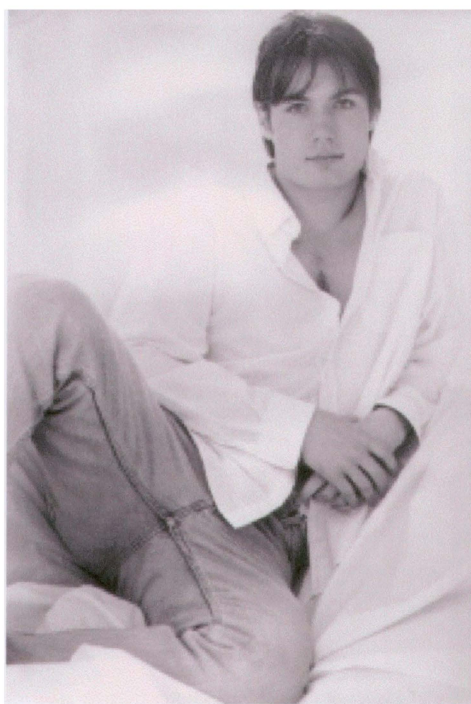
Trudno nie zauważyć, iż na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci w kulturze zachodniej również ideały męskości uległy znaczącym zmianom. Mężczyźni uzyskali prawo do wyrażania swoich uczuć, wrażliwości, troski o własne ciało. W obrazie idealnego męskiego kształtu widoczne są jednak dwa nurty.

W pierwszym z nich muskulatura

męska rozbudowywana jest do stopnia wręcz karykaturalnego. W

drugim ideałem męskiej urody staje się upodobniony do kobiety

pozbawiony cech męskich efeb.



# 8 TABELE I RYCINY

## 8.1 EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ

### 8.1.1 KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

**Tabela 1. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (wg DSM-IV, APA, 1994)**

A. Odmowa utrzymania ciężaru ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu (tj. utrata masy ciała prowadząca do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi oczekiwanej; lub brak należnego przyrostu wagi w okresie wzrastania prowadzący do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi należnej)<sup>2</sup>.

B. Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi.

C. Zaburzenie sposobu doświadczania własnej wagi i kształtu ciała; nadmierny wpływ ciężaru lub kształtu ciała na własną samoocenę lub negowanie aktualnej niskiej masy ciała.

D. U kobiet w okresie po menarche - nieobecność przynajmniej trzech kolejnych krwawień menstruacyjnych (kobieta uznawana jest za mającą amenorrhea, jeśli cykl wraca tylko po zastosowaniu hormonów, np. estrogenów).

**Wyodrębnione typy:**

**Typ „ograniczający” (restricting type):** w trakcie anorexia nervosa nie dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się lub zachowań „wydalających” ( np. indukowanych wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających albo diuretyków).

**Typ „zarłaczno/wydalający” (binge eating/purging type):** w trakcie epizodu anorexia nervosa dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się lub zachowań „wydalających” (np. indukowanych wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających, diuretyków lub lewatyw).

**Tabela 2. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (wg ICD-10, IPIN, 1998)**

A. Spadek wagi lub, u dzieci, brak przybytku wagi prowadzący do masy ciała o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej stosownie do wieku i wzrostu.

B. Spadek wagi jest narzucony samemu sobie przez unikanie „tuczącego pożywienia”.

C. Samo ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem, co prowadzi do narzucania samemu sobie niskiego progu masy ciała.

D. Obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne osi przysadkowo-gonadalnej przejawiają się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji (wyraźnym wyjątkiem jest utrzymywanie się krwawień z pochwy u kobiet anorektycznych stosujących substytucyjne leczenie hormonalne, najczęściej w postaci przyjmowania leków antykoncepcyjnych).

E. Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B dla bulimii psychicznej.

<sup>2</sup> BMI < 17,5 kg/m<sup>2</sup>

**Tabela 3. Kryteria diagnostyczne bulimii psychicznej (wg DSM-IV, APA, 1994)**

A. Powtarzające się epizody napadowego objadania się charakteryzujące się:

- spożywaniem w krótkim czasie (np. w ciągu 2 godz.) ilości pokarmu, która dla większości osób jest zdecydowanie za duża, aby można ją było zjeść w podobnym okresie czasu i w podobnych okolicznościach,
- poczucie braku kontroli nad jedzeniem w trakcie epizodu (tj. poczucie, że nie można przestać jeść lub zapanować nad ilością i sposobem jedzenia).

B. Stosowanie nawracających nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych służących zapobieżeniu przrostowi masy ciała, takich jak:

- prowokowanie wymiotów; nadużywanie środków przeczyszczających, diuretyków, lewatyw i innych,
- poszczenie,
- intensywne ćwiczenia fizyczne.

C. Zarówno epizody objadania się, jak i nieprawidłowe zachowania kompensacyjne występują przeciętnie co najmniej dwa razy na tydzień przez trzy miesiące.

D. Samoocena wyznaczona głównie przez kształt i wagę ciała.

E. Zaburzenie to nie występuje wyłącznie w przebiegu anorexia nervosa.

**Wyodrębnione typy:**

**Typ „przeczyszczający” (*purging type*):** w przebiegu epizodu bulimia nervosa dochodzi do regularnego prowokowania wymiotów lub używania środków przeczyszczających, odwadniających lub lewatyw.

**Typ „nieprzeczyszczający” (*nonpurging type*):** w przebiegu epizodu bulimia nervosa dochodzi do stosowania takich nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych, jak poszczenie lub, uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych bez regularnego stosowania wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających, odwadniających lub lewatyw.

**Tabela 4. Kryteria diagnostyczne bulimii psychicznej (wg ICD-10, IPiN, 1998)**

A. Występują nawracające epizody przejadania się (co najmniej dwa razy tygodniowo w przeciągu 3 miesięcy), w czasie których w krótkim okresie czasu spożywane są duże ilości pokarmu.

B. Utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia (głód).

C. Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następujących metod:

- prowokowanie wymiotów,
- prowokowanie wydalania stolca,
- kolejne okresy głodowania,

D. Stosowanie: leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych; w przypadku bulimii u chorych na cukrzycę, mogą oni bagatelizować leczenie insuliną.

E. Samo ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzący strach przed przytyciem (zwykle prowadzące do niedoboru masy ciała)

**Tabela 5. Zaburzeń odżywiania się nie sklasyfikowanych gdzie indziej (wg DSM-IV, APA, 1994)**

Jest to grupa takich zaburzeń w przyjmowaniu pokarmów, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych żadnego ze specyficznych zaburzeń jedzenia. Są to na przykład takie przypadki, gdy:

A. Spełnione są wszystkie kryteria anorexia nervosa, lecz chora ma regularne miesiączki.

B. Spełnione są wszystkie kryteria anorexia nervosa poza tym, że pomimo znamiennej utraty masy ciała, obecna masa pacjenta mieści się w granicach prawidłowych.

C. Spełnione są wszystkie kryteria bulimia nervosa poza tym, że napady gwałtownego objadania się oraz zachowania kompensacyjne występują nie częściej niż dwa razy w tygodniu lub trwają krócej niż trzy miesiące.

D. Pomimo normalnej wagi ciała dochodzi do zachowań kompensacyjnych pojawiających się po zjedzeniu małych ilości pożywienia (na przykład indukowane wymioty po zjedzeniu dwóch ciastek).

E. Duże ilości pokarmu są regularnie żute i bez połknięcia wypluwane.

**Zespół gwałtownego objadania się (*binge eating disorder*):** powracającym epizodom napadowego objadania się nie towarzyszą zachowania kompensacyjne charakterystyczne dla bulimia nervosa.

**Tabela 6. Kryteria badawcze dla epizodów zespołu napadowego objadania się (wg DSM-IV, APA, 1994)**

A. Powtarzające się epizody napadowego objadania się charakteryzujące się:

- spożywaniem w krótkim czasie (np. w ciągu 2 godz.) ilości pokarmu, która dla większości osób jest zdecydowanie za duża, aby można ją było zjeść w podobnym okresie czasu i w podobnych okolicznościach,
- poczucie braku kontroli nad jedzeniem w trakcie epizodu (tj. poczucie, że nie można przestać jeść lub zapanować nad ilością i sposobem jedzenia).

B. Epizody napadowego objadania się związane są z trzema (lub więcej) następującymi cechami:

- Jedzenie znacznie szybsze niż normalnie,
- Jedzenie do czasu osiągnięcia dyskomfortu pełności,
- Jedzenie dużych ilości pokarmu bez uczucia fizycznego głodu,
- Jedzenie w samotności z powodu zakłopotania obfitością posiłków,
- Uczucie niesmaku w stosunku do siebie, depresja lub duże poczucie winy po przejedzeniu,
- Objawy wyraźnego stresu spowodowanego napadami żarłocznego jedzenia.

C. Napady żarłoczności zdarzają się przeciętnie 2 dni w tygodniu w ciągu 6 miesięcy.

D. Żarłoczne jedzenie nie jest związane z regularnie stosowanymi niewłaściwymi zachowaniami kompensującymi (tj. oczyszczanie, głodzenie, nadmierne ćwiczenia fizyczne) i nie występuje wyłącznie w anoreksji i bulimii.

**Tabela 7. Stosowanie diety - Zaburzenia odżywiania się (wg DSM-PC, Wolraich i wsp., 1996)**

**Stosowanie diety/odmiany w postrzeganiu własnego ciała**

- A. Jeśli dziecko ma nadwagę, może stosować dietę, ale powinien to być program realistyczny.
- B. Dziecko nie eliminuje całkowicie żadnej z grup żywności, ale ogólnie ogranicza spożycie, zwłaszcza słodczy i tłuszczów lub stosuje właściwą dietę.
- C. Dziecko woli szczupły wygląd, ale ma realistyczne podejście do problemu.
- D. Osoba ta potrafi dobrowolnie zaprzestać stosowania diety.

**Stosowanie diety/problemy z postrzeganiem własnego ciała**

- A. Stosowanie diety i dobrowolne ograniczenie jedzenia jest bardziej rygorystyczne, a jego wynikiem jest utrata masy ciała lub brak jej spodziewanego zwiększenia w czasie wzrostu, ale te zachowania nie są wystarczająco nasilone, aby rozpoznać jadłowstręt psychiczny lub zaburzenia łaknienia nie sklasyfikowane gdzie indziej.
- B. Osoba zaczyna być ogarnięta obsesją schudnięcia i rozwija się u niej ciągły lęk przed zwiększeniem masy ciała.
- C. Osoba zaczyna również mieć stałe zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała i zaczyna negować istnienie problemu utraty jego masy lub stosowania diety.

**Tabela 8. Oczyszczanie lub/Napady objadania się - Zaburzenia odżywiania się (wg DSM-PC, Wolraich i wsp., 1996)**

**Odmiana oczyszczanie/napady żarłoczości**

- A. Okazjonalne przejadanie się lub uczucie przejadania się, obiektywne lub subiektywne napady żarłoczości.
- B. Okresowe zainteresowanie obrazem własnego ciała lub tyciem obecne w szczególnych sytuacjach po spożyciu zbyt dużych ilości jedzenia. Zainteresowanie nie rozszerza się na inne sytuacje i nie wpływa na nawyki żywieniowe.
- C. Zwykle prawidłowa masa ciała.

**Problem oczyszczanie/napady żarłoczości**

- A. Eksperymenty z wymiotami, środkami przeczyszczającymi, głodzeniem się lub ćwiczeniami fizycznymi dla zapobieżenia przyrostowi masy ciała.
- B. Poszczególne epizody są odległe w czasie.
- C. Wzrasta częstość napadów niekontrolowanego objadania się, a wyobrażenie kształtu lub wielkości własnego ciała zaczyna być stale zaburzone. Masa i kształt ciała często wpływają na negatywną samoocenę.
- D. Zachowania te nie są wystarczająco silne, aby rozpoznać bulimię lub zaburzenia łaknienia nie sklasyfikowane gdzie indziej.



**Tabela 9. Stosowana terminologia oraz skróty**

<b>Termin oryginalny</b>	<b>Termin polski</b>	<b>Skrót</b>
Eating Disorders	Zaburzenia odżywiania się	ED
Disordered Eating	Zaburzone odżywianie się	DE
Anorexia Nervosa	Jadłowstręt psychiczny/anoreksja psychiczna	AN
Sub clinical Anorexia Nervosa	Subklinicznym jadłowstręt psychiczny/anoreksja psychiczna	SAN
Bulimia Nervosa	Bulimia psychiczna	BN
Sub clinical Bulimia Nervosa	Subkliniczna bulimia psychiczna	SBN
Binge Eating Disorder	Zespół napadowego objadania się	BED
Sub clinical Binge Eating Disorder	Subkliniczny zespół napadowego objadania się	SBED
Eating Disorders not Otherwise Specified	Zaburzenia odżywiania nie sklasyfikowane gdzie indziej	EDNOS

## 8.1.2 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ W ODŻYWIANIU SIĘ

Tabela 10. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się na podstawie badań kwestionariuszowych

Autor	Badana populacja	Stosowane kryteria diagnostyczne	Region badania	Rozpowszechnienie (w %)
Gøtestam i Agras, 1995	2500 osobowa próba ogólnej populacji kobiet	Symulacja diagnozy DSM-III-R w oparciu o kwestionariusz autorski.	Norwegia	(18lat - 29lat): BN:1,76%, AN+BN:0,18%, BN+AN:0,35%, BED:1,98%, EDNOS: 2,16% (30lat - 39lat): BN:0,37%, AN+BN:0,18%, BN+AN:0,37%, BED:1,87%, EDNOS:1,31% (40lat - 49lat): BN:0,26%, AN+BN:0,37%, BN+AN:0,26%, BED:1,04%, EDNOS: 0,52% (50lat - 59lat): BN:0,29%, AN+BN: 0%, AN+BN:0%, BED:0,59%, EDNOS: 0,59%
Killen i wsp., 1994	939 dziewcząt z klas 6 i 7	Symulowana diagnoza DSM-III-R na podstawie sekcji poświęconej bulimii ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego	USA	BN: 0,12%, SBN: 4,17%
Yager i wsp., 1987	1729 czytelniczek magazynu Glamour	Symulowana diagnoza DSM-III na podstawie zestawu 4 testów	USA	BN+AN: 1,96% BN: 22,67% SDED <sup>3</sup> : 11,68%
Drewnowski i wsp., 1988	559 uczennic szkoły ponadpodstawowej	Symulowana diagnoza DSM-III-R na podstawie autorskiego kwestionariusza	USA	BN: 4,83%
Dansky, Brewerton, O'Neil i wsp., 1997	Reprezentatyw na próba 3006 dorosłych kobiet	Ustrukturyzowany wywiad telefoniczny w oparciu o kryteria DSM-III-R oraz kryteria zaproponowane w DSM-IV.	USA	BED: 1% BN: 2,4%
Bruce i Agras, 1992	455 dorosłych kobiet	Ustrukturyzowany wywiad telefoniczny, diagnoza oparta o kryteria DSM-IV.	Kalifornia, USA	BED: 1,8%, SBED: 3,8%
Kinzl i wsp., 1999.	1000 mężczyzn w wieku 18 do 88	Ustrukturyzowany wywiad telefoniczny prowadzony przez dietetyków.	Austria	BED:0,8% SBED:4,2% EDNOS:9,4% BN:0,5%

<sup>3</sup> Subdiagnostyczne zaburzenia odżywiania się

**Tabela 11. chorobowość jadłowstrętu psychicznego na podstawie zarejestrowanych przypadków oraz rekordów szpitalnych**

Autor	Źródło	Kryteria diagnostyczne	Region badania	Okres badania	Nowe zachorowania na 100,000/rok
Cullberg, Engström-Lindberg, 1988	Rekordy szpitalne oraz dane od lekarzy pierwszego kontaktu	DSM-III	Okręg Psychiatryczny Nacka-Värmdö, Szwecja	1984 -1985	Kobiety (16-24 lat): 43
Eagles i wsp., 1995	Zarejestrowane przypadki.	Diagnoza kliniczna, utrata masy ciała, amenorrhea	NE Szkocja	1965 -1991	Kobiety 1965: około 4 1991: około 17 Roczny wzrost 5,1%
Hoek, Brook, 1985	Lokalne i krajowe rejestry przypadków	ICD-9	Groningen, Holandia	1974 -1982	Kobiety (15-24): 37,1
Jorgensen, 1992	Zarejestrowane przypadki	DSM-III-R	Hrabstwo Fyn, Dania	1977-1986	Kobiety (10-24):11,0 (15-19):11,9
Lucas i wsp., 1991	Zarejestrowane przypadki, rekordy szpitalne	Kryteria diagnostyczne Russeła	Rochester, Minesota, USA	1935-1984 1935-1939 1950-1954 1980-1984	Mężczyźni:1,8 Kobiety: 14,6 Kobiety: 16,6 Kobiety: 7 Kobiety: 26,3
Moller-Madsen i Nystrup, 1992	Zarejestrowane przypadki	ICD-8	Dania	1970-1989	Kobiety (15-24) 1970:3,37 1987:11,96 1989:8,97
Nielsen, 1990	Zarejestrowane przypadki	ICD-8	Dania	1973-1987	Kobiety:1,9 Mężczyźni:0,17 Kobiety(10-24):6,8
Pagsberg, Wang, 1994	Zarejestrowane przypadki i dane lekarzy pierwszego kontaktu	ICD-10	Bornholm, Dania	1977-1986	Kobiety (10-24): 14,1
Szmukler i wsp., 1985	Zarejestrowane przypadki	Diagnoza kliniczna	NE Szkocja	1978-1982	Kobiety: 4,06 (16 lat – 25lat):30 (18 lat): 50
Willi i wsp., 1990	Rejestry szpitalne	Spadek masy ciała, amenorrhea, odmowa przyjmowania pokarmu	Zurych	1956-1958 1963-1965 1973-1975 1983-1984	Kobiety(12lat– 25lat): 0,38 0,55 1,12 1,43
Taraldsen, Eriksen, Gøtestam, 1996	Dane z kart pacjentów instytucji psychiatrycznych, kwestionariusz wypełniany przez terapeutów	Diagnoza postawiona przez terapeute	Norwegia	1995	Kobiety leczone ambulatoryjnie AN: 5,70 AN+BN: 1,57 Mężczyźni leczeni ambulatoryjnie AN: 0,79 AN+BN: 0,25
Gøtestam i wsp., 1995	Dane z kart pacjentów hospitalizowanych w szpitalach leczących zaburzenia somatyczne	Diagnoza kliniczna	Norwegia Południe Centrum Północ	1990-1994	Kobiety AN+BN <sup>4</sup> : 6,9 12,1 8,2

<sup>4</sup> Bulimia psychiczna wyróżniana była w ostatnich trzech latach. Stosunek hospitalizacji mężczyźni/kobiety dla anorexia nervosa wynosi 6%-11% (średnia 8%)

**Tabela 12. Chorobowość bulimii psychicznej oraz zespołu napadowego objadania się na podstawie rejestrów przypadków oraz rekordów szpitalnych**

Autor	Źródło	Kryteria diagnostyczne	Region badania	Okres	Nowe zachorowania na 100,000/rok
Jorgensen, 1992	Zarejestrowane przypadki	DSM-III-R	Okręg Fyn, Dania	1977-1986	Kobiety BN: (10-24):5,5 BN: (15-19):10,1
Pagsberg, Wang, 1994	Zarejestrowane przypadki i dane od lekarzy pierwszego kontaktu	ICD-10	Bornholm, Dania	1977-1986	Kobiety BN: (10-24): 10,1
Cullberg Engström-Lindberg, 1988	Rekordy szpitalne oraz dane od lekarzy pierwszego kontaktu	DSM-III	Okręg Psychiatryczny Nacka-Värmdö, Szwecja	1994-1995	Kobiety BN: (16-24 lat): 65
Götestam, Eriksen, Hagen	Dane z kart pacjentów instytucji psychiatrycznych, kwestionariusz wypełniany przez terapeutów	Diagnoza postawiona przez terapeutę	Norwegia	1995	Kobiety leczone ambulatoryjnie BN: 7,31 Mężczyźni leczeni ambulatoryjnie BN: 0,73
Ricci i wsp., 1997	Ustrukturyzowany wywiad kliniczny pacjentów leczących się z powodu otyłości	DSM-IV	Włochy	1997	BED: 7,5

**Tabela 13. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się na podstawie dwuetapowych badań populacyjnych**

Autor	Populacja badana	Narzędzia przeciwowe/ Współczynnik udzielonych odpowiedzi	Kryteria diagnostyczne/ Współczynnik udziału w etapie II	Udział w II Etapie	Rozpowszechnienie (w%)
Freeman i Hendersen, 1988	Studentki N=441 (udział w 2 etapie)	BITE Brak danych co do współczynnika udzielonych odpowiedzi	Wywiad kliniczny/DSM-III	84% wysokich wyników 8% środkowych i niskich wyników	BN: 4,5% <sup>5</sup>
Johnson-Sabine i wsp., 1988	Wszystkie dziewczęta z 4-tej i 5- tej klasy z 8 londyńskich państwowych szkół średnich N=1010 Średni wiek = 15 lat	EAT, GHQ 90% zakwalifikowanych odpowiedzi	Ustrukturyzowany wywiad 90% zakwalifikowanych odpowiedzi	230 Przebadanych Wszyscy EAT{+} (N=83), 16% EAT{-}(147)	Dziewczęta AN: (2)0,2% (niezidentyfikowane przez badanie przesiewowe) BN: 2,8% (4 kliniczne i 18 subklinicznych) Chłopcy BN: 0,5% AN: 0%
King, 1989	Klienci czterech praktyk GP w Południowym Londynie	EAT 96% zakwalifikowanych odpowiedzi	Ustrukturyzowany wywiad 90% zakwalifikowanych odpowiedzi	91% EAT + 6,8% EAT -	Kobiety BN: 1,1% SBN: 2,8% Mężczyźni BN: 0,5% SBN, AN: 0
Vollrath i wsp., 1992	Reprezentatywna próba 4567 młodych dorosłych w wieku 19-20 lat z Zurichu w Szwajcarii ponownie badanych w wieku 27-28 i 29-30	SCL-90R	Ustrukturyzowany wywiad. Pytania o zaburzenia odżywiania się dodane w badaniu w wieku 27-28 i 29-30	2/3 wysokich wyników 1/3 niskich wyników, zbadanych zostało 77% z 27-28 latkowie oraz 70% 29-30 latków	Dziewczęta 27-28 BED: 7,3% Dziewczęta 29-30 BED: 6,6% Mężczyźni BED: 0,0%
Whitaker i wsp., 1990	Uczniowie od do 12 klasy w Hrabstwie New Jersey N=5596 M=2564 F=2544	EAT, Eating Symptoms Inventory 91% zakwalifikowanych odpowiedzi	Wywiad Ustrukturyzowany na podstawie DSM-III	6,1% wyników ujemnych, 100% wyników pozytywnych negative and subthreshold pomiędzy 12,8% do 90,3%	Dziewczęta AN: 0,3% AN/BN: 0,2% BN: 4% Chłopcy AN: 0% ANBN: 0 BN: 0,2%
Włodarczyk-Bisaga, Dolan, 1996	Uczennice klas pierwszych 8 Liceów ogólnokształcących w Warszawie w wieku od 14-16 lat (15,3 SD=0,5) N=747	EAT 93% zakwalifikowanych odpowiedzi	Autorski Ustrukturyzowany wywiad kliniczny DSM-III-R	EAT{+} 75 (przeb. 89%) dziewcząt EAT{-} 100 (przeb. 99% losowo dobranych)	AN, BN: 0% EDNOS: 2,34%

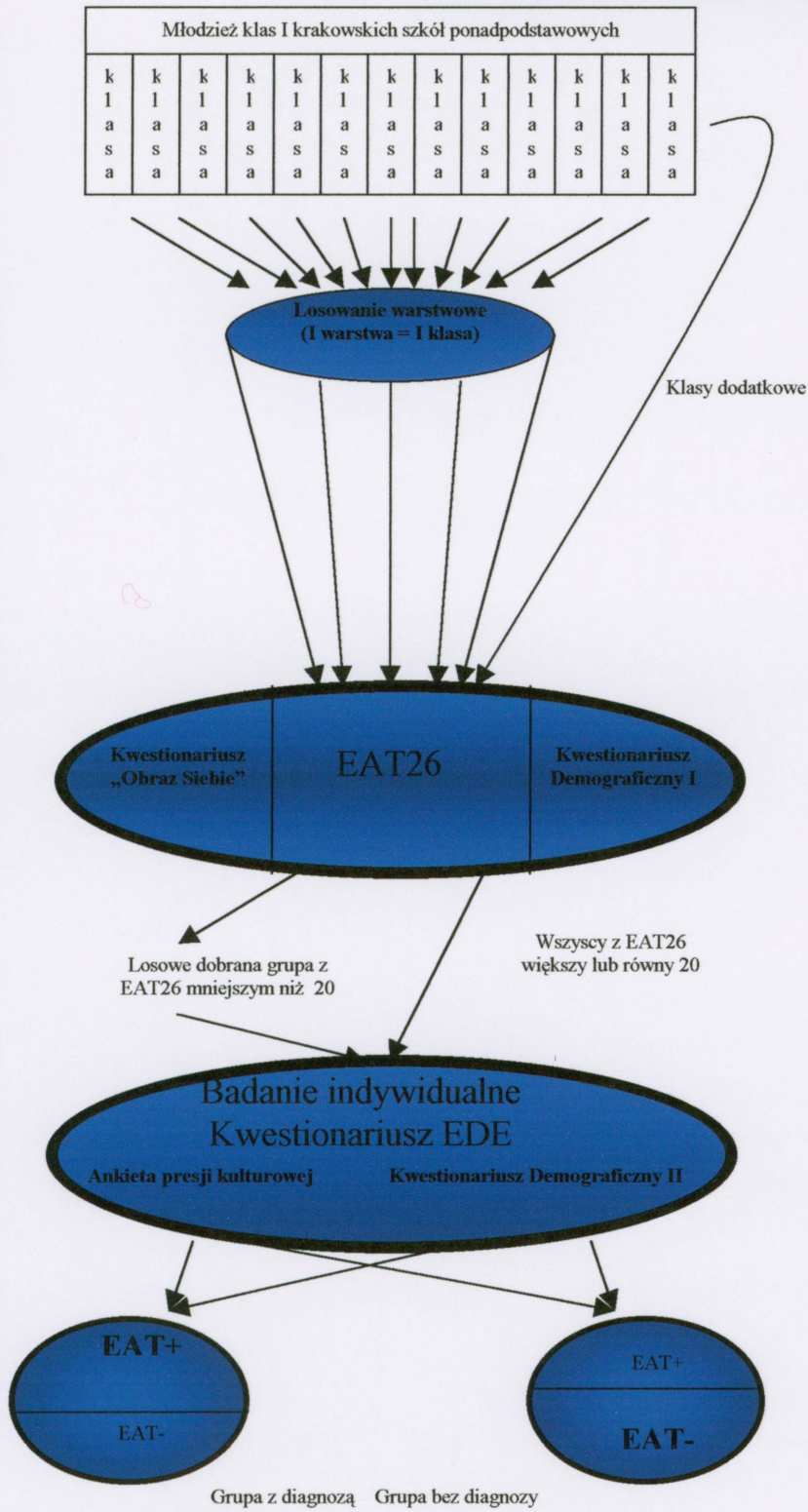
<sup>5</sup>rozpowszechnienie „niezważone”

**Tabela 14. Rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego, bulimii psychicznej oraz zespołu napadowego objadania się w oparciu o jednoetapowe badania całej populacji**

Autor	Populacja badana	Metoda przeprowadzenia wywiadu klinicznego/Kryteria diagnostyczne	Rozpowszechnienie (w %)
Garfinkel i wsp., 1995	Reprezentatywna próba 8116 dorosłych w wieku 15-60 lat z Ontario w Kanadzie 4285 Kobiet 2831 Mężczyzn 76,5% zakwalifikowanych odpowiedzi	Wywiad kliniczny/ DSM-III-R	Kobiety BN:1,1% SBN:1,3% Mężczyźni BN:0,1%
Walters, Kendler, 1995	2163 bliźniaczek z „Virgińskiego” Rejestru Bliźniaków 64% odpowiedzi	SCID/DSM-III-R	BN:2,8% SBN: 4,2% AN:0,5% SAN: 3,7%
Rastam i wsp, 1989	Wszyscy 15 latkowie z Geteborgu w Szwecji 100% odpowiedzi	Kwestionariusze, szkolne karty zdrowia, raporty pielęgniarek szkolnych	Kobiety AN (+SAN):0,84% Mężczyźni AN (+SAN):0,09%

Rycina 1 Schemat badania

E  
T  
A  
P  
I  
  
E  
T  
A  
P  
II



**Tabela 15. Etap I(dziewczęta): charakterystyki (średnie, odchylenia standardowe) grupy oraz podgrup wyróżnionych wg kryterium EAT26**

Grupa EAT{-}										
Wiek	Wzrost podany	Podana waga obecna	Waga pożądana	Waga najniższa	Waga najwyższa	BM <sub>la</sub>	BM <sub>lp</sub>	BM <sub>ln</sub>	BM <sub>lw</sub>	BM <sub>lr</sub>
16,02 0,41	165,14 5,48	53,33 6,80	50,85 5,27	51,81 6,97	55,41 7,69	19,60 2,14	18,65 1,63	19,04 2,22	20,35 2,48	5,18 8,61
16,03 0,40	165,22 5,58	53,70 6,89	50,81 5,22	52,06 6,98	55,97 8,01	19,72 2,23	18,62 1,67	19,13 2,32	20,54 2,61	5,91 8,72
16,04 0,40	165,85 6,25	56,45 6,96	50,48 4,93	54,00 6,84	60,09 9,07	20,60 2,67	18,37 1,91	19,80 2,92	21,93 3,07	10,71 7,90
Wiek	Wzrost podany	Podana waga obecna	Waga pożądana	Waga najniższa	Waga Najwyższa	BM <sub>la</sub>	BM <sub>lp</sub>	BM <sub>ln</sub>	BM <sub>lw</sub>	BM <sub>lr</sub>
Grupa EAT{+}										

**Tabela 16. Etap I(chłopcy): charakterystyki (średnie, odchylenia standardowe) grupy oraz podgrup wyróżnionych wg kryterium EAT26**

Grupa EAT{-}										
Wiek	Wzrost podany	Podana waga obecna	Waga pożądana	Waga najniższa	Waga najwyższa	BM <sub>la</sub>	BM <sub>lp</sub>	BM <sub>ln</sub>	BM <sub>lw</sub>	BM <sub>lr</sub>
16,04 0,45	175,58 7,51	64,91 10,27	68,36 10,51	62,89 10,66	66,33 11,24	21,06 2,69	22,23 2,91	20,39 2,87	21,50 3,06	-6,31 15,30
16,04 0,44	175,64 7,61	64,88 10,36	68,33 10,44	62,80 10,78	66,31 11,27	21,05 2,71	22,20 2,92	20,38 2,89	21,48 3,09	-6,19 15,43
16,07 0,29	177,70 10,33	63,95 13,31	67,37 8,62	59,93 14,37	65,70 12,38	20,81 3,42	21,43 2,97	19,93 3,74	20,88 4,04	-2,72 18,97
Wiek	Wzrost podany	Podana waga obecna	Waga pożądana	Waga najniższa	Waga najwyższa	BM <sub>la</sub>	BM <sub>lp</sub>	BM <sub>ln</sub>	BM <sub>lw</sub>	BM <sub>lr</sub>
Grupa EAT{+}										



Rycina 2. Etap I (dziewczęta): test osypiska dla kwestionariusza EAT26

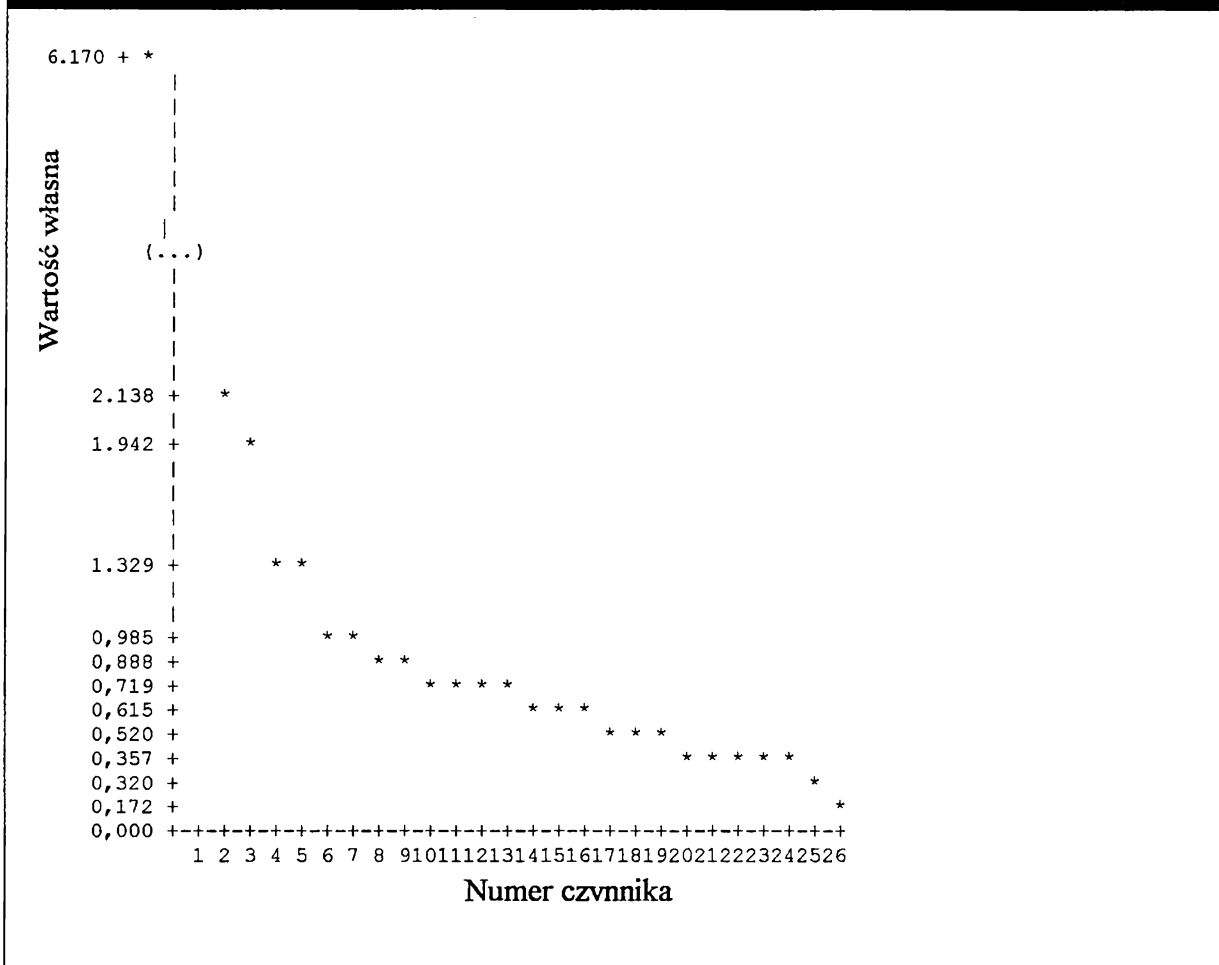


Tabela 17. Etap I (dziewczęta): EAT26 – wartości własne czynników w rozwiązaniu 5 czynnikowym

Czynnik	Wartość własna	Procent ogółu wariancji	Procent skumulowany
1	6.16980	23.7	23.7
2	2.13774	8.2	32.0
3	1.94201	7.5	39.4
4	1.39693	5.4	44.8
5	1.32898	5.1	49.9

Tabela 18. Etap I (dziewczęta): EAT26 – korelacje pomiędzy czynnikami

	CZYNNIK 1	CZYNNIK 2	CZYNNIK 3	CZYNNIK 4	CZYNNIK 5
CZYNNIK 1	1,00000				
CZYNNIK 2	-0,00468	1,00000			
CZYNNIK 3	0,45856	00,08717	1,00000		
CZYNNIK 4	-0,21641	0,00389	-0,14884	1,00000	
CZYNNIK 5	-0,21013	-0,14262	-0,09705	0,13406	1,00000

Tabela 19. Etap I (dziewięćta): kwestionariusza EAT26 –ładunki czynnikowe po rotacji OBLIMIN

NR	Treść	Cz. I	Cz. II	Cz. III	Cz. IV	Cz. V
<b>Czynnik I</b>						
14	Myślę o tym, że jestem zbyt gruba.	0,90871	-0,03408	-0,06848	-0,01040	0,06335
11	Myślę ciągle o tym by być szczuplejsza.	0,90294	-0,03992	-0,04807	0,00822	0,01569
1	Przeraża mnie myśl o nadwadze.	0,81504	-0,01326	-0,02525	-0,02820	-0,00020
12	Gdy gimnastykuję się myślę o tym, że spalam kalorie.	0,58228	-0,02978	0,11274	0,09106	-0,05254
10	Czuję się winna po jedzeniu.	0,46832	-0,03766	-0,01412	-0,30322	-0,27830
22	Czuję się nieswojo po zjedzeniu słodczy.	0,39969	0,02157	0,20223	-0,24699	-0,11531
<b>Czynnik II</b>						
20	Czuję, że inni wywierają presję, bym jadła.	0,11000	0,82225	-0,02305	-0,07221	0,07834
8	Czuję, że inni woleliby bym jadła więcej.	-0,07410	0,80174	0,02013	-0,05281	0,05616
13	Inni myślą, że jestem zbyt szczupła.	-0,25974	0,65284	-0,05612	-0,13958	-0,03461
15	Jem posiłki dłużej niż inni.	0,13207	0,34393	0,11223	0,22966	-0,07941
<b>Czynnik III</b>						
17	Jem niskokaloryczne produkty.	-0,05119	-0,02462	0,82395	-0,04632	-0,04623
7	Szczególnie unikam pożywienia z dużą zawartością węglowodanów.	-0,17471	0,01888	0,77434	-0,04085	-0,07204
6	Znam dobrze ilość kalorii zawartą w produktach, które spożywam.	-0,05819	-0,02678	0,72370	0,01194	-0,02345
16	Unikam produktów, które zawierają cukier.	0,04779	-0,04219	0,70612	-0,01594	-0,07667
19	Wykazuję dyscyplinę w stosunku do jedzenia.	0,11951	0,02549	0,55256	-0,02307	0,17206
5	Dzielę jedzenie na małe kawałki.	0,06085	0,08505	0,42781	0,11186	0,06041
23	Jestem na diecie odchudzającej.	0,33067	-0,00727	0,37781	-0,25659	-0,12226
<b>Czynnik IV</b>						
9	Wymiotuję po posiłkach.	-0,09779	0,06126	-0,02478	-0,81946	0,02871
26	Mam ochotę wymiotować po posiłkach.	0,09052	0,02657	0,05403	-0,72661	-0,08565
24	Lubię mieć pusty żołądek.	0,34779	0,17754	0,03911	-0,39684	-0,00286
<b>Czynnik V</b>						
3	Myślę ciągle o jedzeniu.	-0,05288	0,00947	-0,04838	-0,01050	-0,77865
21	Zbyt dużo czasu i myśli poświęcam jedzeniu.	0,12206	-0,00118	0,09099	0,08337	-0,70396
4	Zdarzało mi się jeść nieprzerwanie, czując, że nie mogę się powstrzymać.	-0,02501	-0,09152	-0,00416	-0,16973	-0,57650
18	Czuję, że jedzenie kontroluje moje życie.	0,29649	0,06642	0,19453	0,09497	-0,35129

Rycina 3. Etap I (chłopcy): test osypiska dla kwestionariusza EAT26

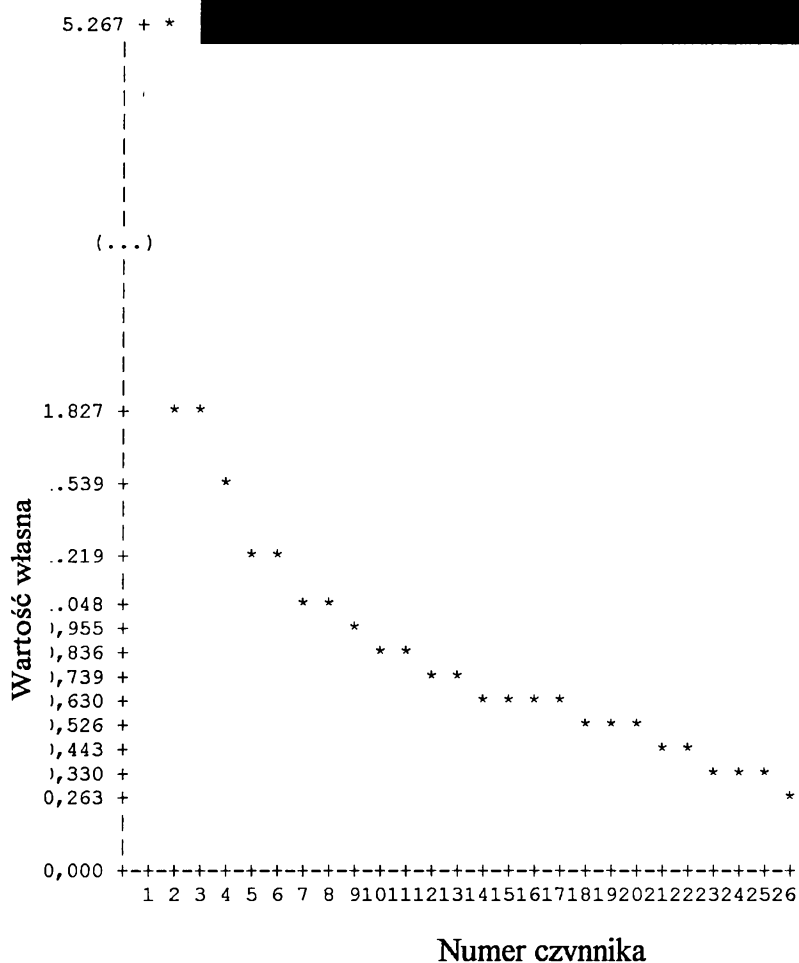


Tabela 20. Etap I (chłopcy): EAT26 – wartości własne w rozwiązaniu 4 czynnikowym

Czynnik	Wartość własna	Procent ogółu wariacji	Procent skumulowany
1	5,26696	20,3	20,3
2	1,90307	7,3	27,6
3	1,82727	7,0	34,6
4	1,53894	5,9	40,5

Tabela 21. Etap I (chłopcy): EAT26 – korelacje pomiędzy czynnikami

	CZYNNIK 1	CZYNNIK 2	CZYNNIK 3	CZYNNIK 4
CZYNNIK 1	1,00000			
CZYNNIK 2	0,16979	1,00000		
CZYNNIK 3	-0,09485	-0,11777	1,00000	
CZYNNIK 4	0,26135	0,18075	0,01181	1,00000

Tabela 22. Etap I (chłopcy): EAT26 –ładunki czynnikowe po rotacji OBLIMIN

NR	Treść	Cz. I	Cz. II	Cz. III	Cz. IV
<b>Czynnik I</b>					
26	Mam ochotę wymiotować po posiłkach.	0,76967	0,10004	-0,11087	-0,17853
10	Czuję się winny po jedzeniu.	0,74524	0,07251	-0,07948	-0,15302
9	Wymiotuję po posiłkach.	0,72042	0,18481	-0,14728	-0,19792
14	Myślę o tym, że jestem zbyt gruby.	0,67492	-0,22966	0,16817	0,21331
23	Jestem na diecie odchudzającej.	0,63338	0,15027	0,00870	-0,06985
11	Myślę ciągle o tym by być szczuplejsza.	0,59125	-0,27424	0,16285	0,37357
22	Czuję się nieswojo po zjedzeniu słodczy.	0,55334	0,03990	-0,08154	0,26422
24	Lubię mieć pusty żołądek.	0,52805	-0,06740	-0,01193	0,13152
<b>Czynnik II</b>					
3	Myślę ciągle o jedzeniu.	-0,02406	0,74028	0,08560	-0,02695
4	Zdarzało mi się jeść nieprzerwanie, czując, że nie mogę się powstrzymać.	0,14033	0,60576	-0,00421	-0,09599
17	Jem niskokaloryczne produkty.	0,19805	0,48461	0,02778	0,32588
16	Unikam produktów, które zawierają cukier.	0,07162	0,39040	0,00312	0,37621
18	Czuję, że jedzenie kontroluje moje życie.	-0,02338	0,38493	0,02104	0,24315
15	Jem posiłki dłużej niż inni.	-0,03727	0,34561	-0,04746	0,08732
<b>Czynnik III</b>					
8	Czuję, że inni woleliby bym jadł więcej.	-0,13712	-0,05952	-0,81088	0,22120
13	Inni myślą, że jestem zbyt szczupły.	0,04562	-0,05973	-0,74600	0,00796
20	Czuję, że inni wywierają presję, bym jadł.	0,12685	-0,04163	-0,67232	0,13182
<b>Czynnik IV</b>					
12	Gdy gimnastykuję się myślę o tym, że spalę kalorie.	0,17934	-0,08538	0,05461	0,63259
19	Wykazuję dyscyplinę w stosunku do jedzenia.	-0,02330	0,02933	-0,20018	0,54659
6	Znam dobrze ilość kalorii zawartą w produktach, które spożywam.	0,00258	0,16201	0,04295	0,53879
5	Dzielę jedzenie na małe kawałki.	-0,04140	0,07162	-0,12204	0,42582
1	Przeraża mnie myśl o nadwadze.	0,38619	-0,14403	-0,00104	0,41930
7	Szczególnie unikam pożywienia z dużą zawartością węglowodanów.	-0,02890	0,08874	0,06960	0,33153

Tabela 23. Etap I (dziewczęta i chłopcy): kwestionariusz „ Obraz Siebie” (QSIA) a EAT

Zmienna	EAT	
	Współczynnik korelacji liniowej/liczebność/ poziom istotności	
dziewczęta		
(STS2) Emocjonalny Ton	-0,2282/571/P=0,000	
(STS3) Obraz Własnego Ciała	-0,2726/570/P=0,000	
(STS10) Psychopatologia	-0,2492/573P=0,000	
chłopcy		
-	--	

Tabela 24. Etap I (dziewczęta i chłopcy): wskaźniki wag a EAT

Zmienna	EAT	
	dziewczęta	chłopcy
	Współczynnik korelacji liniowej/ /liczebność/poziom istotności	
BMI aktualne	0,2152/ 717/ P=0,000	ni
BMI najwyższe	0,2740/657/P=0,000	ni
BMI najniższe	ni	ni
BMI obecne – pożądane	0,3116/626/P=0,000	ni
Waga aktualna	ni	ni
Waga najwyższa	0,2441/666/P=0,000	ni
Waga najniższa	ni	ni
Czy w chwili obecnej ważysz od 0 (zdecydowanie za dużo) do 4 (zdecydowanie za mało)	-0,4002/761/P=0,000	-0,2095/713/P=0,000

Tabela 25. Etap I (dziewczęta i chłopcy): stosunek do wagi a EAT

Stosunek do wagi: 1. nie przejmuję się, lub schudnięcie, 3. stara się schudnąć, 4. stara się przytyć 5. ma zmienny stosunek	EAT					Grupy różniące się statystycznie (pi≤0,05) <sup>6</sup>	Test istotności statystycznej <sup>7</sup>
	średnia						
	1)	2)	3)	4)	5)		
	dziewczęta						
	4,4909	7,5826	14,3385	8,0204	6,8273	3v1,4,2,5/ 4v1/ 2v1/5v1	F(4,756)=5 7,5288 pi= 0,0000
	chłopcy						
	3,7250	5,8229	9,2530	4,5242	4,1489	3v1,5,4,2/ 2v1/	F(4,705)=2 0,6133 pi= 0,0000

<sup>6</sup> Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana

<sup>7</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 26. Etap I (dziewczęta i chłopcy): stosowanie diety a EAT

<p>Czy obecnie stosujesz:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dietę wynikającą z zaleceń lekarza, przepisaną z uwagi na stan zdrowia,</li> <li>2. redukcijną dietę odchudzającą, podjętą z twojej własnej inicjatywy,</li> <li>3. dietę wegetariańską lub wegańską,</li> <li>4. dietę wysokokaloryczną lub wysokobiałkową,</li> <li>5. dietę z uprawianym sportem lub ćwiczeniami fizycznymi,</li> <li>6. dietę opartą o zasady „zdrowego odżywiania się”, nie mającą jednak na celu odchudzenia się.</li> </ol>	EAT					Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>8</sup>	Test istotności statystycznej <sup>9</sup>	
	średnia							
	1)	2)	3)	4)	5)			
	dziewczęta							
	8,5000	17,667	2,4000	0,9259	8,7869	2v5,4,3	F(4,257)=10,5994 pi= 0,0000	
	Chłopcy							
	-	-	-	-	-	-	ni	

Tabela 27. Etap I (dziewczęta i chłopcy): własna sylwetka ciała a EAT

<p>Własna sylwetka ciała badanej osoby</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoby z sylwetką AB,</li> <li>2. Osoby z sylwetką CDE,</li> <li>3. Osoby z sylwetką FGHI</li> </ol>	EAT			Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>10</sup>	Test istotności statystycznej <sup>11</sup>	
	średnia					
	1)	2)	3)			
	dziewczęta					
	7,3878	9,6899	18,7917	3v1,2 2v1	F(2,751)= 17,9833 pi=0,0000	
	chłopcy					
	-	-	-	-	ni	

Tabela 28. Etap I (dziewczęta i chłopcy): środowiskowa idealna sylwetka ciała a EAT

<p>Idealna sylwetka w środowisku badanej osoby</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoby z sylwetką AB,</li> <li>2. Osoby z sylwetką CDE,</li> <li>3. Osoby z sylwetką FGHI</li> </ol>	EAT			Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>12</sup>	Test istotności statystycznej <sup>13</sup>	
	Średnia					
	1)	2)	3)			
	dziewczęta					
	10,5862	9,3944	22,3333	3v2,1	F(2,751)= 4,4686 pi=,0118	
	chłopcy					
	-	-	-	-	ni	

<sup>8</sup>Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana

<sup>9</sup>Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

<sup>10</sup>Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana

<sup>11</sup>Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

<sup>12</sup>Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana

<sup>13</sup>Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 30. Etap I (dziewczęta i chłopcy): cechy cieszące się uznaniem badanej osoby a EAT

Zmienna	liczebność/średnia/odchylenie standardowe				Wartość testu t
dziewczęta					
zgrabna sylwetka	0)	627	9,1850	8,254	t= 3,60df= 760 pi=0,000
	1)	135	12,0815	9,472	
życzliwość i koleżeństwo	0)	144	11,5347	9,195	t= 2,88df= 760 pi=0,004
	1)	618	9,2702	8,340	
chłopcy					
walory duchowe, wierność normom i zasadom	0)	537	5,0838	5,724	t= 2,56df= 389,02 pi=0,011
	1)	176	4,0341	4,350	
modny styl ubioru	0)	576	4,5243	4,817	t= 2,36df= 164,58 pi=0,019
	1)	137	6,0876	7,378	
życzliwość i koleżeństwo	0)	274	5,8394	6,806	t= 3,59 df= 407,02 pi=0,000
	1)	439	4,1913	4,250	

Tabela 31. Etap I (dziewczęta i chłopcy): cechy cieszące się uznaniem w środowisku badanej osoby a EAT

Zmienna	Skala	Liczebność/średnia/odchylenie standardowe				Wartość testu t
dziewczęta						
dobre oceny wiedza	EAT	0)	616	10,0049	8,887	t= 2,40 df= 274,84 pi=0,017
		1)	146	8,4041	6,816	
zgrabna sylwetka	EAT	0)	485	8,6206	7,746	t= 4,41 df= 484,64 pi=0,000
		1)	277	11,5848	9,521	
życzliwość i koleżeństwo	EAT	0)	277	11,1264	9,651	t= 3,31 df= 479,29 pi=0,001
		1)	485	8,8825	7,743	
chłopcy						
uroda	EAT	0)	535	5,0897	5,868	t= 2,81 df= 478,82 pi=0,005
		1)	178	4,0281	3,742	
życzliwość i koleżeństwo	EAT	0)	358	5,4190	6,145	t=2,95df=657,01 pi=0,003
		1)	355	4,2254	4,535	

**Tabela 32. Etap I (dziewczęta i chłopcy): stosunek do zaburzeń a EAT**

<p>Pytanie 34. Czy uważasz, że problem zaburzeń takich jak anoreksja lub bulimia:</p> <p>1. Nie dotyczy mnie i myślę, że nigdy nie będzie dotyczył lub nie dotyczy mnie, choć nie wykluczam, iż kiedyś może mnie dotyczyć</p> <p>2. Nie dotyczy mnie, choć obawiam się, iż może kiedyś mnie dotyczyć</p> <p>3. Dotyczy mnie lub kiedyś mnie dotyczył</p>	EAT			Grupy różniące się statystycznie e ( $p \leq 0,05$ ) <sup>14</sup>	Test istotności statystycznej <sup>15</sup>
	średnia				
	1)	2)	3)		
	dziewczęta				
	6,8533	10,2960	14,2797	3v1,2 2v1	F(2,663)= 41,1948 pi=0,0000
	chłopcy				
	4,0189	5,9375	8,6585	3v1,2 2v1	F(2,339)= 13,6225 pi= 0,0000

**Tabela 33. Etap I (dziewczęta i chłopcy): poglądy co do zaburzeń odżywiania się a EAT**

<p>Niektórzy uważają, że coraz więcej ludzi w twoim wieku ma problemy, związane z anoreksją psychiczną i bulimią psychiczną.</p> <p>1. nie zgadzam się</p> <p>2. nie mam zdania</p> <p>3. zgadzam się, uważam, że stanowią problem jednostek</p> <p>4. zgadzam się, uważam, że stanowią problem mojego pokolenia</p>	EAT				Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>16</sup>	Test istotności statystycznej <sup>17</sup>
	Średnia					
	1)	2)	3)	4)		
	dziewczęta					
	8,3301	9,4918	9,2348	11,2934	4v1,3	F(3,752)= 5,0673 pi= 0,0018
	chłopcy					
	4,6431	4,3440	4,2577	8,0000	4v3,2,1	F(3,693)= 7,6388 pi=0,0000

<sup>14</sup> Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana

<sup>15</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

<sup>16</sup> Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana

<sup>17</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.



Tabela 34. Etap I (dziewczeta i chlopcy): postawa ojca a EAT

Stosunek do wagi: 1. nie przejmuj się, 2. stara się nie dopuścić do przytycia lub schudnięcia, 3. stara się schudnąć, 4. stara się przytyc 5. ma zmienny stosunek	EAT					Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>18</sup>	Test istotności statystycznej <sup>19</sup>
	średnia						
	1)	2)	3)	4)	5)		
	dziewczeta						
	9,1303	11,7808	9,0938	9,0000	12,3176	5v3,1 2v1	F(4,716)= 3,6638 $p = 0,0058$
chlopcy							
	-	-	-	-	-	-	ni

Tabela 35. Etap I (dziewczeta i chlopcy): postawa matki a EAT

Stosunek do wagi: 1. nie przejmuj się, 2. stara się nie dopuścić do przytycia lub schudnięcia, 3. stara się schudnąć, 4. stara się przytyc 5. ma zmienny stosunek	EAT					Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>20</sup>	Test istotności statystycznej <sup>21</sup>
	średnia						
	1)	2)	3)	4)	5)		
	dziewczeta						
	8,6039	8,9861	11,524 5	7,8649	8,3438	3v4,5,1,2	F(4,743)= 5,2719 $p = 0,0003$
chlopcy							
	-	-	-	-	-	-	ni

<sup>18</sup> Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana<sup>19</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.<sup>20</sup> Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Dunkana<sup>21</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 36. Etap II (dziewczęta): charakterystyki grupy (średnia, odchylenie standardowe) oraz podgrup wg kryterium EAT26

		Grupa EAT{-}									
		Waga faktyczna	Waga podana	Wzrost faktyczny	Wzrost podany	BMI faktyczne	BMI „obecne”	RBMI Podane - faktyczne	BMI najniższe	BMI najwyższe	BMI pożądane
dziewczęta		57,64	56,00	165,76	166,54	20,98	20,32	,84	19,60	21,48	18,80
		9,74	7,07	5,97	5,75	3,38	2,44	1,94	2,60	2,97	1,70
		57,92	56,19	165,24	166,25	21,23	20,45	0,82	19,79	21,73	18,48
		8,73	6,82	6,20	6,01	3,14	2,58	1,77	2,61	2,93	1,79
		58,15	56,36	164,82	166,02	21,44	20,56	0,80	19,96	21,93	18,25
		7,89	6,66	6,39	6,25	2,94	2,71	1,64	2,64	2,91	1,84
		Waga faktyczna	Waga podana	Wzrost faktyczny	Wzrost podany	BMI faktyczne	BMI „obecne”	RBMI faktyczne - obecne	BMI najniższe	BMI najwyższe	BMI pożądane
		Grupa EAT{+}									

Tabela 37. Etap II (chłopcy): charakterystyki grupy (średnia, odchylenie standardowe) oraz podgrup wg kryterium EAT26

		Grupa EAT{-}									
		Waga faktyczna	Waga podana	Wzrost faktyczny	Wzrost podany	BMI faktyczne	BMI „obecne”	RBMI Podane - faktyczne	BMI najniższe	BMI najwyższe	BMI pożądane
chłopcy		65,03	62,27	176,06	174,94	20,94	20,30	,50	19,52	20,72	20,87
		11,28	11,16	8,55	8,37	3,01	2,21	2,31	1,52	2,72	2,46
		65,93	65,61	175,68	175,55	21,30	20,73	,48	19,75	21,20	21,21
		11,50	11,16	7,82	7,68	2,96	2,25	2,12	1,39	2,64	3,09
		68,33	68,67	174,67	177,17	22,25	21,81	,44	20,42	22,26	21,90
		12,82	9,73	5,96	5,78	2,83	2,15	1,76	,62	2,32	4,27
		Waga faktyczna	Waga podana	Wzrost faktyczny	Wzrost podany	BMI faktyczne	BMI „obecne”	RBMI faktyczne - obecne	BMI najniższe	BMI najwyższe	BMI pożądane
		Grupa EAT{+}									

Tabela 38. Etap II (chłopcy dziewczęta): uzyskane kryteria diagnostyczne

	Kategoria diagnostyczna	Ilość osób	Stosunek osób EAT{+} / EAT{-}	Liczba osób	Rozpowszechnienie (weight prevalence) w populacji badanej
Dziewczęta	JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY WG DSM-IV (AN DSM-IV)	0	0	0	0
	BULIMIA PSYCHICZNA WG DSM-IV (BN DSM-IV)	3	3/0	4,24	0,56
	ZESPÓŁ NAPADOWEGO OBJADANIA SIĘ WG DSM-IV (BED DSM-IV)	1	1/0	1,41	0,18
	SUBKLINICZNY JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY WG DSM-IV (SAN DSM-IV)	1	1/0	1,41	0,18
	SUBKLINICZNA BULIMIA PSYCHICZNA WG DSM-IV (SBN DSM-IV)	13	11/2	15,54/ 24,92	3,68
	SUBKLINICZNY ZESPÓŁ NAPADOWEGO OBJADANIA SIĘ WG DSM-IV (SBED DSM-IV)	4	4/0	5,65	0,74
	SUBKLINICZNY JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY WG DSM-PC (SAN DSM-PC)	7	6/1	8,48/ 2,46	2,75
	SUBKLINICZNA BULIMIA PSYCHICZNA WG DSM-PC (SBN DSM-PC)	3	2/1	2,82/ 2,46	2,0
	SUBKLINICZNY ZESPÓŁ NAPADOWEGO OBJADANIA SIĘ WG DSM-PC (SBED DSM-PC)	4	2/2	2,82/ 4,92	3,64
chp	BULIMIA PSYCHICZNA WG DSM-IV (BN DSM-IV)	1	1/0	1,4	0,2
	SUBKLINICZNY ZESPÓŁ NAPADOWEGO OBJADANIA SIĘ WG DSM-PC (SBED DSM-PC)	1	1/0	1,4	0,2

Tabela 39. Etap II (chłopcy dziewczęta): grupa „restrykcyjna” – prezentowane objawy I

N R	DGN	EAT		M E N . 22	B M I F	Obawa przed przybraniem na wadze Ostatni miesiąc	Znaczenie przypisywane kształtowi ciała Ostatni miesiąc	Znaczenie przypisywane masie ciała Ostatni miesiąc	Poczucie bycia otyłym Ostatni miesiąc	epizody bulimiczne /zachowania kompensacyjne Ostatni miesiąc
		2	6							
324	SAN DSM-IV	21	2,61	4 <sup>23</sup>	16,94	6	5	4	6	1/0
260	SAN DSM-PC	12	1,96	3	17,67	6	4	2	0	0
138	SAN DSM-PC	30	3,43	3	19,72	6	2	3	2	0/1
291	SAN DSM-PC	20	3,21	2	20,2	4	0	6	4	0
396	SAN DSM-PC	37	3,03	3	20,45	2	5	5	6	0
658	SAN DSM-PC	23	2,34	3	21,08	6	6	4	4	0
717	SAN DSM-PC	28	1,75	3	22,89	1	3	3	0	0
416	SAN DSM-PC	26	2,04	3	23,73	2	4	6	2	0

<sup>22</sup> Ilość cykli w przeciągu 3 miesięcy.<sup>23</sup> Badana przyjmowała środki na regulację cyklu

Tabela 40. Etap II (chłopcy dziewczęta): grupa „bulimiczna” – prezentowane objawy I

N R	DGN	E A T 26	E D E	B M I	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba dni I miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba epizodów I miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba dni II miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba epizodów II miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba dni III miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba epizodów III miesiąc
dziewczęta										
341	BN DSM-IV	31	3,58	21,14	20	20	20	20	19	21
370	BN DSM-IV	21	3,19	20,8	8	9	9	9	9	9
438	BN DSM-IV	26	1,75	19,03	20	60	20	40	20	40
114	SBN DSM-IV	9	3,56	19,27	28	30	28	28	28	28
116	SBN DSM-IV	34	4,21	18,21	14	14	2	6	6	6
140	SBN DSM-IV	26	3,11	19,53	4	5	4	4	2	3
179	SBN DSM-IV	14	2,51	19,37	14	14	10	10	5	5
245	SBN DSM-IV	35	3,36	20,52	11	15	5	5	0	0
327	SBN DSM-IV	39	3,56	18,99	3	3	3	3	3	3
391	SBN DSM-IV	37	4,72	23,05	3	6	0	0	1	1
464	SBN DSM-IV	43	3,54	21,61	7	14	0	0	0	0
829	SBN DSM-IV	38	2,8	23,03	0	0	12	12	12	12
127	SBN DSM-IV	31	2,54	20,8	8	8	0	0	0	0
381	SBN DSM-IV	32	3,33	31,6	2	2	4	4	4	4
786	SBN DSM-IV	45	4,96	24,68	1	1	0	0	0	0
404	SBN DSM-PC	33	3,08	20,73	1	1	0	0	2	2
778	SBN DSM-PC	30	3,34	18,91	0	0	1	1	0	0
921	SBN DSM-PC	22	2,04	19,03	0	0	1	1	1	1
574 <sup>24</sup>	SBN DSM-PC	13	3,49	19,92	0	0	4	4	10	10
chłopcy										
116	BN DSM-IV	21	3,54	21,47	5	5	4	4	3	4

<sup>24</sup> subiektywne epizody bulimiczne

**Tabela 41. Etap II (chłopcy dziewczęta): grupa „bulimiczna” – prezentowane objawy II**

NR	Diagnoza	W	W	W	W	W	W	PRZ	PRZ	PRZ	PRZ	PRZ	PRZ	PRZ	ĆWI	ĆWI	ĆWI	ĆWI	
		Y M I O T Y	Y M I O T Y	Y M I O T Y	Y M I O T Y	Y M I O T Y	Y M I O T Y	Y M I O T Y	E CZY SZ CZA NIE	E CZY SZ CZA NIE	E CZY SZ CZA NIE	E CZY SZ CZA NIE	E CZY SZ CZA NIE	E CZY SZ CZA NIE	E CZY SZ CZA NIE	CZE NIA	CZE NIA	CZE NIA	CZE NIA
		liczba dni I mies.	liczba epi. I mies.	liczba dni II mies.	liczba epi. II mies.	liczba dni III mies.	liczba epi. III mies.	liczba dni I mies.	liczba epi. I mies.	liczba sztuk I mies.	liczba dni II mies.	liczba epi. II mies.	liczba dni III mies.	liczba epi. III mies.	liczba minu t/dzie ń I mies.	liczba dni I mies.	liczba dni I mies.	liczba dni I mies.	liczba dni I mies.
dziewczęta																			
341	BN DSM-IV	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	40	5	0	0	
370	BN DSM-IV	8	8	10	10	8	8	10	10	1	11	11	11	11	50	20	18	18	
438	BN DSM-IV	25	75	50	50	50	50	0	0	0	0	0	0	180	16	16	16		
114	SBN DSM-IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	28	0	0		
116	SBN DSM-IV	0	0	0	0	0	0	0	0	9	21	21	21	21	0	0	0	0	
140	SBN DSM-IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	28	28	28		
179	SBN DSM-IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	28	14	9		
245	SBN DSM-IV	11	11	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	30	28	14	8		
327	SBN DSM-IV	0	0	0	0	0	0	10	10	0	5	5	5	5	0	0	0	0	
391	SBN DSM-IV	1	1	0	0	0	0	3	6	1	28	28	0	0	0	0	0	0	
464	SBN DSM-IV	3	3	3	3	0	0	14	28	1	56	56	56	56	48	28	28	28	
829	SBN DSM-IV	8	8	12	12	12	12	0	0	0	0	0	0	60	8	8	8		
127	SBN DSM-PC		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	8	8	4		
381	SBN DSM-IV	0	0	0	0	0	0	28	56	1	14	14	14	14	0	0	0	0	
786	SBN DSM-IV	5	10	9	9	9	9	28	28	1	28	28	28	28	30	12	12	28	
404	SBN DSM-PC	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	14	7	7		
778	SBN DSM-PC	5	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0	180	27	20	15		
921	SBN DSM-PC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	240	28	28	28		
574	SBN DSM-PC	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	30	28	14	28		
chłopcy																			
116	BN DSM-IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	28	28	28		

**Tabela 42. Etap II (chłopcy dziewczęta): grupa „bulimiczna” – prezentowane objawy III<sup>25</sup>**

Nr	Diagnoza	Obawa przed przybraniem na wadze Ostatni miesiąc	Znaczenie przypisywane kształtowi ciała Ostatni miesiąc	Znaczenie przypisywane masie ciała Ostatni miesiąc	Poczucie bycia otyłym Ostatni miesiąc
dziewczęta					
341	BN DSM-IV	3	4	4	4
370	BN DSM-IV	2	4	4	3
438	BN DSM-IV	0	2	2	0
114	SBN DSM-IV	6	4	3	6
116	SBN DSM-IV	6	6	4	6
140	SBN DSM-IV	6	4	4	4
179	SBN DSM-IV	6	4	3	3
245	SBN DSM-IV	6	1	2	6
327	SBN DSM-IV	5	3	5	3
391	SBN DSM-IV	6	6	6	6
464	SBN DSM-IV	6	5	5	4
829	SBN DSM-IV	6	2	2	6
127	SBN DSM-IV	4	3	3	1
381	SBN DSM-IV	6	4	4	0
786	SBN DSM-IV	6	6	5	6
404	SBN DSM-PC	6	6	4	4
778	SBN DSM-PC	6	4	3	2
921	SBN DSM-PC	6	4	2	2
574	SBN DSM-PC	3	3	3	6
chłopcy					
116	BN DSM-IV	6	5	5	5

<sup>25</sup> Skale od 0 (brak) do 6 (codziennie)

**Tabela 43. Etap II (chłopcy dziewczęta): grupa „objadania się” – prezentowane objawy I**

N R	Diagnoza	E A T 26	E D E	B M I	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba dni I miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba epizodów I miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba dni II miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba epizodów II miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba dni III miesiąc	Obiektywne epizody bulimiczne Liczba epizodów III miesiąc
dziewczęta										
920	BED DSM-IV	22	1,45	18,59	10	30	10	30	10	30
335	SBED DSM-IV	38	2,93	22,58	6	6	10	10	2	2
675	SBED DSM-IV	20	3,52	18,82	4	12	0	0	0	0
779	SBED DSM-IV	40	2,99	20,58	10	10	0	0	0	0
851	SBED DSM-IV	34	2,73	21,83	4	12	4	12	4	12
119	SBED DSM-PC	17	2,43	19,53	14 <sup>26</sup>	42	0	0	0	0
127	SBED DSM-PC	30	3,43	22,53	2	2	0	0	0	0
340	SBED DSM-PC	21	2,46	20,66	1	1	0	0	0	0
387	SBED DSM-PC	11	3,35	24,17	14 <sup>27</sup>	14	1	6	10	6
chłopcy										
250	SBED DSM-PC	24	3,44	23,12	0	0	1	1	1	1

**Tabela 44. Etap II (chłopcy dziewczęta): grupa „objadania się” – prezentowane objawy II<sup>28</sup>**

Nr	Diagnoza	Obawa przed przybraniem na wadze I miesiąc	Znaczenie przypisywane kształtowi ciała I miesiąc	Znaczenie przypisywane masie ciała I miesiąc	Poczucie bycia otyłym I miesiąc
dziewczęta					
920	BED DSM-IV		2	4	2
335	SBED DSM-IV		6	5	6
675	SBED DSM-IV		4	4	0
779	SBED DSM-IV		4	4	4
851	SBED DSM-IV		4	4	4
119	SBED DSM-PC		3	4	1
127	SBED DSM-PC		1	3	5
340	SBED DSM-PC		2	4	2
387	SBED DSM-PC		6	5	6
chłopcy					
250	SBED DSM-PC		6	4	5

26 subiektywne epizody bulimiczne

27 subiektywne epizody bulimiczne

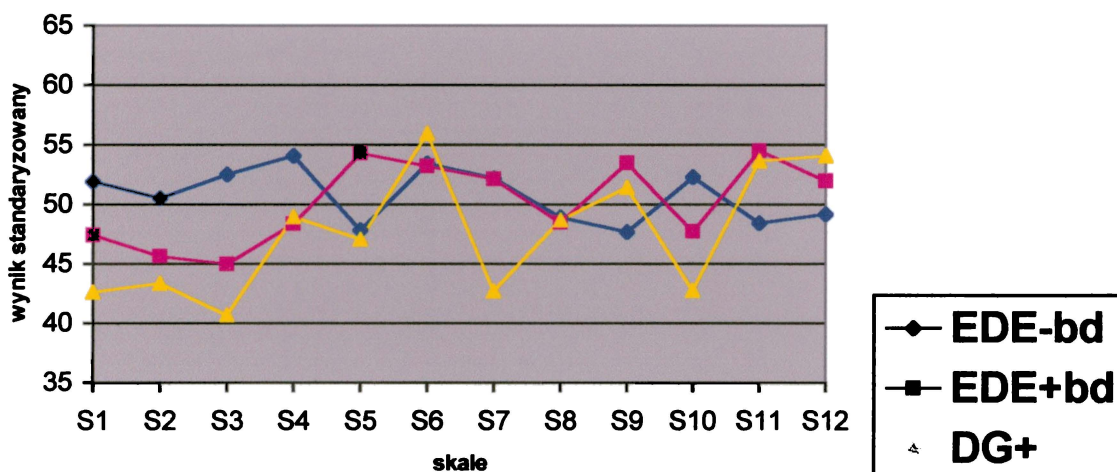
28 Skale od 0 (brak) do 6 (codziennie)

**Tabela 45. EtapII (dziewięćta): wyniki EAT26 a wyniki badania klinicznego**

<b>Wynik EAT26</b>	<b>Osoby bez diagnozy</b>	<b>Osoby z diagnozą</b>
0-7	31	0
9	2	1
10	1	0
11	4	1
12	2	0
13	1	1
14	0	1
16	2	0
17	2	1
18	2	0
19	1	0
20	1	2
21	5	3
22	6	2
23	4	1
24	2	0
26	3	3
27	1	0
28	3	1
29	1	0
30	3	3
31	1	2
32	0	1
33	1	1
34	0	2
35	1	1
36	0	1
37	0	2
38	0	2
39	0	1
40	0	1
43	0	1
45	0	1
57	1	0



**RYCINA 4. ETAP II(dziewczęta): profil wyników kwestionariusza QSIA**



**Tabela 46. Etap II(dziewczęta): diagnoza a wyniki kwestionariusza QSIA**

NR	Zmienna	Liczebność/średnia(średnia rang)/odchylenie standardowe	Grupy różniące się statystycznie ( $p_i \leq 0,05$ ) <sup>29</sup>	Test istotności statystycznej <sup>30</sup>
1	Kontrola emocjonalna	EAT{-}bd 39 51,9231 12,7762 EAT{+}bd 25 47,4000 13,1688 DG{+} 18 42,3889 14,4350	2v0	$F(2,79)= 3,2926$ $p_i =0,0423$
3	Obraz własnego ciała	EAT{-}bd 39 52,5128 13,7609 EAT{+}bd 25 45,0000 19,3283 DG{+} 18 40,7778 15,6113	2v0	$F(2,79)= 3,7893$ $p_i =0,0268$
7	Ja seksualne	EAT{-}bd 39 43,58 EAT{+}bd 25 45,38 DG{+} 18 31,61	Nie dotyczy	$\chi^2=4,0676$ $p_i =0,0243$

<sup>29</sup> Zastosowano test Schiffe

<sup>30</sup> Dla przypadku 1 i 2 wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wartość testu  $\chi^2$  w przypadku trzecim obliczono na podstawie jed. analizy rang Cruskalla Wallisa

## Test osypiska (Factor Scree Plot)

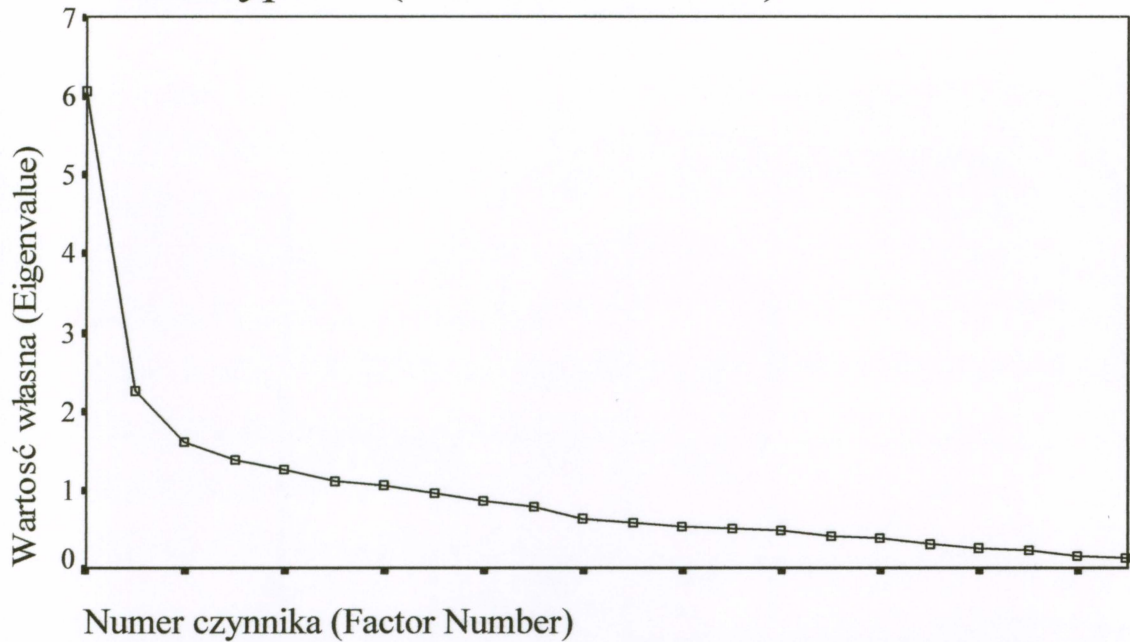


Tabela 47. Etap II: Kwestionariusz QSIA – wartość własna czynników w rozwiązaniu 2 czynnikowym

Czynnik	Wartość własna	Procent ogółu wariacji	Procent skumulowany
1	6,07136	27,6	27,6
2	2,24210	10,2	37,8

Tabela 38. Etap I (chłopcy): nowe skale QSIA – ładunki czynnikowe pytań

NR	Treść	Czynnik I	Czynnik II
<b>Czynnik I* (Obraz rodziny)</b>			
126	Prawie zawsze mogę liczyć na rodziców.	0,77001	0,08455
1106	Od lat mam żal do rodziców.	0,70205	-0,10731
19	Moi rodzice prawie zawsze stają po stronie kogoś innego np. mojego brata lub siostry.	0,6248	-0,22072
1102	Staram się przebywać większość czasu poza domem.	0,61945	0,21483
124	Nie jestem w stanie zrozumieć swoich rodziców.	0,58924	-0,25403
161	Często mam uczucie, że wolałabym umrzeć niż żyć dalej.	0,57976	-0,39902
1117	Znajduję przyjemność w przeżyciach seksualnych.	-0,50779	0,00117
143	Należę do najlepszych uczennic w szkole.	0,50416	-0,17034
150	Staję się gwałtowna, jeżeli nie mogę postawić na swoim.	0,34652	0,06986
<b>Czynnik II* (Neurotyczność)</b>			
123	Czuję się gorsza od większości ludzi, których znam.	0,03713	-0,7937
172	Coś każe mi naśladować ludzi, których lubię.	-0,04529	-0,62132
127	Martwiłam się swoim zdrowiem w ciągu ostatniego roku.	-0,12406	-0,60782
182	Bardzo często myślę, że wcale nie jestem taka, jaka chciałabym być.	0,32274	-0,55564
12	Gdy jestem wśród ludzi obawiam się, że ktoś będzie ze mnie żartować.	0,21854	-0,55516
133	Zamierzam poświęcić się czynieniu świata miejscem, gdzie żyłoby się lepiej.	0,33574	0,55486
166	Czuję się bardzo samotna.	0,42868	-0,51321
18	Łatwo „tracę głowę”.	0,23708	-0,46291
193	Pomimo, że jestem stale zajęta, mam poczucie, że nie nadążam.	0,13008	-0,4492
173	Bardzo często rodzice nie rozumieją kogoś innego, dlatego, że sami mieli trudne dzieciństwo.	0,36259	-0,43248
147	Pomogłabym komuś, kto ma kłopoty, nawet gdyby to było niebezpieczne.	-0,1288	0,41508
158	Czasem zastanawiam się, jaką pracę będę wykonywała w przyszłości.	0,15891	0,40688

Tabela 49. Etap II (dziewczęta): diagnoza a wyniki w nowych skalach QSIA

Nr	Czynnik	Liczebność/średnia/odchylenie standardowe			Grupy różniące się statystycznie ( $p_i \leq 0,05$ ) <sup>31</sup>	Test istotności statystycznej <sup>32</sup>	
1	Czynnik I (Obraz rodziny)	EAT{-}bd	36	-0,2029	0,9654	2v0,1	F(2,78)= 6,0871 $p_i = 0,0035$
		EAT{+}bd	22	-0,2426	0,8976		
		DG{+}	23	0,5496	0,9710		
2	Czynnik II (Neurotyczność)	EAT{-}bd	36	0,4384	0,7034	2v0,1	F(2,78)= 8,1424 $p_i = 0,0006$
		EAT{+}bd	22	-0,2031	1,0081		
		DG{+}	23	-0,4919	1,1271		

Tabela 50. Etap II (dziewczęta): diagnoza a wyniki w pytaniach EDE

Treść	Liczebność/średnia/odchylenie standardowe			Grupy różniące się statystycznie ( $p_i \leq 0,05$ ) <sup>33</sup>	Test istotności statystycznej <sup>34</sup>	
Powstrzymywanie się od jedzenia	EAT{-}bd	48	1,7917	2,3516	2,1v0	F(2,114)= 30,9417 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	4,3939	2,1642		
	DG{+}	36	5,1389	1,4571		
Unikanie określonych potraw	EAT{-}bd	48	1,5833	2,191	1,2v0	F(2,114)= 15,3516 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	4,0909	2,067		
	DG{+}	36	3,5833	2,285		
Reguły dietetyczne	EAT{-}bd	48	2,0417	2,5429	1,2v0	F(2,114)= 23,1599 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	4,3636	2,2613		
	DG{+}	36	5,2222	1,6752		
Niezadowolenie z wagi	EAT{-}bd	48	1,5833	1,4994	1,2v0	F(2,114)= 18,4869 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	3,0303	2,0076		
	DG{+}	36	3,7500	1,5376		
Pragnienie utraty wagi	EAT{-}bd	48	1,6875	1,9587	1,2v0	F(2,114)= 25,7529 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	3,8182	2,2002		
	DG{+}	36	4,6944	1,8019		
Niezadowolenie z kształtu	EAT{-}bd	48	1,7500	1,8160	2,1v0	F(2,114)= 16,488 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	3,5152	1,9862		
	DG{+}	36	3,7500	1,4218		
Przykrość związana z oglądaniem własnego ciała	EAT{-}bd	48	0,9375	1,4203	2,1v0	F(2,114)= 13,4407 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	2,1515	1,8049		
	DG{+}	36	2,7500	1,7464		
Unikanie ekspozycji własnego ciała	EAT{-}bd	48	1,1042	1,7288	2v0,1	F(2,114)= 10,8601 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	33	1,8485	2,2793		
	DG{+}	36	3,1667	2,1044		
Płaski brzuch	EAT{-}bd	48	2,5417	2,2021	2,1v0	F(2,111)= 12,9947 $p_i = 0,0000$
	EAT{+}bd	29	4,1379	2,3257		
	DG{+}	34	4,9118	1,8968		

<sup>31</sup> Zastosowano test Schiffo<sup>32</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.<sup>33</sup> Zastosowano test Schiffo<sup>34</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 52. Etap II (dziewczęta): diagnoza a wyniki w pytaniach EDE

Zmienna	Ilość przypadków/srednia rangi/	Test istotności statystycznej <sup>35</sup>
Unikanie jedzenia	EAT{-}bd 48 39,35 EAT{+}bd 33 64,12 DG{+} 36 80.50	$\chi^2=36.7207$ $p_i = 0,0000$
Pusty brzuch	EAT{-}bd 48 42.90 EAT{+}bd 33 64.92 DG{+} 36 75.04	$\chi^2=23.9314$ $p_i = 0,0000$
Zaabsorbowanie jedzeniem i kaloriami	EAT{-}bd 48 52.33 EAT{+}bd 33 61.65 DG{+} 36 65.46	$\chi^2=7.8178$ $p_i = 0,0201$
Obawa przed utratą kontroli nad jedzeniem	EAT{-}bd 47 44,41 EAT{+}bd 33 52,45 DG{+} 36 82.43	$\chi^2=36.7828$ $p_i = 0,0000$
Obawa przed jedzeniem w towarzystwie	EAT{-}bd 48 54,08 EAT{+}bd 33 56.59 DG{+} 36 67.76	$\chi^2=8.6805$ $p_i = 0,0130$
Poczucie winy związane z jedzeniem	EAT{-}bd 48 41,60 EAT{+}bd 33 54.56 DG{+} 36 86.26	$\chi^2=40.2639$ $p_i = 0,0000$

Tabela 53. Etap II (dziewczęta): diagnoza a wyniki w skalach EDE

Treść	Liczebność/srednia/odchylenie standardowe	Grupy różniące się statystycznie ( $p_i \leq 0,05$ ) <sup>36</sup>	Test istotności statystycznej <sup>37</sup>
EDE	EAT{-}bd 48 1.0752 0,7911 EAT{+}bd 32 2.2199 0,9707 DG{+} 36 3.0087 0,7783	2v0,1 1v0	F(2,113)= 56.0724 $p_i = 0,0000$
RES	EAT{-}bd 48 1.2292 1.3105 EAT{+}bd 33 3.2303 1.2208 DG{+} 36 3.7833 1.1675	21v0	F(2,114)= 49.7352 $p_i = 0,0000$
SHEIC	EAT{-}bd 48 1.3988 1.0450 EAT{+}bd 33 2.5455 1.3525 DG{+} 36 3.4544 1.0460	2v0,1 1v0	F(2,114)= 34.0858 $p_i = 0,0000$
WEIC	EAT{-}bd 48 1.3917 0,9890 EAT{+}bd 33 2.3530 1.2088 DG{+} 36 3.1417 1.0448	2v0,1 1v0	F(2,114)= 27.8858 $p_i = 0,0000$

<sup>35</sup> Użyto testu  $\chi^2$  dla tabeli wielodzzielczej.

<sup>36</sup> Zastosowano test Schiffe

<sup>37</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wartość testu  $\chi$ .

Tabela 54. Etap II: diagnoza a wyniki w skalach EAT26 oraz EDE

Zmienna	Liczność/średnie rangi	Test istotności statystycznej <sup>38</sup>
EAT26	EAT{-}bd (48) 25,47 EAT{+}bd (33) 79,15 DG{+} (36) 85,24	$\chi^2=4,0676$ $p_i=0,0243$
ODCH	EAT{-}bd (48) 28,53 EAT{+}bd (33) 79,80 DG{+} (36) 80,56	$\chi^2=66,1982$ $p_i=0,0243$
TROS	EAT{-}bd (48) 41,96 EAT{+}bd (33) 66,53 DG{+} (36) 74,82	$\chi^2=26,3939$ $p_i=0,0000$
PRES	EAT{-}bd (47) 49,57 EAT{+}bd (31) 57,47 DG{+} (36) 67,88	$\chi^2=7,8052$ $p_i=0,0202$
DIET	EAT{-}bd (48) 34,07 EAT{+}bd (33) 79,41 DG{+} (36) 73,53	$\chi^2=46,3565$ $p_i=0,0000$
WYM	EAT{-}bd (48) 50,50 EAT{+}bd (33) 57,29 DG{+} (36) 71,90	$\chi^2=22,1261$ $p_i=0,0000$
EATC	EAT{-}bd 48 39, 40 EAT{+}bd 32 55, 17 DG{+} 36 86, 93	$\chi^2=43, 2411$ $p_i=0, 0000$

Tabela 55. Etap II (dziewczęta): diagnoza a poczucie tuszy

Treść	Liczność/średnia/odchylenie standardowe	Grupy różniące się statystycznie ( $p_i \leq 0,05$ ) <sup>39</sup>	Test istotności statystycznej <sup>40</sup>
Czy w chwili obecnej uważasz że wazysz 11. zdecydowanie za dużo 12. raczej za dużo 13. tyle ile trzeba 14. za mało	EAT{-}bd 48 12,3750 0,7614 EAT{+}bd 33 11,7576 0,7513 DG{+} 36 11,7778 0,6808	0v1,2	F(2,114)= 9, 6644 $p_i=0, 0001$

<sup>38</sup> Wartość testu  $\chi^2$  obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy rang Cruskalla Wallisa

<sup>39</sup> Zastosowano test Schiffe

<sup>40</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

**Tabela 56. Etap II (dziewczęta): diagnoza a stosunek do tuszy**

Możliwość	EAT{-}bd	EAT{+}bd	DG	Test istotności statystycznej <sup>41</sup>
Nie przejmuję się wagą. Liczebność faktyczna	12	0	0	$\chi^2(8) = 33,07602$ $p_i = 0,00006$
Nie przejmuję się wagą. Liczebność oczekiwana	4,9	3,4	3,7	
Stara się nie dopuścić do przytycia i schudnięcia. Liczebność faktyczna	5	3	1	
Stara się nie dopuścić do przytycia i schudnięcia. Liczebność oczekiwana	3,7	2,5	2,8	
Stara się schudnąć. Liczebność faktyczna	22	29	33	
Stara się schudnąć. Liczebność oczekiwana	34,5	23,7	25,8	
Stara się przytyć. Liczebność faktyczna	2	0	0	
Stara się przytyć. Liczebność oczekiwana	0,8	0,6	0,6	
Ma zmienny stosunek. Liczebność faktyczna	7	1	2	

**Tabela 61. Etap II (dziewczęta): diagnoza a stosunek do problemu zaburzeń odżywiania się**

Możliwość	EAT{-}bd	EAT{+}bd	DG	Test istotności statystycznej <sup>42</sup>
Bez poczucia problemu i lęku przed nim. Liczebność faktyczna	27	4	4	$\chi^2(4) = 27,97438$ $p_i = 0,00001$
Bez poczucia problemu i lęku przed nim. Liczebność oczekiwana	14,8	9,8	10,4	
Poczucia posiadania problemu teraz lub w przeszłości. Liczebność faktyczna	14	12	15	
Poczucia posiadania problemu teraz lub w przeszłości. Liczebność oczekiwana	7,4	11,5	12,2	
Lęk przed posiadaniem problemu. Liczebność faktyczna	6	15	14	
Lęk przed posiadaniem problemu. Liczebność oczekiwana	14,8	9,8	10,4	

<sup>41</sup> zastosowano test chi kwadrat dla tabeli wielodzielczej

<sup>42</sup> zastosowano test chi kwadrat dla tabeli wielodzielczej

Tabela 62. Etap II(dziewczęta): diagnoza a pytania Kwestionariusza presji kulturowej

Nr	Hipotetyczna skala	Treść pytania	Liczebność/średnia/odchyle nie standardowe	Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>43</sup>	Test istotności statystycznej <sup>44</sup>
15	Kulturowa kontrola impulsów	Zdarza mi się tracić kontrolę nad sobą	EAT(-)bd 34 4,0588 1,5752 EAT(+)bd 22 4,5455 1,4385 DG(+) 29 2,6207 1,3205	2vs01	$F(2,82)=12.6845$ $p_i = 0,0000$
29	Kulturowa kontrola impulsów	Posiadam w sobie takie emocje i popędy których czasami się boję	EAT(-)bd 36 4,5833 1,4417 EAT(+)bd 21 4,0476 1,4310 DG(+) 28 3,0000 1,4657	21vs0	$F(2,82)= 9.5213$ $p_i = 0,0002$
22	Kulturowa kontrola impulsów	Zdarza mi się toczyć wewnętrzne walki	EAT(-)bd 35 3,9714 1,7738 EAT(+)bd 21 2,4762 1,4007 DG(+) 29 2,3103 1,4905	21vs0	$F(2,82)=10.3235$ $p_i = 0,0001$
54	Kulturowe znaczenie chudości	Aby być bardziej atrakcyjną, powinnam być chudsza	EAT(-)bd 35 3,3714 1,8800 EAT(+)bd 22 2,0455 1,2902 DG(+) 29 1,7931 1,4486	21vs0	$F(2,83)= 8.8508$ $p_i = 0,0003$
60	Kulturowe znaczenie chudości	Gdy widzę jakąś chudą modelkę czuje się gruba i nieatrakcyjna	EAT(-)bd 35 3,9143 1,5218 EAT(+)bd 22 2,6818 1,8358 DG(+) 29 2,0000 1,4392	21vs0	$F(2,83)=12.0588$ $p_i = 0,0000$
82	Kulturowa kontrola impulsów	Jeśli ktoś nie potrafi kontrolować tego ile i co je, to niczego nie potrafi kontrolować	EAT(-)bd 35 4,5429 1,1966 EAT(+)bd 21 3,5238 1,5040 DG(+) 29 3,3103 1,5608	21vs0	$F(2,82)= 6.9406$ $p_i = 0,0016$
1	Kulturowa kontrola impulsów	Człowiek powinien kontrolować swoje różne słabości i zachcianki	EAT(-)bd 36 2,4722 0,9706 EAT(+)bd 22 1,8182 0,7950 DG(+) 29 1,7586 0,8724	0vs2	$F(2,84) = 6.2363$ $p_i = 0,0030$
14	Zab. jedzenia jako symbol	Gdy słyszę o osobach które mają problemy z jedzeniem, takie jak anoreksja czy bulimia psychiczna to doskonale jej rozumiem	EAT(-)bd 35 4,0857 1,8688 EAT(+)bd 22 3,1818 1,6800 DG(+) 27 2,7407 1,8101	0vs2	$F(2,81)= 4.4956$ $p_i = 0,0141$
44	Zab. jedzenia jako symbol	Znam wiele osób, które mają problemy z jedzeniem	EAT(-)bd 36 3,8333 1,6818 EAT(+)bd 22 3,1818 1,5625 DG(+) 29 2,4138 1,6801	0vs2	$F(2,84)= 5.9291$ $p_i = 0,0039$
56	Kulturowe znaczenie chudości	Zgrabna sylwetka może czasem pomóc w życiu bardziej niż wysoka inteligencja	EAT(-)bd 35 3,7143 1,4465 EAT(+)bd 21 3,0000 1,3038 DG(+) 29 2,5862 1,8228	0vs2	$F(2,82)= 4.3103$ $p_i = 0,0166$
70	Podatność na bodźce kulturowe/ Kulturowe znaczenie chudości	Zazdroszczę modelkom szczupłego wyglądu.	EAT(-)bd 34 3,5000 1,5811 EAT(+)bd 22 2,6364 1,4653 DG(+) 28 2,0714 1,5618	0vs2	$F(2,81)= 6.7228$ $p_i = 0,0020$
83	Kulturowa definicja ról płciowych	Chłopcy mogą być w większym stopniu sobą niż dziewczęta	EAT(-)bd 35 4,2571 1,5018 EAT(+)bd 22 3,4545 1,8186 DG(+) 27 2,9259 1,5671	0vs2	$F(2,83)= 5.3650$ $p_i = 0,0065$
86	Zab. jedzenia jako symbol	Podziwiam osoby które potrafią kontrolować swój wygląd, to co i kiedy jedzą, nawet jeśli inni uważają, że jest to niezdrowe.	EAT(-)bd 33 3,6667 1,6137 EAT(+)bd 22 2,6818 1,3233 DG(+) 28 1,7143 1,3840	0vs2	$F(2,80)= 3.4714$ $p_i = 0,0000$

<sup>43</sup> Zastosowano test Schiffe<sup>44</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.



Tabela 63. Etap II: diagnoza a pytania Kwestionariusza presji kulturowej

Nr	Zmienna	Ilość przypadków/średnia rang	Test istotności statystycznej <sup>45</sup>
2	Często atrakcyjny wygląd można osiągnąć tylko poprzez ciężką pracę nad swoim ciałem	EAT{-}bd 37 56,30 EAT{+}bd 22 46,36 DG{+} 29 28,03	$\chi^2=21,7381$ $p_i=0,0000$
3	Kobieta powinna dążyć do tego by mieć taki zawód który czyni ją samodzielną i niezależną	EAT{-}bd 35 51,37 EAT{+}bd 22 38,05 DG{+} 28 36,43	$\chi^2=8,5300$ $p_i=0,0141$
4	Powinno się jeść „zdrową żywność”	EAT{-}bd 36 52,33 EAT{+}bd 22 38,09 DG{+} 29 38,14	$\chi^2=7,6282$ $p_i=0,0221$
8	Czasem robię rzeczy których potem żałuje	EAT{-}bd 37 49,72 EAT{+}bd 22 46,82 DG{+} 28 34,23	$\chi^2=6,9893$ $p_i=0,0304$
12	Gdybym nie odniosła sukcesu życiowego moi rodzice byli by zawiedzeni	EAT{-}bd 34 52,91 EAT{+}bd 22 38,43 DG{+} 29 34,84	$\chi^2=9,7249$ $p_i=0,0077$
45	Seks jest zdecydowanie przyjemniejszym przeżyciem dla mężczyzn niż dla kobiet	EAT{-}bd 35 38,94 EAT{+}bd 22 54,23 DG{+} 29 40,86	$\chi^2=6,1765$ $p_i=0,0456$
62	Czasem ulegam pokusom mojego ciała	EAT{-}bd 34 47,93 EAT{+}bd 22 46,09 DG{+} 27 31,20	$\chi^2=8,5876$ $p_i=0,0137$
71	Przestrzegam postów religijnych	EAT{-}bd 35 49,91 EAT{+}bd 21 35,45 DG{+} 28 38,52	$\chi^2=6,0393$ $p_i=0,0488$

45 Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji rang Crusca-Wallis

## Test osypiska (Factor Scree Plot)

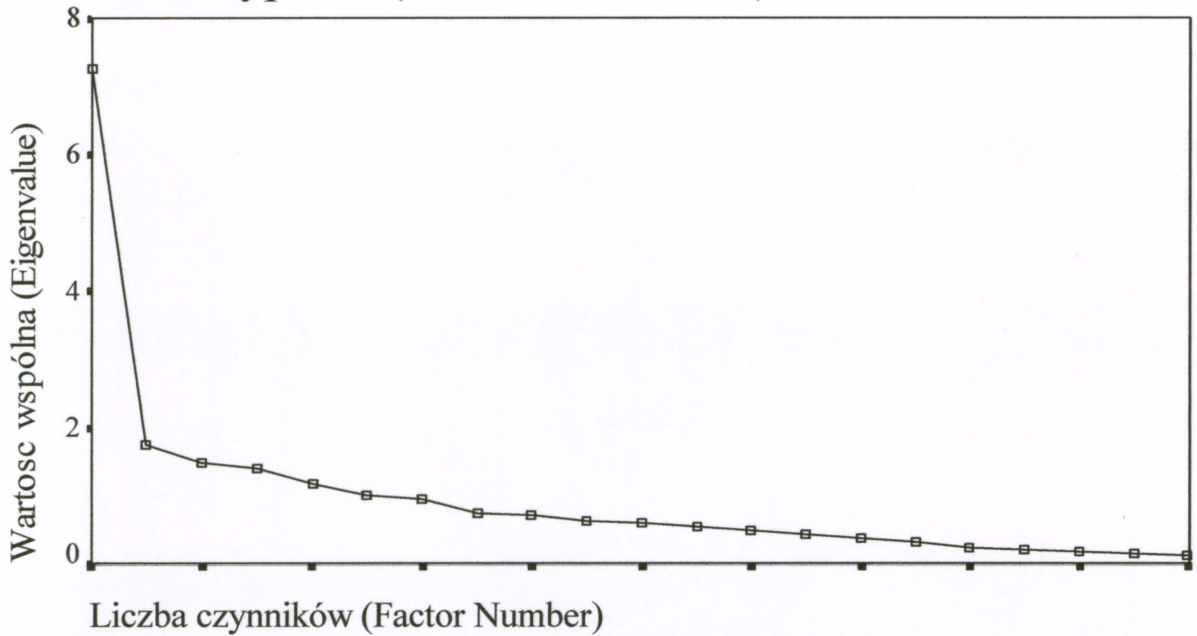


Tabela 64. Etap II(dziewczęta): ładunki czynnikowe Kwestionariusza presji kulturowej – rozwiązanie I czynnikowe po rotacji OBLIMIN

Nr	Treść	Ładunek czyn.
60	Gdy widzę jakąś chudą modelkę czuje się gruba i nieatrakcyjna	0,74614
54	Aby być bardziej atrakcyjną, powinnam być chudsza	0,72903
2	Często atrakcyjny wygląd można osiągnąć tylko poprzez ciężką pracę nad swoim ciałem	0,72065
86	Podziwiam osoby które potrafią kontrolować swój wygląd, to co i kiedy jedzą, nawet jeśli inni uważają, że jest to niezdrowe	0,70459
82	Jeśli ktoś nie potrafi kontrolować tego ile i co je, to niczego nie potrafi kontrolować	0,67305
56	Zgrabna sylwetka może czasem pomóc w życiu bardziej niż wysoka inteligencja	0,65961
22	Zdarza mi się toczyć wewnętrzne walki	0,659
70	Zazdroszczę modelkom szczupłego wyglądu.	0,65369
29	Posiadam w sobie takie emocje i popędy których czasami się boję	0,65091
14	Gdy słyszę o osobach które mają problemy z jedzeniem takie jak anoreksja czy bulimia psychiczna to doskonale jej rozumiem	0,63037
83	Chłopcy mogą być w większym stopniu sobą niż dziewczęta	0,61792
8	Czasem robię rzeczy których potem żałuję	0,60967
62	Czasem ulegam pokusom mojego ciała	0,55895
15	Zdarza mi się tracić kontrolę nad sobą	0,55078

**Tabela 64. Etap II(dziewczęta): ładunki czynnikowe Kwestionariusza presji kulturowej – rozwiązanie I czynnikowe po rotacji OBLIMIN**

44	Znam wiele osób, które mają problemy z jedzeniem	0,52765
32	Gdybym nie odniosła sukcesu życiowego moi rodzice byli by zawiedzeni	0,51904
48	Gdybym zmieniła swoją wagę w dół lub w górę o kilka kilogramów to moje koleżanki zaraz by to zauważyły	0,44975
1	Człowiek powinien kontrolować swoje różne słabości i zachcianki	0,41276
16	Znam co najmniej kilka osób które się odchudzają.	0,34394
10	Kobiety w mojej rodzinie nie mają zbyt łatwego życia	0,30786
88	Aby być bardziej atrakcyjną, powinnam być grubsza	-0,33171

**Tabela 66. Etap II(dziewczęta): diagnoza a wyniki czynnikowe w rozwiązaniu I czynnikowym KPK**

nr	Nazwa	Liczebność/średnia/odchylenie standardowe			Grupy różniące się statystycznie ( $p < 0,05$ ) <sup>46</sup>	Test istotności statystycznej <sup>47</sup>
1	Diagnoza	EAT{-}bd 28	0,6838	0,8341	0v2,1	F(2,68)= 20,4066 P <sub>i</sub> = 0,0000
		EAT{+}bd 20	-0,0930	0,8303	1v2	
		DG{+} 23	-0,7516	0,7343		

**Tabela 67. Korelacje między wynikami czynnikowymi KPK i QSIA**

Zmienna	Czynnik I QSIA	Czynnik II QSIA	Czynnik I KPK
Czynnik I KPK	-0,4392 (55) P= 0,001	0,6874 (55) P= 0,000	1,0000 (55) P= 0,000
Czynnik I QSIA	1,0000 (55) P= 0,000	ni	-0,4392 (55) P= ,001
Czynnik II QSIA	ni	1,0000 (55) P= 0,000	0,6874 (55) P= 0,000

**Tabela 68. Etap II (dziewczęta): struktura rodziny I**

Kategoria	Rozwód, rodzina uzupełniona	Separacja nieformalna	Wychowywana przez opiekunów	Jeden rodzic, rodzina nieuzupełniona	Śmierć jednego z rodziców	Rodzina pełna
EAT{-}bd	1	0	0	1	1	45(93,75%)
EAT{+}bd	2	0	0	2	1	28(84,85%)
DG{+}	2	2	2	2	0	28(77,78%)

<sup>46</sup> Zastosowano test Schiffo

<sup>47</sup> Wartość testu F obliczona na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji

**Tabela 69. Etap II (dziewczęta): diagnoza a choroby w rodzinie**

Osoby	Matka				Ojciec				Rodzeństwo				Dziadkowie			
	Zab. Psychiczne	Zab. Psychosomatyczne	Inne	Suma	Zab. Psychiczne	Zab psychosomatyczne	Inne	Suma	Zab. psychiczne	Zab. psychosomatyczne	Inne	Suma	Zab. psychiczne	Zab. psychosomatyczne	Inne	Suma
EAT {-}bd	4	2	1	7(14,58%)	1	3	2	6(12,5%)	1	1	0	2(4,17%)	1	4	1	6(12,5%)
EA {+} bd	3	5	2	8(24,24%)	4	8	2	10(30,3%)	3	0	3	6(18,18%)	0	1	1	2(6,06%)
DG+	2	2	1	5(13,89%)	0	2	0	2(5,55%)	2	1	2	5(13,89%)	1	3	0	4(11,11%)

**Tabela 70. Etap II (dziewczęta): diagnoza a obecność objawów chorobowych w rodzinie badanej osoby**

Możliwość	EAT{-}bd	EAT{+}bd	DG+	Test istotności statystycznej <sup>48</sup>
Brak objawów. Liczebność faktyczna	35	13	25	$\chi^2(2)= 10,46769$ pi=0,00533
Brak objawów. Liczebność oczekiwana	29,9	20,6	22,5	
Objawy obecne. Liczebność faktyczna	13	20	11	
Objawy obecne. Liczebność oczekiwana	18,1	12,4	13,5	

<sup>48</sup> zastosowano test chi kwadrat dla tabeli wielozmiennych

**Tabela 71. Etap II (dziewczęta): diagnoza a obecność objawów chorobowych u ojca lub matki badanego**

Możliwość	EAT{-}bd	EAT{+}bd	DG	Test istotności statystycznej <sup>49</sup>
Brak objawów. Liczebność faktyczna	41	19	31	$\chi^2(2) = 10,85917$ $p_i = 0,00438$
Brak objawów. Liczebność oczekiwana	37,3	25,7	28,0	
Objawy obecne. Liczebność faktyczna	7	14	5	
Objawy obecne. Liczebność oczekiwana	10,7	7,3	8,0	

**Tabela 72. Etap II (dziewczęta): diagnoza a obecność objawów psychosomatycznych oraz psychopatologicznych u ojca lub matki badanego**

Możliwość	EAT{-}bd	EAT{+}bd	DG	Test istotności statystycznej <sup>50</sup>
Brak objawów. Liczebność faktyczna	36	16	24	$\chi^2(2) = 6,10669$ $p_i = 0,04720$
Brak objawów. Liczebność oczekiwana	31,2	21,4	23,4	
Objawy obecne. Liczebność faktyczna	12	17	12	
Objawy obecne. Liczebność oczekiwana	16,8	11,6	12,6	

<sup>49</sup> zastosowano test chi kwadrat dla tabeli wielodzzielczej

<sup>50</sup> zastosowano test chi kwadrat dla tabeli wielodzzielczej

Tabela 73. Etap II (dziewczęta): diagnoza a stosunek do tuszy ojca badanej

Możliwość	EAT{-}bd	EAT{+}bd	DG	Test istotności statystycznej <sup>51</sup>
Nie przejmuję się wagą. Liczebność faktyczna	26	20	18	$\chi^2(8) = 21,48536$ pi=0,00596
Nie przejmuję się wagą. Liczebność oczekiwana	26,7	17,3	20	
Stara się nie dopuścić do przytycia i schudnięcia. Liczebność faktyczna	3	6	5	
Stara się nie dopuścić do przytycia i schudnięcia. Liczebność oczekiwana	5,8	3,8	4,4	
Stara się schudnąć. Liczebność faktyczna	12	3	2	
Stara się schudnąć. Liczebność oczekiwana	7,1	4,6	5,3	
Stara się przytyć. Liczebność faktyczna	4	0	1	
Stara się przytyć. Liczebność oczekiwana	2,1	1,3	1,6	
Ma zmienny stosunek. Liczebność faktyczna	3	2	10	
Ma zmienny stosunek. Liczebność oczekiwana	6,3	4,0	4,7	

Tabela 74. Etap II (dziewczęta): diagnoza a stosunek do tuszy matki badanej

Możliwość	EAT{-}bd	EAT{+}bd	DG+	Test istotności statystycznej <sup>52</sup>
Nie przejmuję się wagą. Liczebność faktyczna	18	5	7	$\chi^2(8) = 21,48536$ pi=0,00596
Nie przejmuję się wagą. Liczebność oczekiwana	12,4	8,4	9,2	
Stara się nie dopuścić do przytycia i schudnięcia. Liczebność faktyczna	6	3	8	
Stara się nie dopuścić do przytycia i schudnięcia. Liczebność oczekiwana	7,0	4,8	5,2	
Stara się schudnąć. Liczebność faktyczna	13	21	18	
Stara się schudnąć. Liczebność oczekiwana	21,4	14,6	16,0	
Stara się przytyć. Liczebność faktyczna	1	1	0	
Stara się przytyć. Liczebność oczekiwana	0,8	0,6	0,6	
Ma zmienny stosunek. Liczebność faktyczna	9	2	2	
Ma zmienny stosunek. Liczebność oczekiwana	5,4	3,6	4,0	

<sup>51</sup> zastosowano test chi kwadrat dla tabeli wielozmiennych<sup>52</sup> zastosowano test chi kwadrat dla tabeli wielozmiennych

Tabela 75. Etap II(dziewczęta): podgupy diagnostyczne a poszczególne zmienne					
Zmienna	Liczebność/Średnie/odchylenia standardowe		Grupy różniące się statystycznie ( $p_i \leq 0,05$ ) <sup>53</sup>		Test istotności statystycznej <sup>54</sup>
EDE	WAN 0,6241	8 2,5453	2v1		F(2,33)= 4.0880 $p_i = 0,0259$
	WBN 0,7991	18 3,3404			
	WBED 0,6155	10 2,7825			
EDE - Poczucie winy związane z jedzeniem	WAN 1,6421	8 1,8750	2v1,3		F(2,33)= 7.9332 $p_i = 0,0015$
	WBN 1,6647	18 4,2222			
	WBED 1,1785	10 2,5000			
EDE - Niezadowolenie z wagi	WAN 1,9226	8 2,3750	2v1		F(2,33)= 5.1774 $p_i = 0,0111$
	WBN 1,2628	18 4,2222			
	WBED 1,0541	10 4,0000			
EDE- Skala 6 Kwestionariusza „Obraz Siebie” Offera	WAN 7,2276	7 43,2857	2v1		F(2,25)= 7.9777 $p_i = 0,0021$
	WBN 10,5921	13 64,2308			
	WBED 14,9469	8 53,6250			
APK40	WAN 0,8165	7 5,0000	1v3,2		F(2,26)= 5.8400 $p_i = 0,0080$
	WBN 1,4075	15 3,4667			
	WBED 1,3801	7 2,7143			
APK62	WAN 1,5736	7 4,8571	1v2		F(2,24)= 4.4169 $p_i = 0,0233$
	WBN 1,1217	14 3,2143			
	WBED 1,0328	6 3,3333			
Czynnik I QSIA	WAN ,7128	5 -,0544	2v1,3		F(2,20)= 5,7272 $p_i = 0,0108$
	WBN ,8142	11 1,1471			
	WBED ,8686	7 ,0421			

53 Zastosowano test Schiffe

54 Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 76. Etap II(dziewczęta): podgupy diagnostyczne a poszczególne zmienne

Zmienna	Ilość przypadków/Srednia rangi/	Test istotności statystycznej <sup>55</sup>
Skala WYM testu EAT26	WAN 8/ 14.44 WBN 18/ 23.19 WBED 10 /13.30	$\chi^2=9.7640$ $p_i =.0076$
EDE - Jedzenie w towarzystwie	WAN 8/16.88 WBN 18/22.28 WBED 10/13.00	$\chi^2=7.8752$ $p_i =.0195$
EDE - Unikanie ekspozycji własnego ciała	WAN 8/12.69 WBN 18/ 22.72 WBED 10/15.55	$\chi^2=6.3046$ $p_i =.0428$

### 8.3 DYSKUSJA

Tabela 77. Dyskusja: porównanie wartości charakterystyk statystycznych badań

Zmienna	Włodarczyk-Bisaga (1992)	Obecne badanie (1999)
dziewczęta		
Poczucie wagi		
Waga prawidłowa	63,0%	36,8%,
Nadwaga	31,4%	51,9%
Niedowaga	5,6%	11,3%.
BMIa	19,8 (2,2)	19,72 (2,23)
AWAG	54,8(7,0)	53,70, (6,89)
PWAG	51,4 (5,3)	50,81 (5,22),
wWAG	56,0 (7,4)	55,97 (8,01),
NWAG	52,4 (2,4)	52,06 (9,98).
EAT26 średni	9,9 (9,1),	9,7 (8,548).
EAT26 większy od 19	12,6%	11,7%.
Bycie na diecie odchudzającej	40%.	42,3%
chłopcy		
Poczucie wagi		
Waga prawidłowa	73,5%	51,1%,
Nadwaga	9,4%	18,7%,
Niedowaga	17%	30%.
BMIa	20,7 (2,25)	21,05 (2,71),
AWAG	62,,8 (9,1)	64,88 (10,36)
PWAG	z 64,8 (8,8)	68,33 (10,44)
WWAG	63,6 (9,7)	66,31 (11,27).
NWAG	61,4 (9,1)	62,80 (10,78)
EAT26 średni	3,2 (37)	4,82 (5,433)
EAT26 większy od 19	0,5%.	1,8%

<sup>55</sup> Wartość testu chi kwadrat obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy rang Cruscala-Wallis



**Tabela 78. Dyskusja: Analiza czynnikowa Kwestionariusza EAT26 – przegląd literatury**

<b>Autorzy</b>	<b>Populacja</b>	<b>Czynnik/procent wariacji wspólnej/pytania</b>	<b>Odsetek zróżnicowania</b>
Badanie własne (1999)	Uczennice 15 letnie	I. Odchudzanie ( 23.7%): 14, 11, 1, 12, 10, 22 II. Presja środowiska ( 8,2%): 20,8,13,15 III. Dietetyczny (7,5%): 17, 7, 6, 16, 19, 5, 23 IV. Prowokowanie wymiotów (5,4%): 9,26, 24 V. Nadmierna troska (5,1%): 3,21,4, 18	49,9%
Włodarczyk-Bisaga (1992)	Uczennice 15 letnie	I. Odchudzanie (28,1%): 11,14,1,10,23,22,12,2,24 II. Nadmierna troska( 7,8%): 21,3,18,4 III. Presja środowiska( 6,4%): 8,20,13 IV. Dietetyczny (3,4%): 16,7, 17, 6, 19 V. Prowokowanie wymiotów (2,6%): 26,9	48,4%
Eisner i Szmuklet (1985)	Uczennice 15/16 letnie	I. Odchudzanie: 23,19,16, 6,12,17, 11, 2,1,14, 24, 10, 22 II. Nadmierna troska: 3,21,18,4,10,14,11 III. Prowokowanie wymiotów: 26,9 IV. Presja środowiska: 8,13,20 V. Jedzenie w towarzystwie: 25	b.d.
Garner i wsp. (1982)	Studentki 20 letnie	I.Odchudzanie: 23,17,22,25,16,7,11,24,12,10,1,14,16 II. Bulimia i nadmierna troska: 26,9,4,21,3,18 III. Kontrola oralan: 5,15,13,8,22,19	40,2%
Wells i wsp. (1985)	Uczennice 13/16 letnie	I. Odchudzanie: 6,7,12,16,23,17,2,24,14,22,11,1,10 II. Nadmierna troska: 21,4,3,18,11,10 III. Prowokowanie wymiotów: 9,26 IV. Presja środowiska: 8,13,20,15	38%
Mumford, Whgitehouse i Platts (1991) <sup>56</sup>	Uczennice 15 letnie	I. Odchudzanie: 23,11,1,7,12,24,16,2,6,17,14,10,22 II. Presja środowiska: 8,13,25,15 III. Nadmierna troska: 21,3,18,4,25 IV. Prowokowanie wymiotów: 9,26,19,24	rasa biała: 49% rasa azjatycka: 44,1%

<sup>56</sup> za Włodarczyk-Bisaga (1992)

## 9 BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington DC 1994.
2. Badura-Madej W., Bomba J., Hagman H., Klenberg L., Ułasińska R.: Self-image of adolescents and adolescent depression. Comparative study of Finnish and Polish adolescents. 10 Sympozium Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Współczesne dzieciństwo i adolescencja. Materiały Konferencyjne, Kraków 16-19.09.1988.
3. Badura-Madej W., Ułasińska R., Wolska M.: Kwestionariusz Daniela Offera "Obraz Siebie" (The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents). Podręcznik – wersja polska (nieopublikowana). Kraków, 1986-1990.
4. Badura-Madej W., Ułasińska R.: Ocena zależności między obrazem siebie a zaburzeniami psychicznymi u młodzieży i opracowanie technik poprawy diagnostyki zaburzeń psychicznych. Doniesienie wstępne nieopublikowane, Kraków, 1986-90 .
5. Banaś A., Januskiewicz-Grabias A., Radziwiłłowicz P.: Wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania się. *Psychiatria Polska*, 1998, 32(2), 165-75.
6. Becker A.E., Hamburg P.: Culture, the media and eating disorders. W: Kleinman A. (red.): *Cross-Cultural Psychiatry*. Harvard Rev Psychiatry, 1996, 4, 163-167.
7. Bell R.: *Holy anorexia*. University of Chicago, Chicago 1985.
8. Bemporad J. R.: Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theoretical Medicine*, 1997, 18, 401-420.
9. Beumont P. J. V.: Menstrual disorders and other hormonal disturbances. W: Herzog W., Deter H.C., Vandereycken W.(eds): *The Course of Eating Disorders. Long term follow-up studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Springer -Verlag, Berlin, Heidelberg 1992.
10. Braun D.L.: Eating Disorders in Males. Medscape Mental Health ([www.medscape.com](http://www.medscape.com)), 1997, 4 (2).
11. Brewerton T. D.: Binge Eating Disorder: Recognition, Diagnosis and Treatment. Medscape Mental Health ([www.medscape.com](http://www.medscape.com)), 1997, 5 (2).
12. Bruce B., Agras W.S.: Binge eating in females: A population-based investigation. *Int J Eat Disord* 12, 365-375, 1992.
13. Bruch H.: Anorexia nervosa and it's differential diagnosis. *Journal of nervous and mental disorders*, 1966, 141, 555-557.
14. Bruch H.: *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books, New York 1973. Za Dancyger I. F., Garfinkel P.E.: The relationship of partial syndrome eating isorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 1995, 25, 1019-1025.
15. Bruch H.: Perceptual and conceptual distrubances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 1962, 2, 187-194.
16. Bryant-Waugh R. (red): *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hove, Hillsdale 1993.

17. Bryant-Waugh R., Kaminski Z.: Eating disorders in children: An overview. w: Lask B., Bryant-Waugh R. (red): Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hove, Hillsdale 1993.
18. Bryant-Waugh R., Lask B.: Anorexia nervosa in a group of Asian children living in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 158, 229 - 233.
19. Bryant-Waugh R.: Anorexia nervosa. In: Fisher S., Reason J. (eds.). *Handbook of life stress. Cognition and health*. John Wiley and Sons Ltd. 1988.
20. Buddeberg-Fischer B., Bernet R., Sieber M., Schmid J., Buddeberg C.: Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand*, 1996, 93(4), 296-304.
21. Bulik C.M., Sullivan P.F., Weltzin T.E., Kaye W.H.: Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1995, 17, 3, 251-261.
22. Cash TF: Binge-eating and body images among the obese: A further evaluation. *J Soc Behav Personality*, 1991, 6:367-376.
23. Cooper Z., Fairburn C. G.: The Eating Disorder Examination: A semi structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1987, 6, 1-8.
24. Cullberg J., Engström-Lindberg M.: Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatr Scand*, 1988, 78, 314-319,
25. Dancyger I. F., Garfinkel P.E.: The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 1995, 25, 1019-1025.
26. Dansky B.S., Brewerton T.D., Kilpatrick D.G.: Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the National Women's Study. *Int J Eat Disord*, 27,(2),180-90, 2000.
27. Dansky B.S., Brewerton T.D., O'Neil P.M., i wsp: The National Women's Study: Relationship of crime victimization and PTSD to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1997, 21,213-228.
28. Darby P. L., Garfinkel P.E., Garner D.M., Coscina D.V.(eds): *Anorexia nervosa: recent. developments in research*. Alan Liss, New York 1983.
29. de Zwaan M.D., Mitchell J.E.: Binge eating in the obese. *Ann Medicine*, 1992, 24, 303-308.
30. DiNicola V.F.: Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1990, 27, 165-196, 245-286.
31. Drewnowski A., Yee D. K. , Krahn D. D.: Bulimia in college women: incidence and recovery rates. *American Journal of Psychiatry*, 1988, 145, 753-755.
32. Eagles J.M., Johnston M.I., Hunter D. i wsp.: Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *Am J Psychiatry*, 1995, 152, 1266-1271.
33. Eisner I., Szmukler G.I.: Social class as a confounding variable in the Eating Attitude Test. *J. Psychiatr. Res.*, 1985, 19, 171-176.
34. Eldeiberg L. (ed.): *Encyclopedia of Psychoanalysis*. The Free Press, New York 1968.
35. Fairburn C.G., Beglin S.J.: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 401-408.
36. Feighner J.P., Robin E., Guze S.B., Woodruff R.A., Winokur G., Monoz R.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 26, 57-63.

37. Felker K.R., Stivers C.: The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 1994, 29 (116), 821-34.
38. Ferguson DJ, Spitzer RL: Binge eating disorder in a community-based sample of successful and unsuccessful dieters. *Int J Eat Disord* 1995, 18, 167-172.
39. Fombonne E.: Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *Br j Psychiatry*, 1995, 166, 462-471.
40. Fosson A., Knibbs J., Bryant Waugh R., Lask B.: Early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 1987, 62, 114-118.
41. Freeman C.P., Henderson M.: The BITE: Indices of agreement. *Br J of Psychiatry*, 1988, 152, 475-577.
42. Gallatin J.: *Abnormal Psychology. Concepts, Issues, Trends.* Macmillan Publishing Co., Inc. New York. Collier Macmillan Publishers, London 1982.
43. Garfinkel P.E., Lin E., Goering P. i wsp.: Bulimia nervosa in a Canadian community sample. Prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry*, 1995, 152, 1052-1058.
44. Garner D.M., Garfinkel P. E., Rockert W., Olmstead M.P.: A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychoth Psychosom*, 1987, 48, 170-175.
45. Garner D.M., Garfinkel P.E.: *Handbook of psychoterapy for anorexia nervosa and bulimia.* Guilford Press, New York 1982.
46. Garner D.M., Garfinkel P.E.: The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 1979, 9, 273-280.
47. Garthner G., Túry F., Szabó P., Geyer M., G. Rumpold, A. Forgács, W. Söllner, G. Plöttner: Prevalance of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 1995, 25, 1027-1035.
48. Goldbloom D.S., Garfinkel P.E.: Anorexia nervosa and bulimia nervosa - diagnostic issues and risk factors. In: Kennedy S.H.: *Handbook of eating disorders.* University of Toronto, Toronto, 1993.
49. Götestam K. G., Agras W. S.: General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 1995, 2 (18), 119-126.
50. Gotestam K.G., Eriksen L., Hagen H.: An epidemiological study of eating disorders in Norwegian psychiatric institutions. *Int J Eat Disord*, 1995, 18(3) 263-8.
51. Herzog D.B., Norman D.K., Gordon C., i wsp.: Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry* 1984, 141, 989-990.
52. Hirschberg A.L.: Hormonal regulation of appetite and food intake. *Annales of Medicine*, 1998, 30, 5-29.
53. Hodges E.L., Cochrane C.E., Brewerton T.D.: Family characteristics of binge-eating disorder patients. *Int J Eat Disord*. 1998, 23(2), 145-51.
54. Hodges E.L., Cochrane CE, Brewerton TD: Family characteristics of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 1997, 2(16), 120-136.
55. Hoek H.W., Brook F.G.: Patterns of care of anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*, 1985, 19, 155-160.
56. Holland A.J., Sicotte N., Treasure J.: Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Reserch*, 1988, 6, 561 - 572.
57. Hooper M.S.H., Garner D.M.: Aplication of the eating disorders inventory to a sample of black, white, and mixed race schoolgirls in Zimbabwe. *Int J Eat Disorder* 1986, 5, 161-168.
58. Hsu L. K. G.: Epidemiology of the eating disorders. *Eating disorders*, 1996, 4, 19, 681-699.
59. Hsu L.K.G.: *Eating Disorders.* Guilford Press, New York 1990.

60. Iniewicz G.: Samokontrola w anoreksji psychicznej. *Psychoterapia*, 1999, 1 (108), 57-70.
61. Iniewicz G.: Zmienne osobowościowe w anoreksji psychicznej. Praca doktorska. Kraków, 1999b.
62. Instytut Psychiatrii i Neurologii: ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN, Kraków, Warszawa 1998
63. Jabłow M.M.: Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
64. Johnson C., Tobin D.L., Lipkin J.: Epidemiologic changes in bulimic behavior among female adolescents over a five-year period. *Int J Eating Dis*, 1989, 8, 647-655.
65. Johnson-Sabine E., Wood K., Patton G., i wsp.: Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: Factor associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychol Med*, 1988, 18, 615 -622.
66. Jorgensen J.: The epidemiology of eating disorders in Fyn County, Denmark, 1977-1986. *Acta Psychiatr Scand*, 1992, 85, 30-34.
67. Józefik B., Nogas G., Pilecki M., Ulaścińska R., Wolska M.: Podejście systemowe w ambulatoryjnej terapii rodzin. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1994, 3, 455-459.
68. Józefik B., Pilecki M.: Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
69. Józefik B., Ulaścińska R.: Czynniki rodzinne w rozumieniu bulimii psychicznej. *Psychoterapia*, 1999b, 1 (108), 71-79.
70. Józefik B., Ulaścińska R.: Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999a.
71. Józefik B.: Epidemiologia zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999a.
72. Józefik B.: W stronę integracji pojęć. W: Józefik B. (red.): Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999b.
73. Kent A., Lacey H., McCluskey S.E.: Pre-menarchal bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 1992, 36, 3, 295-310.
74. Killen J.D., Hayward C. Wilson D.M., Taylor C.B., Hammer L.D., Litt I., Simmonds B., Haydel F.: Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 4 (15), 359-3567.
75. Killen J.D., Taylor C.B., Hayward C., i wsp. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *Int J Eat Disord*. 1994, 16(3), 227-38.
76. King M.B.: Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med*, 1989, 14, 1-34.
77. Kinzl J.F., Traweger C., Trefalt E., wsp.: Binge eating disorder in males: a population-based investigation. *Eat Weight Disord*. 1999, 4(4), 69-74.

78. Klein M.: *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. Free Press, New York 1975.
79. Koenig L., Howard I.H., Offer D., Cremerius M.: *Psychopathology and Adolescent Self-Image*. W: Offer D., Ostrov E., Howard I.K. (red.): *Patterns of Adolescent Self-Image*. New directions for mental health services, 22, New York 1984.
80. Kog E., Vandereycken W.: Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 1985, 5, 159-180.
81. Korn M.L.: *Trauma Survivors and Psychiatric Manifestations*. American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting May 18, 2000. W: [www.medscape.com](http://www.medscape.com).
82. Kornhaber A.: The stuffing syndrome. *Psychosomatics* 1970, 11, 580-584.
83. Kreipe R.E., Dukarm C.P.: Zaburzenia łaknienia u młodzieży i starszych dzieci. *Pediatrics po Dyplomie*. Wydanie polskie, 2000, 3 (4), 11-30.
84. Lakin J.A., Steen S.N., Oppliger R.A.. Eating behaviors weight loss methods and nutrition practices among high school wrestlers. *Journal of Community Health Nursing*, 1991, 7, 223-233.
85. Lask B., Bryant-Waugh R. (eds): *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hove 1993.
86. Le Heuzey M.F., Mouren-Simeoni M.C., Igoin L., Jeamment P., Flament M.: Does prepubertal bulimia nervosa exist ? The 2nd London International Conference on Eating Disorders, London, 1995.
87. Lee S., Lee A.M.: Disordered eating in three communities of China: a comparative study of female high school students in hong kong, Shenzhen, and rural hunan. *Int J Eat Disord*, 2000, 27(3), 317-27
88. Leung F., Schwartzman A., Steiger H: Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: a structural equation modeling analysis. *Int J Eat Disord* 1996, 20(4), 367-75.
89. Lilienfeld L.R., Kaye W.H., Greeno C.G., Merikangas K.R., Plotnicov K., Pollice C., Rao R., Strober M., Bulik C.M., Nagy L. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 1998, 55(7), 603-10.
90. Lowenkopf E. L.: Anorexia nervosa: some nosological considerations. *Comprehensive Psychiatry*, 1982, 23, 233-240.
91. Lucas A. R., Beard CM, O'Fallon W.M. Kurland L.T.: Anorexia nervosa in Rochester Minn.: A population —based study. *Am J. Psychiatry*, 1991, 148, 917-922.
92. Mahler M.S.: On child psychosis and schizophrenia. *Psychoanal. Study Child.*, 1952, 7, 286-305.
93. Matsunaga H., Kaye W.H., McConaha C., Plotnicov K., Pollice C., Rao R.: Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2000, 27(3):353-7.
94. Minuchin S., Rosman B., Baker L.: *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in Context*. Harvard University Press, Cambridge 1978.
95. Moller-Madsen S., Nystrup J.: Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 86, 197-200.
96. Mouren-Someoni M.C., Fontanon M., Bouvard M.P., Dugas M.: L'anorexie mentale chez l'enfant prepubere. *Canadien Journal of Psychiatry*, 1993, 38 (1), 5-15.
97. Mumford D. B., Whitehouse A. M., Platts. K.: Sociocultural correlates of eating disorders among Asianschoolgirls in Bradford. *Br Journal of Psychiatry*, 1991, 158, 222-228.

98. Mussell MP, Mitchell JE, de Zwaan M, i wsp.: Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. *Int J Obes Relat Disord*, 1996, 20,324-331.
99. Mussell MP, Peterson CB, Weller CL, et al: Differences in body image and depression among obese women with and without BED. *Obes Res* 1996, 4, 431-439.
- 100.Nangle D.W., Johnson W.G., Carr-Nangle R.E., Engler L.B.: Binge Eating Disorder and the Proposed DSM-IV Criteria: Psychometric Analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 2 (16), 147-157.
- 101.Nasser M.: Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1988, 32, 573-577.
- 102.Nielsen S.: The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 81, 507-514.
- 103.Nogas G.: Psychodynamiczne rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- 104.Offer D., Ostrov E., Howard I.K. (red.): Patterns of Adolescent Self-Image. *New directions for mental health services*, 22, 1984.
- 105.Offer D., Ostrov E., Howard I.K., Atkinson R.: The Teenage World. *Adolescents' Self-Image in Ten Countries*. Plenum Medical Book Company. New York, London 1988.
- 106.Orwid M.: Psychiatria młodzieżowa. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.) *Psychiatria*. Tom I. PZWL, Warszawa 1987.
- 107.Pagsberg A.K., Wang A.R.: Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand*, 1994, 90, 259-265.
- 108.Pilecki M.: Diagnostyka zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999b.
- 109.Pilecki M.: Historia zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999a.
- 110.Pilecki M.: Podstawy biologicznego rozumienia zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999c.
- 111.Ponton L.E.: Disordered Eating. W: DiClemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E., (red). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*, Plenum Press, New York 1996.
- 112.Pope H. G. jr, Hudson J. I.: Is bulimia nervosa a heterogeneous disorder ? Lessons from the history of medicine. *International Journal of Eating Disorders*, 1988, 7, 155-166.
- 113.Rastam M., Gillberg C., Garton M.: Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study. *Br J Psychiatry*, 1989, 155, 642-646.
- 114.Rathner G.: Aspects of the natural history of normal and disordered eating and some methodological considerations. W: Herzog W., Deter H. G., Vandereycken W. (eds): *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 1992, 273-302.

115. Robinson P. H., Mc Hugh P. R., Moran T. H., Stephenson J. D.: Gastric control of food intake. *Journal of Psychosomatic Research* 1988, 6, 593 - 606.
116. Russell G.F.M.: Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, 2, 429-448.
117. Scott Mizes J.: Eating Disorders. In: Van Hasselt V., Hersen M. (eds): *Advanced abnormal Psychology*. Plenum Press, New York 1994.
118. Selvini Palazzoli M.: *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Jason Aronson, New York 1978.
119. Siever MD: Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 1994, 62, 252-260.
120. Silberstein LR, Mishkind MS, Striegel-Moore RH, et al: Men and their bodies: A comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosom Med* 1989, 51, 337-346.
121. Slade P.D.: Towards a functional analysis of anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 1982, 21, 167-179.
122. Ślęczka K.: *Feminizm*. Wydawnictwo „Książnica”, Katowice, 1999.
123. Spitzer R. L., Devlin M., Walsh B. T. I wsp: Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 1992, 11, 191-203.
124. Spitzer R.L., Devlin M.J., Walsh B.T., i wsp.: Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *Int J Eat Disord*, 1991, 10, 627-629.
125. Spurrell EB, Wilfley DE, Tanofsky MB, Brownell KD: *International Journal of Eating Disorders*, 1997, 21(1), 55-65.
126. Steiger H., Stotland S., Ghadirian A.M., Whitehead V.: Controlled study of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disordered probands: do familial traits exist? *Int J Eat Disord*, 1995, 18(2), 107-118.
127. Steinhausen H.C., Seidel R.: [The Berlin follow-up study of eating disorders in adolescence. Part 3: Evaluation and prognosis]. *Nervenarzt*, 1994, 65(1), 35-40.
128. Stice E., Schupak-Neuberg E., Shaw H.E., Stein R.I.: Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: An Examination of Mediating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 4 (103), 836-840.
129. Strelau J.: *Psychologia temperamentu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
130. Striegel-Moore R.H., Wilfley D.E., Pike K.M., Dohm F.A., Fairburn C.G. Recurrent binge eating in black American women. *Arch Fam Med*, 2000, 9(1), 83-7.
131. Strober M., Freeman R., Lampert C., Diamond J., Kaye W.: Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(3):393-401
132. Stunkard A. J., Berkowitz R., Wadden T., i wsp.: Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *Int J Obes*, 1996, 20, 1-6.
133. Sugarman A., Kurash C.: The body as the transitional object in bulimia. *Int. J. Eating Disorders*, 1982, 1, 61-67.



134. Szmukler G. I.: The epidemiology of anorexia and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 1985, 19, 143-153.
135. Taraldsen K.W., Eriksen L., Gotestam K.G.: Prevalence of eating disorders among Norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit. *Int J Eat Disord*, 1996, 20(2), 185-90.
136. Tury F.: Newer epidemiological data of disordered eating behaviour from Hungary. *Satellite Meeting of the European Council on Eating Disorders*, Warszawa 1992.
137. Vandereycken W., Van Deth R.: A tribute to Lasegue's description of anorexia nervosa (1873), with completion of its English translation. *The British Journal of Psychiatry*, 1993, 157, 902-909.
138. Vollrath M., Koch M., Angst J., Binge eating and weight concerns among young adults. Results from the Zurich cohort study. *Br J Psychiatry*, 160, 498-503, 1992.
139. Walters E.E., Kendler K.S.: Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am J of Psychiatry*, 152, 64-71, 1995.
140. Weber G., Sterlin H.: *In Liebe entzweit. Ein systemischer ansatz zum Verstandnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Rowohlt Verlag, Rienbek bei Hamburg 1991.
141. Weiss M.G.: Eating disorders and disordered eating in different cultures. *The Psychiatric Clinics of North America*. 1995, (18), 3.
142. Weller E., Weller R.: Trauma and the Development of Eating Disorders. *American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting. Day 4 - May 17, 2000*. W: [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
143. Wells J.E., Cooper P. J., Gabb D.C.: The factor structure of the Eating Attitude Test with adolescent girls. *Psychol Med*. 1985, 15, 141-146.
144. Whitaker A.H., Johnson J., Shaffer D., i wsp.: Uncommon troubles in young people. Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry*, 1990, 47, 487-496,
145. Wichstrøm L.: Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine*, 1995, 25, 567-579.
146. Willi J., Giacometti G., Limacher B.: Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry*, 1990, 147, 1514-1517.
147. Włodarczyk-Bisaga K., Dolan B.: A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*, 1996, 26, 1021-1032.
148. Włodarczyk-Bisaga K.: Ocena własności psychometrycznych EAT26 dla populacji dziewcząt nastoletnich. W: *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się*. Nieopublikowana rozprawa doktorska, Warszawa, 1992.
149. Włodarczyk-Bisaga K.: Transkulturowe aspekty zaburzeń odżywiania się. *Psychoterapia*, 1994, 2 (89), 3 - 16.
150. Wolraich M.L., Felice M.E., Drotar D. (red.): *The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), child and Adolescent Version*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village Ill 1996.
151. Wolska M.: Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: Józefik B. (red.): *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

152. Wolska M.: Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
153. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Three Volumes. WHO, Genewa 1994.
154. Wren B., Lask B.: Etiology. In: Lask B., Bryant-Waugh R. (eds): Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hove, Hillsdale 1993.
155. Yager J., Landsverk J., Edelstein C. K.: A 20 month follow-up study of 628 women with eating disorders. I. Course and severity. *American Journal of Psychiatry*, 1987, 14(44), 1172-1177.
156. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, et al: Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993, 150, 1472-1479.
157. Yates A.: Current Perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1989, 6, 813-829.
158. Żok-Jaroszewska U.: Kliniczne i psychologiczne aspekty anorexia nervosa. *Psychoterapia*, 1988, 3 (66), 7-16.

## 10 ANEKS

### 10.1 KWESTIONARIUSZE I ANKIETY

#### 10.1.1 OMÓWIENIE ZASTOSOWANYCH METOD KWESTIONARIUSZOWYCH

##### 10.1.1.1 KWESTIONARIUSZ ETAPU I

###### **Kwestionariusz Demograficzny oraz czynników ryzyka (KDI)**

Z uwagi na znaczenie przypisywane czynnikom demograficznym oraz różnorodnym czynnikom ryzyka w etiologii zaburzeń odżywiania się każda z badanych osób wypełniała Kwestionariusz demograficzny oraz czynników ryzyka. Zawarte w nim pytania odnosiły się do tych zagadnień, które w literaturze przedmiotu postrzegane są jako istotne w kontekście występowania zaburzeń odżywiania się, takich jak:

- miejsca zamieszkania, struktury zamieszkania, poczucia przynależności środowiskowej,
- danych demograficznych członków rodziny, stosunku rodziców do problematyki jedzenia i odżywiania się,
- obiektywnych wskaźników wagi, takich jak waga aktualna, najniższa i najwyższa przy obecnym wzroście, waga pożądana,
- subiektywnych wskaźników wagi, takich jak poczucie otyłości, stosunek do własnej wagi, typ stosowanej diety,
- obrazu własnego ciała, stosunku do posiadanej wagi i wagi wymarzonej,
- podleganiu presji środowiskowej (decyzje co do zakupów) oraz charakteru istotnych dla badanej osoby wartości oraz norm środowiskowych w tym względzie,
- świadomości posiadania problemów z odżywianiem się oraz przeżywania ich w kontekście identyfikacji pokoleniowej.

###### **Kwestionariusz postaw związanych z odżywianiem się (*Eating Attitude Test - EAT 26*)**

Stworzony przez D. Garnera oraz P. Garfinkela kwestionariusz do badania postaw i zachowań wobec odżywiania się chorych na jadłowstręt psychiczny (Garner, Garfinkel, 1979). Stosowane w badaniu narzędzie jest pochodząca z 1982 roku 26 pytaniami wersją pierwotnej 40 itemowej wersji kwestionariusza. Składa się on z pytań charakteryzujących się najwyższą trafnością wersji podstawowej (Garner, Garfinkel, 1982). Każde z pytań zaprezentowane jest sześciopunktowej skali wymuszonego wyboru. Każda odpowiedź podlega punktowej ocenie. Maksymalna ilość punktów, jaką uzyskać można w badaniu kwestionariuszem, wynosi 78.

EAT 26 używany jest w badaniach klinicznych oraz populacyjnych badaniach zaburzonego odżywiania się oraz zaburzeń odżywiania. Stanowi on również najpopularniejsze narzędzie przesiewowe w badaniach epidemiologicznych nad klinicznymi jednostkami zaburzeń odżywiania się. W literaturze przedmiotu spotkać można wiele doniesień co do trafności i rzetelności narzędzia pochodzących z badań trans-kulturowych wersji angielskiej, jak i badań prowadzonych w oparciu o inne wersje językowe. Standaryzacji narzędzia na populacji 747 uczennic klas pierwszych warszawskich liceów dokonała K. Włodarczyk – Bisaga (1992). Dowiodła ona użyteczności narzędzia w warunkach polskich jako kwestionariusza przesiewowego do oceny obecności objawów szerokiego spektrum zaburzonego odżywiania się. Tak jak w innych wersjach językowych umiarkowana wartość prawdopodobieństwa rozpoznania choroby powoduje jednak konieczność weryfikacji wyników w oparciu o wywiad

kliniczny. W niniejszym badaniu zdecydowano się na przyjęcie punktu odcięcia zaproponowanego przez D. Garnera i P. Garfinkela oraz autorkę polskiej wersji K. Włodarczyk-Bisagę na poziomie pomiędzy 19/20 punktów. Zapewnia on 100% czułość, przy 53,6% swoistości i PRC równym 18,6% (Włodarczyk-Bisaga, Dolan, 1996). Zgodę na użycie narzędzia uzyskano od autorki standaryzacji.

### **Kwestionariusz „Obrazu Siebie” D. Offera (The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents - OSIQ)**

Pierwsza wersja narzędzia powstała w 1962 roku jako wynik zainteresowania autora i jego współpracowników zagadnieniami normy i patologii psychicznej w okresie dojrzewania, obrazem adolescencji w różnych kręgach kulturowych oraz obrazem siebie adolescentów (Offer, i wsp., 1984). Za punkt wyjścia do stworzenia narzędzia przyjął autor zarówno psychodynamiczne podstawy rozumienia pojęcia obrazu siebie, jak i swoje wieloletnie obserwacje empiryczne. Obraz siebie traktowany być może jako wyraz głębszych struktur poznawczych oraz cech osobowości. W wyniku weryfikacji wersji początkowej w latach kolejnych opracowany został 130 pytańowy kwestionariusz opisujący obraz siebie adolescentów w 12 odrębnych wymiarach, takich jak:

- Skala 1. Kontrola emocjonalna (*Impulse Control*),
- Skala 2. Emocjonalny ton (*Emotional Tone*),
- Skala 3. Obraz własnego ciała (*Body and Self-Image*),
- Skala 4. Relacje społeczne (*Social Relationships*),
- Skala 5. Morale (*Morals*),
- Skala 6. Cele: wykształcenie i zawód (*Vocational and Educational Goals*),
- Skala 7. Ja seksualne (*Sexual Attitudes*),
- Skala 8. Ja rodzinne (*Family Attitudes*),
- Skala 9. Kontrola świata zewnętrznego (*Mastery of External World*),
- Skala 10. Psychopatologia (*Psychopathology*),
- Skala 11. Przystosowanie (*Superior Adjustment*),
- Skala 12. Idealizm (*Idealism*).

Każde z pytań zaprezentowane zostało w sześciopunktowej skali wymuszonego wyboru z przynależną punktową oceną. Wyniki prezentowane są w skali surowej lub standaryzowanej, osobnej dla każdej płci. Wysoki wynik w skali surowej oznacza gorszy obraz siebie, w standaryzowanej zaś zależność ta jest odwrócona. Analizowany może być profil każdego z adolescentów lub też profil zbiorczy.

Test używany był do badania procesu rozwoju młodzieży nieleczzonej, osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym zaburzeniami odżywiania się), somatycznymi, młodocianych przestępców (Offer, i wsp., 1984). W roku 1988 opublikowana została trans-kulturowa wersja narzędzia złożona z 99 pytań oraz 9 skal zaczerpniętych z wersji wcześniejszej o najwyższym współczynniku korelacji. Wersja ta użyta została do badań nad procesem adolescencji w kilkunastu krajach (Offer, i wsp., 1988). Autorką standaryzowanej wersji polskiej jest W. Badura – Madej wraz ze współpracownikami (Badura-Madej i wsp., 1986-90). Opracowane przez nią narzędzie stosowane było w Polsce zarówno w badaniach klinicznych jak i populacyjnych oraz badaniach trans-kulturowych (Badura-Madej, Bomba, Hagman i wsp., 1998; Badura-Madej, Ułasińska, 1986-90). Zgodę na użycie kwestionariusza uzyskano od autorki polskiej standaryzacji. W niniejszym badaniu posłużono się wynikami standaryzowanymi w skali zaproponowanej przez autora kwestionariusza pochodzącymi z uzyskanych w niniejszym badaniu danych empirycznych.

## 10.1.1.2 KWESTIONARIUSZ ETAPU II

### Kwestionariusz Demograficzny etapu II (KDII)

Stanowi on uzupełnienie danych zebranych w etapie pierwszym. Jest on wypełniany przez ankietera. W jego skład wchodziły pytania dotyczące:

- uzupełnienia danych dotyczących ojca i matki,
- korzystanie z pomocy lekarskiej oraz psychologicznej przez członków rodziny,
- korzystanie z pomocy lekarskiej i psychologicznej przez badanego.

### Kwestionariusz badający objawy zaburzeń odżywiania się (*Eating Disorders Examination - EDE*)

Kwestionariusz badający zaburzenia odżywiania się został zaprojektowany jako wystandaryzowane narzędzie do badania specyficznej psychopatologii zaburzeń odżywiania się (Cooper, Fairburn, 1987). Stosowany kwestionariusz jest polską wersją 12 edycji narzędzia. Jest ono przeznaczone do prowadzenia opartych o ustrukturyzowaną rozmowę z ankieterem badań zarówno klinicznych, jak i epidemiologicznych. Stanowi on również podstawę do postawienia diagnozy zaburzeń odżywiania się w oparciu o kryteria DSM-IV.

Kwestionariusz podzielony jest na cztery skale odpowiadające najważniejszym zdaniem autorów wymiarom patologii związanej z zaburzeniami odżywiania się (tabela poniżej).

Ryc. Skale EDE wraz z tworzącymi je pytaniami

Skala powstrzymywania się ( <i>Restraint</i> ) (RES)	Skala obaw związanych z odżywianiem się ( <i>Eating concern</i> ) (EATC)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Powstrzymywanie się</li><li>• Unikanie jedzenia</li><li>• Pusty żołądek</li><li>• Unikanie potraw</li><li>• Reguły</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zaabsorbowanie pokarmem, jedzeniem lub kaloriami</li><li>• Obawa przed utratą kontroli</li><li>• Jedzenie w towarzystwie</li><li>• Jedzenie w tajemnicy</li><li>• Poczucie winy</li></ul>
Skala obaw związanych z kształtem ciała ( <i>Shape concern</i> ) (SHAIC)	Skala obaw związanych z wagą ciała ( <i>Weight concern</i> ) (WEIC)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Płaski brzuch</li><li>• Znaczenie przypisywane kształtowi ciała (1 mies.)</li><li>• Zabsorbowanie kształtem lub wagą ciała</li><li>• Niezadowolony z kształtu ciała</li><li>• Obawa przed przybraniem na wadze (1 mies.)</li><li>• Przykrość związana z oglądaniem własnego ciała</li><li>• Unikanie eksponowania własnego ciała</li><li>• Poczucie bycia otyłym (1mies.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Znaczenie przypisywane wadze ciała (1 mies.)</li><li>• Reakcja na zalecone ważenie</li><li>• Zabsorbowanie kształtem lub wagą ciała</li><li>• Niezadowolony z wagi</li><li>• Pragnienie utraty wagi</li></ul>

Analiza odpowiedzi kwestionariusza dostarcza informacji na trzech poziomach opisu psychopatologii zaburzeń odżywiania się:

- punktacji w poszczególnych zagadnieniach,
- punktacji w poszczególnych skalach,
- punktacji globalnej.

Narzędzie stanowi jedno z najczęściej używanych ustrukturyzowanych kwestionariuszy diagnostycznych w badaniach klinicznych oraz populacyjnych. Zostało ono przetłumaczone niezależnie przez biegłe posługujących się językiem angielskim lekarza oraz psychologa zaznajomionych z tematyką zaburzeń odżywiania się. Na podstawie przekładów ustalono wersję ostateczną narzędzia. Zgodę na jego użycie uzyskano od autorów wersji oryginalnej.

### **Kwestionariusz presji kulturowej (KPK)**

Autorski kwestionariusz odnoszący się do tych zagadnień związanych z szeroko rozumianą kulturą, których znaczenie opisywane jest jako istotne w powstawaniu zaburzeń odżywiania się. Składa się on z listy 88 twierdzeń dotyczących bezpośrednio wypełniającego lub jego poglądów i przekonań. Zostały one ułożone w losowej kolejności. Zostały one sformułowane przez autora przy współpracy z dr n. hum. Barbarą Józefik na potrzeby niniejszego badania oraz badań populacji klinicznych. Poszczególne itemy odnoszą się do 6 obszarów uznawanych za istotne w kulturowym rozumieniu źródeł zaburzeń odżywiania się, takich jak:

- kulturowe znaczenie chudości,
- podatności na bodźce kulturowe,
- wzorce męskości i kobiecości,
- rywalizacja i kontrola,
- symboliczny charakter zaburzeń odżywiania się,
- kulturowe normy kontroli popęduwości.

Dla potrzeb ewentualnych badań trans-kulturowych narzędzie uzupełnione zostało o pytania mające w swym założeniu badać przynależne do naszej kultury przesady dotyczące norm i kanonów kulturowych związanych z męskością/kobiecością.

Zarówno pytania jak i likertowska skala odpowiedzi sformułowana została w taki sam sposób jak w kwestionariuszu obrazu siebie D. Offera.

## 10.1.2 KSIĄŻECZKI KWESTIONARIUSZOWE<sup>57</sup>

### 10.1.2.1 KWESTIONARIUSZ BADANIA PILOTAŻOWEGO

#### Postawy wobec jedzenia i odchudzania

Proszę o szczerze udzielenie odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania. Nie ma odpowiedzi dobrych lub złych więc spróbuj być jak najbardziej szczerą. Pierwsza część pytań dotyczy twoich ogólnych danych. W drugiej części znajdują się pytania dotyczące twoich postaw wobec jedzenia o odchudzania oraz samego badania. Przeczytaj uważnie poniższe pytania i zastanów się nad tym, co działo się z Tobą w przeciągu ostatniego czasu. Następnie zakreśl kwadrat w kolumnie, która jest najbliższa prawdzie, temu co czujesz. Prosimy, postaraj się odpowiedzieć na wszystkie pytania. Kwestionariusz jest anonimowy a jego wyniki użyte zostaną jedynie do potrzeb naukowych

#### I.

1. Ile masz lat
2. Czy mieszkasz

z rodzicami   
ze znajomymi   
w internacie   
w prywatnej kwaterze   
inna opcja(opisz jaka) .....

3. Data urodzenia .....
4. Ile masz wzrostu .....
5. Ile ważysz .....
6. Ile najwięcej dotychczas ważyłaś .....
7. Ile najmniej ważyłaś (przy obecnym wzroście) .....
8. Jeśli mogłabyś wybrać to ile chciałabyś ważyć .....
9. Czy w chwili obecnej uważasz się za osobę:

z dużą nadwagą   
nadwagą   
przeciętnej wadze   
z niedowagą   
z dużą niedowagą

10. Gdzie się urodziłaś

na wsi   
w małym mieście   
w mieście uniwersyteckim

11. Swoje pochodzenie społeczne określiłabyś jako:

chłopskie   
robotnicze   
inteligentkie

---

EAT26

---

#### Pytania dotyczące warunków przeprowadzenia testu nieanonimowego

Wyobraź sobie że, powyższa ankieta nie była by anonimowa. Miała byś podpisać ją imieniem i nazwiskiem. Część z badanych została by następnie zaproszona na indywidualną rozmowę dotyczącą w poszerzonej formie zawartych w niej pytań. Osoba zaproszona na rozmowę miała by zapewnioną całkowitą dyskrecję, z wyjątkiem sytuacji gdyby stwierdzone podczas badania objawy stanowiły poważne zagrożenie dla ich życia i zdrowia. Proszę odpowiedz na poniższe pytania. Odpowiedzi na nie będą dla nas niezwykle istotne i pozwolą nam jak najlepiej przygotować późniejsze właściwe badanie. W ten sposób staniesz się współautorem naszej pracy.

#### Czy w wypełnieniu ankiety takiej samej jak powyższa, ale podpisanej Twoim imieniem i nazwiskiem wzięłabyś udział

chętniej niż w nieanonimowym   
tak samo chętnie jak w anonimowym   
raczej mniej chętnie niż w anonimowym   
niechętnie   
nie wzięłabym udziału w takim badaniu

---

<sup>57</sup> Z uwagi na zastosowanie mniejszych czcionek układ graficzny prezentowanych kwestionariuszy nie odpowiada rzeczywistości.

**Czy zgodziłabyś się po wypełnieniu ankiety na udział w drugiej części badania, polegającej na rozmowie z badającym**

bardzo chętnie

chętnie

byłoby mi to obojętne

niechętnie

nie zgodziłabym się na taką rozmowę

**Jak zachowała byś się nie chcąc wziąć udziału w badaniu**

nie przyszła bym do szkoły

przyszła ale odmówiła wypełnienia testu

wypełniła ale w sposób nieszczerzy

**Na jakie pytania byłoby ci najtrudniej odpowiedzieć szczerze**

pytania dotyczące mojej wagi i wzrostu

pytania dotyczące samopoczucia

pytania dotyczące stosunku do jedzenia

pytania dotyczące odchudzania

pytania dotyczące wymiotowania

pytania dotyczące objadania się

Inne .....

**Co zareagowała byś na zaproszenie na rozmowę z badającym**

zainteresowaniem

obojętnością

niechęcią

**Czy w czasie rozmowy z badającym byłabyś**

całkiem szczerą

raczej szczerą

nie wiem jak bym się zachowała

raczej nieszczerą

nieszczerą

**Myślisz, że Twoi rodzice wypytywali by cię o odpowiedzi jakich udzieliłaś w ankiecie**

tak

raczej tak

nie wiem

raczej nie

nie

**Czy chciałabyś aby Twoi rodzice wiedzieli, iż zostałaś zaproszona na rozmowę z badającym**

tak

raczej tak

nie wiem

raczej nie

nie

**Czy myślisz, że twoich rodziców mogłaby zaniepokoić informacja, iż zostałaś zaproszona na rozmowę z badającym**

tak

raczej tak

nie wiem

raczej nie

nie

**Jak myślisz, gdzie najlepiej byłoby przeprowadzić taką rozmowę**

W Klinice psychiatrii

W szkole podczas lekcji

W szkole po lekcjach

**Jaka forma zaproszenia na badanie była by najlepsza**

przekazanie zaproszenia przez wychowawcę

telefon do domu

list do domu

wywołanie z lekcji na rozmowę

list do szkoły

telefon do szkoły

### 10.1.2.2 KWESTIONARIUSZ ETAPU I – WERSJA DLA DZIEWCZĄT

Uniwersytet Jagielloński  
 Collegium Medicum  
 Klinika Psychiatrii Dzieci i  
 Młodzieży  
 ul. Kopernika 21b, Kraków  
 tel.: 4215959, 4215277



Zwracamy się do Was z uprzejmą prośbą o udział w badaniu naukowym. Jego celem jest poszerzenie wiedzy klinicznej na tematy związane z jedzeniem i odżywianiem się. Badanie składa się z dwóch etapów. W pierwszym poproszeni zostaniecie o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Część z osób zaproszona zostanie następnie na rozmowę poszerzającą zagadnienia z części testowej. Rozmowa ta odbędzie się w wybranym przez Was miejscu.

Plan niniejszego badania uzyskał akceptację zarówno Komisji Etycznej Rektora Collegium Medicum UJ, jak i Komitetu Badań Naukowych.

Bardzo prosimy o udział w badaniu oraz o szczerą i rzetelną odpowiedź. Wyniki niniejszego badania mogą nam pomóc w leczeniu Waszych, mających różnorakie problemy, rówieśników. Choć badanie nie jest anonimowe, to gwarantujemy Wam pełną tajność danych oraz dyskrecję. Badanie prowadzone jest przez zobowiązanych do zachowania tajemnicy zawodowej lekarzy i psychologów.

W niniejszej książeczce zawarte są ponumerowane pytania. Odpowiedzi prosimy zakreślać w karcie odpowiedzi.

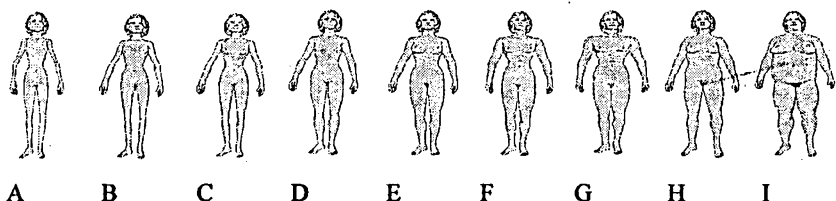
Z wyrazami szacunku.

prof. dr hab. Maria Orwid

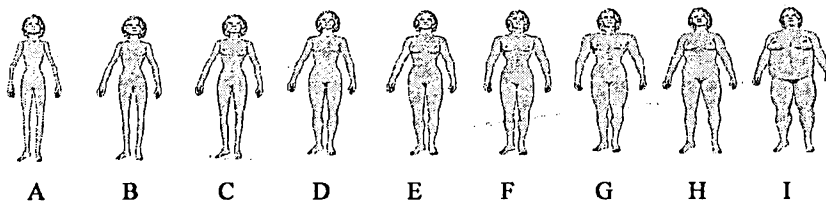
lek. med. Maciej Pilecki

1. Twój obecny wzrost w centymetrach (jeśli nie jesteś pewna z dokładnością do 5 cm ile on wynosi - wpisz 000).
2. Twoja obecna waga w kilogramach (jeśli nie jesteś pewna z dokładnością do 5 kilogramów ile ona wynosi - wpisz 000).
3. Najwyższa dotychczasowa waga kiedykolwiek w kilogramach (jeśli nie jesteś pewna z dokładnością do 5 kilogramów ile ona wyniosła - wpisz 000).
4. Najniższa dotychczasowa waga w kilogramach w okresie ostatnich 3 miesięcy (jeśli nie jesteś pewna z dokładnością do 5 kilogramów ile ona wyniosła - wpisz 000).
5. Waga jaką chciałabyś mieć w kilogramach (jeśli nie masz zdania - wpisz 000).
6. Czy w chwili obecnej uważasz, że ważysz:
  - A. zdecydowanie za dużo,
  - B. raczej za dużo,
  - C. tyle ile trzeba,
  - D. raczej za mało,
  - E. zdecydowanie za mało.
7. Czy obecnie:
  - A. nie przejmujesz się zbytnio tym ile ważysz,
  - B. starasz się nie dopuścić do przytycia lub schudnięcia,
  - C. starasz się schudnąć,
  - D. starasz się przytyć,
  - E. masz zmienny stosunek do tego ile ważysz.
8. Czy obecnie stosujesz:
  - A. dietę wynikającą z zaleceń lekarza, przepisaną z uwagi na twój stan zdrowia,
  - B. redukcijną dietę odchudzającą, podjętą z twojej własnej inicjatywy,
  - C. dietę wegetariańską lub wegańską,
  - E. dietę wysokokaloryczną lub wysokobiałkową, związaną z uprawianym sportem lub ćwiczeniami fizycznymi,
  - F. dietę opartą o zasady „zdrowego odżywiania się”, nie mającą jednak na celu odchudzenia się.
  - G. nie stosujesz żadnej diety.

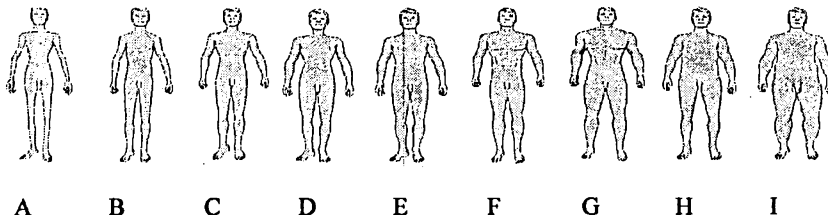
9. Wskaż figurę, która jest twoim zdaniem najbardziej podobna do twojej własnej:



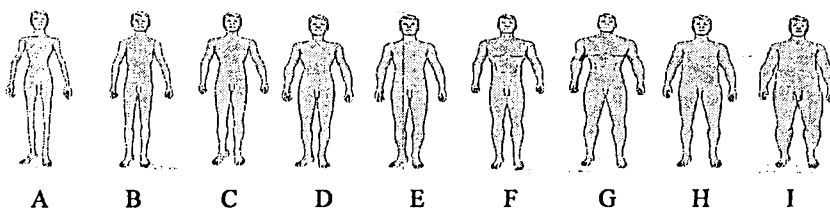
10. Wskaż figurę, która twoim zdaniem najbardziej podobna by się w twoim środowisku:



9A. Wskaż figurę, która jest twoim zdaniem najbardziej podobna do twojej własnej<sup>58</sup>:



10A. Wskaż figurę, która twoim zdaniem najbardziej podobała by się w twoim środowisku:



11. Twoje miejsce zamieszkania na stałe:

- A. Kraków,
- C. miasto lub miasteczko w okolicach Krakowa,
- D. wieś w okolicach Krakowa,
- E. żadne z powyższych.

12. Czy obecnie:

- A. mieszkasz w swoim zwykłym miejscu zamieszkania,
- B. mieszkasz w internacie lub na stacji w Krakowie

13. Zaznacz wszystkie osoby, z którymi zamieszkujesz na stałe:

- A. ojciec,
- B. matka,
- C. babcia ze strony ojca,
- D. dziadek ze strony ojca,
- E. babcia ze strony matki,
- F. dziadek ze strony matki,
- G. rodzeństwo,
- H. inne osoby lub możliwość (zaznacz i dopisz w miejscu wyszczególnionym pod kolumną).

14. Wykształcenie twojego ojca:

- A. podstawowe,
- B. zawodowe,
- C. średnie ogólne,
- D. średnie techniczne,
- E. półwyższe lub niepełne wyższe,
- F. wyższe.

15. Czy twój ojciec obecnie:

- A. pracuje zawodowo,
- B. jest na rencie,
- C. jest na emeryturze,
- D. pozostaje na bezrobociu lub nie pracuje z innych powodów.

<sup>58</sup> 9A i 10A – pochodzą z wersji dla chłopców.

16. Wykształcenie twojej matki:

- A. podstawowe,
- B. zawodowe,
- C. średnie ogólne,
- D. średnie techniczne,
- E. półwyższe lub niepełne wyższe,
- F. wyższe.

17. Czy twoja matka obecnie:

- A. pracuje zawodowo,
- B. jest na rencie,
- C. jest na emeryturze,
- D. pozostaje na bezrobociu lub nie pracuje z innych powodów.

18. Podaj przybliżony wiek twojego ojca:

- A. do 35 lat,
- B. od 36 do 40 lat,
- C. od 41 do 45 lat,
- D. od 46 do 50 lat,
- E. powyżej 51 lat.

19. Czy uważasz swojego ojca za osobę:

- A. ważącą zdecydowanie za dużo,
- B. ważącą za dużo,
- C. o właściwej wadze,
- D. ważącą za mało,
- E. ważącą zdecydowanie za mało.

20. Czy obecnie twój ojciec:

- A. nie przejmuje się zbyt tym ile waży,
- B. stara się nie dopuścić do przytycia lub schudnięcia,
- C. stara się schudnąć,
- D. stara się przytyć,
- E. ma zmienny stosunek do tego ile waży.

21. Podaj przybliżony wiek twojej matki:

- A. do 35 lat,
- B. od 36 do 40 lat,
- C. od 41 do 45 lat,
- D. od 46 do 50 lat,
- E. powyżej 51 lat.

22. Czy uważasz swoją matkę za osobę:

- A. ważącą zdecydowanie za dużo,
- B. ważącą za dużo,
- C. o właściwej wadze,
- D. ważącą za mało,
- E. ważącą zdecydowanie za mało.

23. Czy obecnie twoja matka:

- A. nie przejmuje się zbyt tym ile waży,
- B. stara się nie dopuścić do przytycia lub schudnięcia,
- C. stara się schudnąć,
- D. stara się przytyć,
- E. ma zmienny stosunek do tego ile waży.

24. Czy uważasz swoją rodzinę za:

- A. bardzo zamożną,
- B. dość zamożną,
- C. o przeciętnym statusie materialnym,
- D. niezamożną,
- E. bardzo niezamożną.

25. Jak określiłabyś przynależność społeczną i towarzyską swojej rodziny (w razie wątpliwości można zaznaczyć dwie odpowiedzi):

- A. robotnicza,

- B. rolnicza,
- C. inteligencka,
- D. związana z działalnością gospodarczą, prywatną inicjatywą,
- E. rzemieślnicza.

26. Czy z uwagi na oceny jesteś uczennicą:

- A. złą,
- B. mniej niż przeciętną,
- C. przeciętną,
- D. jedną z lepszych w klasie,
- E. jedną z najlepszych w klasie.

27. Czy w swoich decyzjach dotyczących zakupów polegasz na (zaznacz od jednej do trzech odpowiedzi):

- A. opinii bliskich i znajomych,
- B. swoim guście,
- C. opinii czy guście znanych modelek, prezenterów telewizyjnych, gwiazd filmowych, czy znanych sportowców,
- D. reklamach,
- E. aktualnej modzie,
- F. tradycji i przyzwyczajeniach.

28. Które z poniższych cech cieszą się największym twoim uznaniem (zaznacz od jednej do trzech odpowiedzi):

- A. dobre oceny, wiedza,
- B. walory duchowe, wierność dla norm i zasad,
- C. modny styl ubioru,
- D. zgrabna sylwetka<sup>59</sup>,
- E. uroda,
- F. życzliwość i koleżeństwo,
- G. sprawność fizyczna.

29. Które z poniższych cech cieszą się największym uznaniem w twoim środowisku (zaznacz od jednej do trzech odpowiedzi):

- A. dobre oceny, wiedza,
- B. walory duchowe, wierność dla norm i zasad,
- C. modny styl ubioru,
- D. zgrabna sylwetka<sup>60</sup>,
- E. uroda,
- F. życzliwość i koleżeństwo,
- G. sprawność fizyczna.

30. Niektórzy uważają, że obecnie coraz więcej ludzi w twoim wieku ma problemy, związane z anoreksją psychiczną i bulimią psychiczną. Co sądzisz na ten temat:

- A. nie zgadzam z tą opinią,
- B. nie mam zdania na ten temat, bo nie wiem co określenia te oznaczają,
- C. nie mam zdania na ten temat, choć wiem co określenia te znaczą,
- D. zgadzam się, uważam jednak, iż stanowią one problem jednostek,
- E. zgadzam się i uważam, iż stanowią problem mojego pokolenia.

31. Czy uważasz, że problem zaburzeń takich jak anoreksja lub bulimia (jeśli terminy te nic ci nie mówią opuść to pytanie):

- A. zupełnie mnie nie dotyczy i myślę, że nigdy nie będzie dotyczył,
- B. nie dotyczy mnie, choć nie wykluczam, iż kiedyś może mnie dotyczyć,
- C. nie dotyczy mnie, choć obawiam się, iż może kiedyś mnie dotyczyć,
- D. obecnie dotyczy mnie,
- E. kiedyś mnie dotyczył.

---

Przeczytaj uważnie każde z następujących stwierdzeń i zastanów się nad tym, co działo się z Tobą w przeciągu ostatniego czasu. Następnie na karcie odpowiedzi zakreśl kwadrat określenia, które jest najbliższe temu co czujesz. Prosimy, odpowiedz na wszystkie zawarte w arkuszu stwierdzenia. Litery odpowiadają kategoriom:

Zawsze B. Bardzo często C. Często D. Czasem E. Rzadko F. Nigdy

1. Przeraża mnie myśl o nadwadze.
  2. Staram się nie jeść, gdy jestem głodna.
- 

<sup>59</sup> Dla chłopców: umięśniona sylwetka

<sup>60</sup> Dla chłopców umięśniona sylwetka

3. Myślę ciągle o jedzeniu.
4. Zdarzało mi się jeść nieprzerwanie, czując, że nie mogę się powstrzymać.
5. Dzieleń jedzenie na małe kawałki.
6. Znam dobrze ilość kalorii zawartą w produktach, które spożywam.
7. Szczególnie unikam pożywienia z dużą zawartością węglowodanów.
8. Czuję, że inni woleliby bym jadła więcej.
9. Wymiotuję po posiłkach.
10. Czuję się winna po jedzeniu.
11. Myślę ciągle o tym by być szczuplejsza.
12. Gdy gimnastykuję się myślę o tym, że spalę kalorie.
13. Inni myślą, że jestem zbyt szczupła.
14. Myślę o tym, że jestem zbyt gruba.
15. Jem posiłki dłużej niż inni.
16. Unikam produktów, które zawierają cukier.
17. Jem niskokaloryczne produkty.
18. Czuję, że jedzenie kontroluje moje życie.
19. Wykazuję dyscyplinę w stosunku do jedzenia.
20. Czuję, że inni wywierają presję, bym jadła.
21. Zbyt dużo czasu i myśli poświęcam jedzeniu.
22. Czuję się nieswojo po zjedzeniu słodczy.
23. Jestem na diecie odchudzającej.
24. Lubię mieć pusty żołądek.
25. Lubię próbować nieznanne mi wysokokaloryczne potrawy.
26. Mam ochotę wymiotować po posiłkach.

A. Zawsze B. Bardzo często C. Często D. Czasem E. Rzadko F. Nigdy

Przeczytaj uważnie każde z następujących stwierdzeń. Następnie na karcie odpowiedzi zakreśl kwadrat przy tej literze, która wskazuje jak trafnie stwierdzenie to opisuje Ciebie lub jak bardzo się z nim zgadzasz. Prosimy, odpowiedz na wszystkie zawarte w arkuszu stwierdzenia. Literę odpowiadają kategoriom:

A. Bardzo dobrze mnie określa, B. Dobrze mnie określa, C. Dostyc dobrze mnie określa, D. Nie całkiem się do mnie odnosi, E. Właściwie nie odnosi się do mnie, F. Zupełnie się do mnie nie odnosi

1. Mam w sobie wiele żalu i zawiści.
2. Gdy jestem wśród ludzi obawiam się, że ktoś będzie ze mnie żartować.
3. Na ogół jestem zdania, że świat jest bardzo ciekawym miejscem do życia.
4. Myślę, że moi rodzice będą ze mnie w przyszłości dumni.
5. Nie byłabym w stanie kogoś zranić tylko dla „zabawy”.
6. Jestem zadowolona ze zmian, jakie nastąpiły ostatnio w moim ciele.
7. Zamierzam poświęcić moje życie pomaganiu innym.
8. Łatwo „tracę głowę”.
9. Moi rodzice prawie zawsze stają po stronie kogoś innego np. mojego brata lub siostry.
10. Chłopcy uważają mnie za nudziarę.
11. Gdyby mnie oddzielono od wszystkich znanych mi ludzi, czuję, że nie dałabym sobie rady.
12. Przeważnie jestem napięta.
13. Zwykle czuję się „nie na miejscu”, będąc na prywatce czy na przyjęciu.
14. Wydaje mi się, że praca to dla mnie zbyt duża odpowiedzialność.
15. Moi rodzice będą mną w przyszłości rozczarowani.
16. Nastolatkom bardzo trudno jest we właściwy sposób pokierować sprawami seksualnymi.
17. Czasem mam napady płaczu lub śmiechu, nad którymi nie potrafię zapanować.
18. Zamierzam poświęcić swoje życie zdobyciu możliwie największej ilości pieniędzy.
19. Gdybym się naprawdę postarała, potrafiłabym się prawie wszystkiego nauczyć.
20. Tylko głupcy pracują.
21. Bardzo często czuję, że mój ojciec jest „do niczego”.
22. Prawie stale jestem zmieszana.
23. Czuję się gorsza od większości ludzi, których znam.
24. Nie jestem w stanie zrozumieć swoich rodziców.
25. Nie lubię spędzać czasu na porządkowaniu swoich spraw i próbach ich zrozumienia.
26. Prawie zawsze mogę liczyć na rodziców.
27. Martwiłam się swoim zdrowiem w ciągu ostatniego roku.
28. Świńskie kawały są czasem śmieszne.
29. Często robię sobie wyrzuty, nawet jeżeli nie zawiniłam.

30. Nie cofnęłabym się przed niczym, gdybym miała poczucie, że wyrządzono mi krzywdę.
31. Moje narządy płciowe są normalne.
32. Przeważnie czuję się szczęśliwa.
33. Zamierzam poświęcić się czynieniu świata miejscem, gdzie żyłoby się lepiej.
34. Potrafię przyjmować uwagi krytyczne bez urazy.
35. To, nad czym pracuję, wychodzi mi nie gorzej niż koleżankom.
36. Czasem tak się za siebie wstydzę, że skryłabym się w kącie i płakała.
37. Jestem pewna, że będę dumna ze swego przyszłego zawodu.
38. Łatwo zranić moje uczucia.
39. Kiedy kogoś z moich przyjaciół spotka tragedia, smucę się także.
40. Winię innych, nawet jeżeli wiem, że też ponoszę winę.
41. Kiedy czegoś pragnę, siedzę biernie i marzę, by to mieć.
42. Jestem zadowolona z tego, jak widzę siebie w przyszłości.
43. Należę do najlepszych uczennic w szkole.
44. W normalnych okolicznościach czuję się odprężona.
45. Przeważnie czuję się uczuciowo pusta.
46. Wolałabym próżnować niż pracować.
47. Pomogłabym komuś, kto ma kłopoty, nawet gdyby to było niebezpieczne.
48. Prawdopodobnie nic dla mnie nie znaczy.
49. Nasze społeczeństwo jest oparte na rywalizacji i nie boję się tego.
50. Staję się gwałtowna, jeżeli nie mogę postawić na swoim.
51. Moi rodzice zazwyczaj dobrze ze sobą żyją.
52. Myślę, że inni ludzie po prostu mnie nie lubią.
53. Jest mi bardzo trudno nawiązywać nowe przyjaźnie.
54. Jestem pełna obaw.
55. Kiedy rodzice są dla mnie surowi, czuję, że mają rację, nawet jeżeli mnie to złości.
56. Bliska współpraca z inną dziewczyną nigdy nie sprawia mi przyjemności.
57. Jestem dumna ze swojego ciała.
58. Czasem zastanawiam się, jaką pracę będę wykonywała w przyszłości.
59. Nawet w trudnej sytuacji potrafię zachować spokój.
60. Kiedy jako dorosła założę rodzinę, będzie ona pryncypalnie pod kilkoma względami podobna do mojej własnej.
61. Często mam uczucie, że wolałabym umrzeć niż żyć dalej.
62. Nawiązywanie przyjaźni jest dla mnie trudne w najwyższym stopniu.
63. Wolałabym być utrzymywana przez resztę życia niż pracować.
64. Mam poczucie, że współuczestniczę w podejmowaniu decyzji w mojej rodzinie.
65. Nie przeszkadza mi, gdy ktoś zwraca mi uwagę, ponieważ mogę się dzięki temu nauczyć.
66. Czuję się bardzo samotna.
67. Nie przejmuję się tym, jak moje postępowanie wpływa na innych, jeżeli mnie przynosi korzyść.
68. Cieszę się życiem.
69. Zwykle jestem zrównoważona.
70. Dobrze wykonana praca sprawia mi przyjemność.
71. Rodzice są na ogół cierpliwi wobec mnie.
72. Coś każe mi naśladować ludzi, których lubię.
73. Bardzo często rodzice nie rozumieją kogoś innego, dlatego, że sami mieli trudne dzieciństwo.
74. Według mnie dobre współzawodnictwo sportowe w szkole jest równie ważne jak wygrana.
75. Wolę być sama niż w towarzystwie rówieśników.
76. Gdy zdecyduję się na coś, robię to.
77. Myślę, że podobam się chłopcom.
78. Ludzie nie po to są dla mnie mili, by mnie wykorzystać.
79. Czuję, że mogę się od innych mnóstwo nauczyć.
80. Nie chodzę na filmy i przedstawienia, w których jest przewaga scen seksualnych.
81. Ciagle się czegoś obawiam.
82. Bardzo często myślę, że wcale nie jestem taka, jaka chciałabym być.
83. Lubię pomagać przyjaciołom, kiedy tylko mogę.
84. Kiedy wiem, że będę musiała stawiać czoło nowej sytuacji, staram się o niej dowiedzieć jak najwięcej.
85. Na ogół mam uczucie, że przeszkadzam w domu.
86. Jest mi okropnie przykro, gdy inni mnie nie aprobują.
87. Jedno z moich rodziców lubię znacznie bardziej.
88. Dobrze się czuję w towarzystwie innych ludzi.
89. Gdy mi się coś nie uda, staram się wymyślić, co mogę zrobić, by uniknąć ponownego niepowodzenia.
90. Często czuję się brzydka i nieatrakcyjna.
91. W seksie jestem bardzo „do tyłu”.
92. Jeżeli ufasz innym, sam szukasz kłopotów.
93. Pomimo, że jestem stale zajęta, mam poczucie, że nie nadążam.
94. Kiedy inni na mnie patrzą, z pewnością myślą, że jestem słabo rozwinięta.
95. Moi rodzice wstydzą się mnie.
96. Jestem przekonana, że potrafię odróżnić rzeczywistość od fantazji.



**Badanie zaburzeń odżywiania się (BZO)  
(12. OD)**

**Schemat wywiadu**

**WPROWADZENIE**

[Po poinformowaniu osoby badanej jaki okres czasu będzie przedmiotem oceny, najlepiej jest rozpocząć wywiad zadając szereg wstępnych pytań w celu uzyskania ogólnej orientacji w jej nawykach odżywiania się. Poniżej podajemy przykłady odpowiednich pytań]

**Na początku chciałbym/ałabym się ogólnie zorientować w Twoich nawykach odżywiania się w ciągu ostatnich 4 tygodni.**

- Czy Twoje nawyki odżywiania się zmieniały się znacznie z dnia na dzień?**
- Czy dni robocze różniły się pod tym względem od weekendów?**
- Czy zdarzyły się jakieś dni, w których nie zjadłeś/aś niczego?**

**A w ciągu poprzednich dwóch miesięcy?**

**MODEL ODŻYWIANIA SIĘ**

**\* Chciałbym się dowiedzieć o Twój model odżywiania się. Które z poniżej wymienionych posiłków lub przekąsek, jadłeś/aś regularnie w ciągu ostatnich 4 tygodni?**

- śniadanie (posiłek spożywany wkrótce po przebudzeniu)
- drugie śniadanie
- obiad
- podwieczorek
- kolacja
- przekąska po kolacji
- przekąska w nocy (tj. przekąska po przebudzeniu się w nocy)

[Oceń oddzielnie każdy z posiłków, zazwyczaj akceptując klasyfikację przyjętą przez badanego (w ramach powyższych wskazówek). Oddzielnie zapytaj o dni robocze i dni wolne od pracy. Posiłki lub przekąski oceń, nawet jeśli prowadzą do epizodów objadania się. „Brunch” powinien być zaklasyfikowany jako obiad. W tej skali jeśli jest trudno wybrać między dwoma punktami - oceń wyżej (daj wyższą punktację) Wpisz cyfrę 8 jeśli jakieś posiłki czy przekąski trudno jest zaklasyfikować (np. z powodu pracy zmianowej).]

- 0 - Dany posiłek lub przekąska nie są spożywane
- 1 -
- 2 - Posiłek lub przekąska są spożywane rzadziej niż w połowie dni
- 3 -
- 4 - Posiłek lub przekąska są spożywane częściej niż w połowie dni
- 5 -
- 6 - Posiłek lub przekąska są spożywane codziennie

**POWSTRZYMYWANIE SIĘ OD JEDZENIA**  
[Skala powstrzymywania się]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni próbowałeś/aś świadomie ograniczyć to, co jesz, odnosząc sukces bądź nie?**

**Czy miało to wpłynąć na kształt lub wagę ciała?**

[Podsumuj liczbę dni, w których badany/a próbował/a *świadomie ograniczyć* ilość przyjmowanego pokarmu, odnosząc sukces bądź nie. Intencją ograniczeń powinno być wpłynięcie na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała (body composition), chociaż nie musiał to być jedyny ani główny powód. Ograniczenia te powinny stanowić planowane próby powstrzymywania się, nie zaś spontaniczne jak na przykład decyzja nie skorzystania z dokładki.]



- 0 - Brak prób powstrzymywania się
- 1 -
- 2 - Próbował/a powstrzymać się rzadziej niż w połowie dni
- 3 -
- 4 - Próbował/a powstrzymać się częściej niż w połowie dni
- 5 -
- 6 - Codziennie próbował/a powstrzymać się

#### UNIKANIE JEDZENIA

[Skala powstrzymywania się]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni zdarzało się, że nie zjadłeś/aś niczego przez 8 lub więcej godzin czuwania?**

**Czy miało to wpłynąć na kształt lub wagę ciała?**

[Podsumuj liczbę dni w których zdarzyły się okresy co najmniej 8 godzinnego niejedzenia, nie licząc godzin snu (zupy i jogurty uznaj za pokarm, natomiast płyny zasadniczo nie). Pomocne może być zaznaczenie okresu czasu (np. od 9.00 do 17.00). Abstynencja od pokarmów musi być przynajmniej częściowo *dobrowolna*, a nie wynikać tylko z przymusu lub okoliczności. Jej intencją powinno być wpłynięcie na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała, chociaż nie musiał to być jedyny ani główny powód.]

- 0 - Nie było takich dni
- 1 -
- 2 - Unikanie rzadziej niż połowie dni
- 3 -
- 4 - Unikanie częściej niż połowie dni
- 5 -
- 6 - Codzienne unikanie

#### PUSTY ŻOŁĄDEK

[Skala powstrzymywania się]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni zdarzyło się, że chciałeś/aś mieć pusty żołądek?**

**Czy miało to wpłynąć na kształt lub wagę ciała?**

[Ustal liczbę dni w których badana/y *wyraźnie chciał* mieć zupełnie pusty żołądek z powodów związanych z dietą, kształtem lub wagą ciała. *Nie należy tego mylić z pragnieniem poczucia lekkości w żołądku, lub posiadania płaskiego brzucha.*]

- 0 - Brak wyraźnej chęci, żeby mieć pusty żołądek
- 1 -
- 2 - Wyraźna chęć, żeby mieć pusty żołądek wystąpiła rzadziej niż w połowie dni
- 3 -
- 4 - Wyraźna chęć, żeby mieć pusty żołądek wystąpiła częściej niż w połowie dni
- 5 -
- 6 - Wyraźna chęć, żeby mieć pusty żołądek wystąpiła codziennie

#### UNIKANIE OKREŚLONYCH POTRAW

[Skala powstrzymywania się]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni próbowałeś/aś uniknąć jedzenia jakich potraw które lubisz, skutecznie bądź nie?**

**Czy miało to wpłynąć na kształt lub wagę ciała?**

[Ustal liczbę dni, w których badany/a aktywnie *próbował/a* uniknąć jedzenia określonych potraw (które lubi), skutecznie lub nie. Celem powinno być *całkowite unikanie danych potraw*, a nie jedynie ograniczenie ich konsumpcji. Napoje nie liczą się jako potrawy. Intencją ograniczeń powinno być wpłynięcie na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała, chociaż nie musiał to być jedyny ani główny powód.]

- 0 - Brak prób unikania pokarmów
- 1 -
- 2 - Próby unikania pokarmów podejmowane rzadziej niż w połowie dni
- 3 -
- 4 - Próby unikania pokarmów podejmowane częściej niż w połowie dni
- 5 -

6 - Próby unikania pokarmów podejmowane codziennie  
REGUŁY DIETETYCZNE  
[Skala powstrzymywania się]



\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni próbowałeś/aś przestrzegać jakiś określonych reguł dotyczących odżywiania się, w rodzaju limitu kalorii, z góry określonych ilości jedzenia, czy reguł na temat tego co lub kiedy powinieneś/aś jeść?

\* Czy zdarzyło Ci się mieć poczucie, że złamałeś/aś jakąś regułę dietetyczną którą dla siebie ustaliłeś/aś?

Jakie miałaś/aś odczucia w związku z ich złamaniem? Jakbyś się czuł/a gdybyś złamał/a jedną ze swoich reguł dietetycznych?

Jakie to są reguły? Dlaczego próbowałeś/aś ich przestrzegać? Czy zostały zaplanowane, aby wpłynąć na kształt lub wagę ciała?

Czy były to określone reguły czy ogólne zasady? Na przykład, określona reguła to: „Nie wolno mi jeść jajek” lub „Nie wolno mi jeść ciastek”, natomiast ogólna zasada mogłaby brzmieć „Powinnam/ienem jeść zdrową żywność”.

[Uznaj istnienie reguł dietetycznych jeśli badany/a próbowała przestrzegać „określonych” (tj. specyficznych) reguł dietetycznych dotyczących przyjmowania pokarmu. Reguły te powinny być przyjęte dobrowolnie, choć pierwotnie mogły być przez kogoś zalecone. Powinny dotyczyć tego co lub kiedy badany/a powinna/ien jeść. Mogą obejmować limit kalorii (np. poniżej 1200kcal), zasadę nie jedzenia niczego przed określoną porą, nie jedzenia określonych rodzajów pokarmu, lub nie jedzenia w ogóle. Powinny to być specyficzne reguły, a nie ogólne wskazówki, a ich złamanie może się wiązać ze stresem. Jeśli badany/a ma poczucie, że od czasu do czasu złamał jakąś osobistą regułę dietetyczną, to sugeruje to istnienie jakiejś określonej reguły lub reguł. W takich przypadkach badający powinien szczegółowo dopytać o to przekroczenie w celu zidentyfikowania leżącej u jego podstaw reguły. Intencją tych reguł powinno być wpłynięcie na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała, chociaż nie musiał to być jedyny ani główny powód. Należy zaznaczyć, że stwierdzamy istnienie „reguł dietetycznych” jeśli pojawiły się wyraźne próby przestrzegania określonych reguł dietetycznych.

Zaznacz 0 jeśli nie można stwierdzić stosowania żadnej reguły dietetycznej. Jeśli reguł było więcej niż jedna, i obejmowały one różne okresy czasu na przestrzeni ostatnich 4 tygodni, to okresy te sumujemy w celu wystawienia oceny

0 - Nie próbował/a przestrzegać takich reguł

1 -

2 - Próbował/a przestrzegać takich reguł w ciągu mniej niż połowy dni

3 -

4 - Próbował/a przestrzegać takich reguł w ciągu więcej niż połowy dni

5 -

6 - Codziennie próbował/a przestrzegać takich reguł



ZAABSORBOWANIE POKARMEM, JEDZENIEM LUB KALORIAMI  
[Skala niepokoju związanego z jedzeniem]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni spędziłeś/aś wiele czasu pomiędzy posiłkami myśląc o pokarmach, jedzeniu lub kaloriach?

\* Czy myślenie o pokarmach, jedzeniu lub kaloriach przeszkadzało Ci w koncentracji? Czy utrudniało koncentrowanie się na rzeczach które Cię interesują, np. na czytaniu, oglądaniu telewizji czy uczestniczeniu w rozmowie?

[Upośledzenie koncentracji należy stwierdzić, jeśli pojawiły się natrętne myśli na temat pokarmów, jedzenia lub kalorii, które przeszkadzały w różnych czynnościach. Ustal liczbę dni, w których się to zdarzyło, niezależnie od tego, czy pojawiły się epizody bulimiczne.]

0 - Nie pojawiło się upośledzenie koncentracji

1 -

2 - Upośledzenie koncentracji pojawiło się rzadziej niż w połowie dni

3 -

4 - Upośledzenie koncentracji pojawiło się częściej niż w połowie dni

5 -

6 - Upośledzenie koncentracji pojawiło się codziennie



OBAWA PRZED UTRATĄ KONTROLI NAD JEDZENIEM  
[Skala niepokoju związanego z jedzeniem]

\* Czy w ciągu 4 ostatnich tygodni obawiałeś/aś się utraty kontroli nad jedzeniem?



[Ustal liczbę dni w których pojawiła się *wyraźna obawa*, niezależnie od tego czy badany czuje, że udało mu się utrzymać kontrolę, czy też nie. „*Utrata kontroli*” obejmuje poczucie, że nie będzie się w stanie oprzeć jedzeniu lub przestać jeść. Jeśli badany/a nie potrafi odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ już utracił/a kontrolę, zaznaczamy 9.]

- 0 - Nie ma obawy utraty kontroli
  - 1 -
  - 2 - Obawa utraty kontroli obecna rzadziej niż w połowie dni
  - 3 -
  - 4 - Obawa utraty kontroli obecna częściej niż w połowie dni
  - 5 -
  - 6 - Obawa utraty kontroli obecna codziennie
- EPIZODY BULIMICZNE I INNE EPIZODY OBJADANIA SIĘ  
[Pozycja diagnostyczna]



#### WSKAZÓWKI DLA PRZEPROWADZAJĄCYCH WYWIAD

[Odróżnia się cztery formy epizodów „objadania się” Rozróżnienia między nimi są oparte na obecności lub braku dwóch cech:

**Utrata kontroli** (wymagana w obu typach „epizodów bulimicznych”)

**Konsumpcja jedzenia w ilościach powszechnie uznanych za „duże”** (wymagane dla „obiektywnych epizodów bulimicznych” i „obiektywnego objadania się”)

Schemat klasyfikacyjny został przedstawiony na rys. 15.1, a poniżej zdefiniowano zasadnicze pojęcia.

Przeprowadzający wywiad powinien spytać o każdą formę objadania się. Należy podkreślić, że *wymienione formy objadania się nie wykluczają się wzajemnie*: w ciągu poprzedniego miesiąca u badanego mogło wystąpić kilka różnych form. Niektórym badanym może pomóc wyjaśnienie naszego schematu klasyfikacji. Można wówczas, w oparciu o podane poniżej pytania sondujące, określić liczbę epizodów każdego typu i poprosić badanego o potwierdzenie.

#### Ilość spożytego pokarmu

	„Wielkie” (definicja BZO)	Nie „wielkie”, lecz spostrzegane jako nadmierne przez badanego
„Utrata kontroli”	Obiektywne epizody bulimiczne	Subiektywne epizody bulimiczne
Brak „Utrat kontroli”	Obiektywne przejadanie się	Subiektywne przejadanie się

Rys. 15.1. Schemat BZO służący klasyfikacji epizodów przejadania się.

#### Definicje zasadniczych pojęć

**„Utrata kontroli”.** Przeprowadzający wywiad powinien zapytać badanego czy doświadczył poczucia utraty kontroli nad jedzeniem w czasie trwania epizodu. Jeśli badany/a opisuje to jasno, stwierdzamy utratę kontroli. Utratę kontroli można stwierdzić również wtedy, gdy epizod był wcześniej zaplanowany. Jeśli badany/a używa określeń w rodzaju: „popychany do jedzenia” lub: „zmuszony do jedzenia”, stwierdzamy utratę kontroli.

Wyłącznie w przypadkach chronicznych: Jeśli badany nie mówi o poczuciu utraty kontroli, jednakże opisuje, iż jeśli zaczyna jeść to nie jest w stanie przestać lub nie jest w stanie zapobiec epizodom objadania się, to stwierdzamy utratę kontroli.

Jeśli badający ma wątpliwości, należy stwierdzić brak problemu utraty kontroli.

**„Duże ilości jedzenia”** Decyzja odnośnie tego czy spożyto dużą ilość pokarmu należy do przeprowadzającego wywiad i nie wymaga zgody badanego. Określenie „duże” może się odnosić do ilości jakiejś określonej potrawy bądź do ogólnej ilości spożytego pokarmu. *Badający powinien wziąć pod uwagę, jaka ilość pokarmu byłaby normalna w danych okolicznościach.* Wymaga to pewnej wiedzy na temat nawyków żywieniowych grupy społecznej, w której żyje pacjent (lecz niekoniecznie jego najbliższego otoczenia). Nieważne jest, co jeszcze zostało spożyte danego dnia. Nie ma znaczenia szybkość jedzenia, ani to czy badany następnie wypluł lub wymiotował spożyty pokarm.

Jeśli badający ma wątpliwości, nie należy klasyfikować ilości spożytego pokarmu jako „dużej”

**Liczba epizodów przejadania się.** Obliczając liczbę epizodów przejadania się należy przyjąć taką definicję pojedynczego epizodu, jaką podaje badany/a, o ile tylko jedzenie nie zostało przerwane na godzinę lub dłużej. W takiej sytuacji pierwszy epizod należy uznać za zakończony. Oceniając długość przerwy w jedzeniu nie wliczamy czasu, który badany/a spędził wymiotując. *Należy zaznaczyć, że przeczyszczenie (sprowokowane wymioty lub nadużywanie środków przeczyszczających) nie jest kryterium określającym, kiedy kończy się pojedynczy epizod przejadania się.*

### Zasady oceny bieżącej sekcji.

Najpierw należy zadać pytania zaznaczone gwiazdką w celu zidentyfikowania epizodów rzeczywistego lub subiektywnego przejadania się, które wystąpiły w ciągu ostatnich 28 dni. Wszystkie formy przejadania się należy zapisać na pustym odcinku formularza.

Następnie należy uzyskać szczegółowe informacje na temat każdego rodzaju przejadania się aby zdecydować, czy obejmowały one spożywanie dużych ilości pokarmu i czy nastąpiła utrata kontroli (wg. powyższych definicji). Dla każdego rodzaju przejadania się ustalamy następnie liczbę dni, w których się pojawił, oraz ogólną liczbę epizodów. Zaleca się sporządzanie szczegółowych notatek.

Zbrane dane należy na końcu skonfrontować z badanym w celu upewnienia się, że nie doszło do nieporozumień.

### PYTANIA SŁUŻĄCE OCENIE

[Zawsze należy zadać pytania zaznaczone gwiazdką]

#### Główne pytania sondujące

**\*Chciałbym/alabym spytać o sytuacje przejadania się, jakie mogły Ci się zdarzyć w ciągu ostatnich 4 tygodni.**

**\*Ludzie różnie rozumieją termin „przejadanie się”. Chciałbym prosić o opowiedzenie o sytuacjach, kiedy czuleś/aś, że zjadłeś/aś zbyt wiele za jednym razem.**

**\*Czy zdarzyło się, że zdawało Ci się, że zjadłeś/aś zbyt wiele, lecz inni mogliby tak nie uważać?**

[Jeśli nie było takich sytuacji, przejdź do „jedzenia w towarzystwie”.]

[Uwaga: Aby można stwierdzić wystąpienie subiektywnych epizodów bulimicznych, badany musi sądzić, że obejmowały one spożywanie nadmiernych ilości pokarmu.]

#### Dodatkowe pytania sondujące

Aby ocenić ilość spożytego pokarmu:

**Co zazwyczaj jadłeś/aś w takich sytuacjach?  
Co inni wtedy jedli?**

Aby ocenić utratę kontroli:

**Czy miałeś/aś wtedy poczucie utraty kontroli?**

Jedynie w przypadkach chronicznych:

**Kiedy zacząłeś/zaczęłaś jeść, czy mógłbyś/mogłabyś przestać?  
Czy mógłbyś/mogłabyś zapobiec tej sytuacji?**

[W przypadku obiektywnych i subiektywnych epizodów bulimicznych oraz epizodów obiektywnego przejadania się, dokonaj dwóch oszacowań:

Liczba dni (zaznacz 00, jeśli nie było żadnych)

Liczba epizodów (zaznacz 000, jeśli nie było żadnych)

Generalnie najlepiej jest wyliczyć najpierw liczbę dni, a potem liczbę epizodów. Zaznacz 777, jeśli epizody są tak liczne, że nie można określić ich częstości. Nie ocenia się częstości epizodów subiektywnego przejadania się.]

[Zapytaj o poprzednie 2 miesiące]

Ustal liczbę obiektywnych epizodów bulimicznych w ciągu poprzednich 2 miesięcy oraz liczbę dni, w których się pojawiły. (Zaznaczamy 0 jeśli nie było żadnych, lub 9 jeśli nie zadano tego pytania)

Dni - Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

Epizody - Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

Ustal też najdłuższy okres czasu (w tygodniach) wolny od obiektywnych epizodów bulimicznych w ciągu ostatnich 3 miesięcy (nie z powodu przymusu lub innych okoliczności) (Zaznacz 99 jeśli nie zadano tego pytania).

OGRANICZENIA DIETETYCZNE POZA EPIZODAMI BULIMICZNYMI  
[Pozycja diagnostyczna]

[Oceń tę pozycję tylko wówczas, gdy w ciągu ostatnich 3 miesięcy wystąpiły obiektywne epizody bulimiczne]

Poza tymi sytuacjami, gdy utraciłeś/aś kontrolę nad jedzeniem (odnosimy się do obiektywnych i subiektywnych epizodów bulimicznych) w jakim stopniu ograniczałeś/aś ilość spożywanego jedzenia?

Co zazwyczaj jadłeś/aś?

Czy miało to wpłynąć na kształt i wagę ciała?

[Zapytaj o rzeczywiste przyjmowanie pokarmów poza obiektywnymi i subiektywnymi epizodami bulimicznymi. Należy ocenić *przeciętny* poziom ograniczeń dietetycznych. Ich intencją powinno być wywarcie wpływu na kształt, wagę i ilość pewnych składników ciała, chociaż nie musiał to być jedyny ani główny powód. Oceń oddzielnie każdy z ostatnich 3 miesięcy, niezależnie od tego czy pojawił się epizod bulimiczny. Zaznacz 9 jeśli nie zadano tego pytania.]

0 - Brak drastycznych ograniczeń poza obiektywnymi epizodami bulimicznymi

1 - Drastyczne ograniczenia poza obiektywnymi epizodami bulimicznymi (tj. Niska podaż kalorii (< 1200 kcal) z powodu rzadkiego odżywiania się i/lub konsumpcji pokarmów niskokalorycznych)

2 - Nie jedzenie niczego poza obiektywnymi epizodami bulimicznymi (tj. poszczenie)

Pierwszy miesiąc

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

JEDZENIE W TOWARZYSTWIE

[Skala niepokoju związanego z jedzeniem]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni niepokoilo Cię, jeśli inne osoby widziały Cię w trakcie jedzenia?

Czy unikałeś/aś takich sytuacji?

[Oceń poziom niepokoju związany ze spożywaniem normalnych lub mniejszych niż normalne ilości jedzenia w obecności innych (np. rodziny) oraz czy ten niepokój prowadził do unikania jedzenia. Ocena powinna odzwierciedlać *przeciętną* dla całego miesiąca. Jeśli nie pojawiła się możliwość jedzenia w towarzystwie innych zaznacz 9. *Nie uwzględniaj obiektywnych epizodów bulimicznych ani epizodów obiektywnego przejadania się.*]

0 - Brak niepokoju związanego z byciem widzianym w trakcie jedzenia i nie unikanie takich sytuacji

1 -

2 - Niepokój, jeśli idzie o bycie widzianym, lecz nie unikanie takich sytuacji

3 -

4 - Wyraźny niepokój i unikanie niektórych takich sytuacji

5 -

6 - Wyraźny niepokój i unikanie wszelkich takich sytuacji

JEDZENIE W TAJEMNICY PRZED INNYMI

[Skala niepokoju związanego z jedzeniem]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni zdarzyło Ci się jeść w tajemnicy przed innymi?

[Ustal liczbę dni, w których pojawił się przynajmniej jeden epizod jedzenia w tajemnicy. Jedzenie w tajemnicy odnosi się do jedzenia, które jest potajemne i które badany pragnie ukryć. Unikanie jedzenia w obecności innych powinno być ocenione przy pozycji „jedzenie w towarzystwie”. Jeśli nie pojawiła się możliwość jedzenia wraz z innymi zaznaczamy 9. *Nie uwzględniaj obiektywnych epizodów bulimicznych.*]

0 - Nie jadł/a w tajemnicy

1 -

2 - Jadł/a w tajemnicy rzadziej niż połowie dni

3 -

4 - Jadł/a w tajemnicy częściej niż połowie dni

5 -

6 - Codziennie jadł/a w tajemnicy

POCZUCIE WINY ZWIĄZANE Z JEDZENIEM

[Skala niepokoju związanego z jedzeniem]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miałeś/aś poczucie winy po jedzeniu?

Czy miał/a Pan/i poczucie, że zrobiłeś/aś coś złego? Dlaczego?

W jakiej części przypadków po jedzeniu czuleś/aś się winny/a?

[Ustal w jakiej części przypadków po jedzeniu następowało poczucie winy. To poczucie winy powinno się odnosić do skutków, jakie jedzenie wywiera na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała. *Nie uwzględniaj obiektywnych epizodów bulimicznych, ale uwzględniaj inne epizody przejadania się. Odróżnij poczucie winy od żalu: Poczucie winy odnosi się do przekonania, że zrobiło się coś złego. Uwaga: ocena opiera się na liczbie okazji*0,]

0 - Brak poczucia winy po jedzeniu

1 -

2 - Poczucie winy po jedzeniu rzadziej niż w połowie okazji

3 -

4 - Poczucie winy po jedzeniu częściej niż w połowie okazji

5 -

6 - Poczucie winy za każdym razem po jedzeniu

PROWOKOWANIE WYMIOTÓW

[Pozycja diagnostyczna]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni wywołałeś/aś u siebie wymioty celem kontrolowania kształtu lub wagi ciała?**

[Oceń liczbę dni, w których wystąpił epizod lub epizody prowokowanych wymiotów celem kontrolowania kształtu, wagi lub ilość pewnych składników ciała. Zaznacz 00, jeśli wymioty nie wystąpiły.]

[Oceń liczbę odrębnych epizodów prowokowania wymiotów. Przyjmij taką definicję epizodu, jaką podaje badany/a. Zaznacz 777, jeśli było ich tak wiele, że nie dają się policzyć. Zaznacz 000 jeśli wymioty nie wystąpiły.]

[Zapytaj o prowokowanie wymiotów w celu wpłynięcia na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała w ciągu poprzednich 2 miesięcy. ]

[Oceń liczbę odrębnych epizodów sprowokowanych wymiotów w ciągu każdego z dwu poprzednich miesięcy. Zaznacz 999 jeśli nie zadano tego pytania.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

NADUŻYWANIE ŚRODKÓW PRZECZYSZCZAJĄCYCH

[Pozycja diagnostyczna]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni stosowałeś/aś środki przeczyszczające aby kontrolować kształt lub wagę ciała?**

[Ustal liczbę dni w których badany/a zażył/a środki przeczyszczające aby kontrolować kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała. Powinno to stanowić powód *główny*, choć niekoniecznie jedyny. Zaznacz 00 jeśli nie używano środków przeczyszczających lub istnieją wątpliwości, czy były one zażywane przede wszystkim w celu wpłynięcia na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała.]

[Ustal liczbę odrębnych epizodów nadużywania środków przeczyszczających (wg. powyższej definicji). Zaznacz 777, jeśli były tak liczne, że nie dają się policzyć. Zaznacz 000, jeśli takie epizody nie wystąpiły.]

[Ustal średnią liczbę środków przeczyszczających zażytych za każdym razem. Zaznacz 999 jeśli środki nie były zażywane. Zaznacz 777 jeśli nie da się określić liczby (np. badany/a jadł otręby)]

[Zapisz jakie środki przeczyszczające stosował badany/a.]

[Zapytaj o poprzednie 2 miesiące pod kątem zażywania środków przeczyszczających w celu wpłynięcia na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała]

[Ustal liczbę odrębnych epizodów nadużywania środków przeczyszczających w ciągu każdego z dwu poprzednich miesięcy. Zaznacz 000 jeśli nie zdarzyło się nadużywanie środków przeczyszczających. Zaznacz 999 jeśli nie zadano tych pytań.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

NADUŻYWANIE ŚRODKÓW ODWADNIAJĄCYCH

[Pozycja diagnostyczna]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni zażywałeś/aś środki odwadniające aby kontrolować kształt lub wagę ciała?**

[Ustal liczbę dni w których badany/a zażył/a środki odwadniające aby kontrolować kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała. Powinno to stanowić powód *główny*, choć niekoniecznie jedyny. Zaznacz 00, jeśli środki odwadniające nie

były przyjmowane lub kiedy istnieją wątpliwości, czy były one zażywane przede wszystkim w celu wpłynięcia na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała.]

[Ustal liczbę odrębnych epizodów nadużywania środków odwadniających (wg powyższej definicji). Zaznacz 777, jeśli były tak liczne, że nie dają się policzyć. Zaznacz 000, jeśli takie epizody nie wystąpiły.]

[Ustal średnią liczbę środków odwadniających zażytych za każdym razem. Zaznacz 999, jeśli środki nie były zażywane. Zaznacz 777, jeśli nie da się określić ich liczby]

[Zapisz rodzaj przyjmowanych środków odwadniających.]

[Zapytaj o poprzednie dwa miesiące pod kątem zażywania środków odwadniających w celu wpłynięcia na kształt, wagę lub ilość pewnych składników ciała.]

[Ustal liczbę odrębnych epizodów nadużycia środków przeczyszczających w ciągu każdego z dwu poprzednich miesięcy. Zaznacz 000, jeśli środki odwadniające nie były nadużywane. Zaznacz 999, jeśli nie zadano tych pytań.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

### INTENSYWNE ĆWICZENIA SŁUŻĄCE KONTROLOWANIU

#### KSZTAŁTU LUB WAGI CIAŁA

[Pozycja diagnostyczna]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni ćwiczyłeś/aś fizycznie aby kontrolować wagę ciała, zmienić jego kształt lub ilość tłuszczu w organizmie albo „spalić” kalorie?

\* Zazwyczaj jakie były te ćwiczenia?

[Ustal liczbę dni, w których badany/a intensywnie ćwiczył, głównie w celu zużycia kalorii lub zmiany kształtu, wagi lub ilości pewnych składników ciała. Przeprowadzający wywiad musi podjąć decyzję, czy ćwiczenia były „intensywne”. W przypadku wątpliwości nie należy uznawać ćwiczeń za intensywne. Zaznacz 00, jeśli ćwiczenia nie były wykonywane]

[Ustal średnią ilość czasu (w minutach) na dzień spędzanych na wymienionych powyżej ćwiczeniach. Weź pod uwagę tylko te dni w których badany/a ćwiczył. Zaznacz 999 jeśli nie było takich ćwiczeń]

[Zapytaj o poprzednie dwa miesiące pod kątem ćwiczeń tego rodzaju.]

[Ustal liczbę dni w ciągu każdego z poprzednich dwóch miesięcy, w których badany intensywnie ćwiczył. Zaznacz 99 jeśli nie zadano tych pytań.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

### POWSTRZYMYWANIE SIĘ OD SKRAJNYCH SPOSOBÓW KONTROLOWANIA WAGI CIAŁA

[Pozycja diagnostyczna]

[To pytanie zadaj tylko, jeśli stwierdzisz wystąpienie, z istotnym stopniem nasilenia, chociaż jednego z pięciu podstawowych sposobów kontrolowania wagi ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy (patrz część poświęcona „diagnozie zaburzeń odżywiania się”).]

[Pięć podstawowych sposobów kontrolowania wagi ciała to:

- poszczenie
- prowokowanie wymiotów
- nadużywanie środków przeczyszczających
- nadużywanie środków odwadniających
- nadmierne ćwiczenia fizyczne

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zdarzyło Ci się, że przez 2 tygodnie lub dłużej nie...

[Pytamy o odpowiednie zachowanie]

[Ustal, ile tygodni pod rząd (w ciągu ostatnich 3 miesięcy) było wolnych od *wszystkich* pięciu form nadmiernej kontroli wagi ciała (tj. żadna z nich ni przekroczyła wartości progowej). Nie uwzględniamy powstrzymywania się spowodowanego przynusem lub innymi okolicznościami. Zaznacz 99, jeśli to pytanie nie stosuje się do badanego/ej]



### NIEZADOWOLENIE Z WAGI CIAŁA [Skala niepokoju związanego z wagą]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni byłeś/aś niezadowolony/a ze swojej wagi? Czy było to tak silne niezadowolenie, że czuleś/aś się nieszczęśliwa?**

[Oceń jedynie to niezadowolenie, które wynika z uznania wagi ciała za zbyt wysoką. Oceń nastawienie badanego/ej do własnej wagi ciała i odpowiednio punktuj. Powinna ona odzwierciedlać *średnią* dla całego miesiąca. Oceny 4, 5 lub 6 przyznaj tylko wtedy, gdy stwierdzisz występowanie stresu związanego z wagą ciała. Nie sugeruj odpowiedzi użyciem określeń „lekki”, „umiarkowany” bądź „znaczny”. Zaznacz 9 jeśli badany/a nie wie ile waży.]

0 - Brak niezadowolenia

1 -

2 - Lekkie niezadowolenie (brak związanego z tym stresem)

3 -

4 - Umiarkowane niezadowolenie (związane z pewnym stresem)

5 -

Znaczne niezadowolenie (skrajny niepokój i stres, waga jest zupełnie nie do zaakceptowania)



### PRAGNIENIE UTRATY WAGI

[Skala niepokoju związanego z wagą]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chciałeś/aś stracić na wadze? Czy miałeś/aś silne pragnienie utraty wagi?**

[Oceń liczbę dni, w których pojawiło się *silne pragnienie* utraty wagi.]

0 - Brak silnego pragnienia utraty wagi

1 -

2 - Silne pragnienie obecne rzadziej niż w połowie dni

3 -

4 - Silne pragnienie obecne częściej niż w połowie dni

5 -

6 - Silne pragnienie obecne codziennie



### POŻĄDANA WAGA CIAŁA

**\* Ile chciałbyś/chciałabyś ważyć?**

[Oceń wagę w kilogramach. Zaznacz 888 jeśli badany/a nie jest zainteresowany swą wagą. Zaznacz 777, jeśli żadna określona waga nie byłaby wystarczająco niska. Zaznacz 666, jeśli badana jest przede wszystkim zainteresowany kształtem ciała, jednak wyraża pewien niepokój związany z wagą (lecz nie określoną wagą).]



### REAKCJA NA ZALECONE WAŻENIE

[Skala niepokoju związanego z wagą]

**\* Jak byś się czuł/a, gdybyś został/a poproszony/a o ważenie się raz w tygodniu przez następne 4 tygodnie?**

[Oceń siłę reakcji. Reakcje pozytywne należy zaznaczyć cyfrą 9. Sprawdź, czy taka reakcja wpłynęłaby na inne sfery życia badanego. Poproś badaną osobę, aby opisała szczegółowo swą reakcję i odpowiednio oceń. Nie sugeruj odpowiedzi użyciem określeń „lekki”, „umiarkowany” bądź „znaczny”. Zaznacz 6, jeśli badany/a nie poddałby się zaleconemu ważeniu, ponieważ wywoływałoby to skrajny niepokój.]

0 - Brak reakcji

1 -

2 - Lekka reakcja

3 -

4 - Umiarkowana reakcja (reakcja wyraźna, lecz możliwa do opanowania)

5 -

6 - Znaczna reakcja (zdecydowana reakcja która wpłynęłaby na inne sfery życia badanego)



### NIEZADOWOLENIE Z KSZTAŁTU CIAŁA

[Skala niepokoju związanego z kształtem ciała]

**\* Czy w ciągu 4 ostatnich tygodni byłeś/as niezadowolony/a z kształtu własnego ciała? Czy było to tak silne niezadowolenie, że czuleś/aś się nieszczęśliwa?**



[Oceń wyłącznie niezadowolenie związane z kształtem ciała, a nie z napięciem mięśniowym. Szacujemy postawę badanego względem kształtu własnego ciała i stawiamy odpowiadającą temu ocenę. Powinna ona odzwierciedlać średnią dla całego miesiąca. Oceny 4, 5 lub 6 przyznaj tylko wtedy, gdy niezadowoleniu towarzyszył stres. Nie należy sugerować odpowiedzi użyciem określeń „lekki”, „umiarkowany” bądź „znaczny”.

0 - Brak niezadowolenia z kształtu ciała

1 -

2 - Lekkie niezadowolenie z kształtu ciała (któremu nie towarzyszy stres)

3 -

4 - Umiarkowane niezadowolenie z kształtu ciała (któremu towarzyszy pewien stres)

5 -

6 - Znaczne niezadowolenie z kształtu ciała (któremu towarzyszy skrajny niepokój i stres, kształt ciała jest zupełnie nieakceptowany)

**ZAABSORBOWANIE KSZTAŁTEM LUB WAGĄ CIAŁA**

[Skala niepokoju związanego z kształtem i z wagą ciała]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni spędzałeś/aś znaczną ilość czasu myśląc o kształcie lub wadze swojego ciała?

\* Czy myślenie o kształcie lub wadze ciała przeszkadzało Ci w koncentracji uwagi? Jak było w przypadku koncentracji na rzeczach, które Cię interesują, np. na czytaniu, oglądaniu telewizji czy uczestniczeniu w rozmowie?

[Koncentracja jest upośledzona, jeśli pojawiły się *natrętne myśli na temat kształtu lub wagi ciała, które przeszkadzały w różnych czynnościach*. Oceń liczbę dni w których się to zdarzyło.]

0 - Nie pojawiło się upośledzenie koncentracji

1 -

2 - Upośledzenie koncentracji pojawiło się rzadziej niż połowie dni

3 -

4 - Upośledzenie koncentracji pojawiało się częściej niż w połowie dni

5 -

6 - Upośledzenie koncentracji pojawiło się codziennie

**ZNACZENIE PRZYPISYWANE KSZTAŁTOWI CIAŁA**

[Pozycja diagnostyczna]

[Skala niepokoju związanego z kształtem ciała]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni kształt Twojego ciała wpływał istotnie na Twoje samopoczucie (osądzanie, myślenie o sobie, ocenę siebie samego)?

\* Kiedy pomyślisz o rzeczach, które wpływają na Twoje samopoczucie (osądzanie, myślenie o sobie, ocenę siebie samego) - takich jak (sukcesy w pracy, bycie rodzicem, małżeństwo, kontakty z ludźmi) - i ustawi je sobie w hierarchii ważności, to gdzie przypadnie miejsce na kształt ciała?

Gdyby w ciągu ostatnich 4 tygodni kształt Twojego ciała zmienił się jakoś, czy to wpłynęłoby na Twoje samopoczucie?

Czy to, że kształt ciała nie zmienia się ma dla Ciebie jakieś znaczenie?

[Oceń jakie znaczenie badany przypisuje kształtowi ciała i pozycję kształtu ciała w strukturze *samooceny*. W tym celu można dokonać porównań z innymi sferami życia, pełniącymi ważną rolę w samoocenie badanego (np. jakość związków z innymi, bycie rodzicem, sukcesy w pracy, rozrywki). Ocena powinna odzwierciedlać *średnią* dla całego miesiąca. Nie należy sugerować odpowiedzi użyciem określeń „trochę” „umiarkowany” „najwyższy”. Jeśli badany uznał zarówno kształt jak i wagę ciała za jednakowo najważniejsze, zaznacz cyfrę 6 przy tej oraz następnej pozycji („znaczenie przypisywane wadze ciała”).]

0 - Bez znaczenia

1 -

2 - Ma pewne znaczenie (niewątpliwie stanowi aspekt samooceny)

3 -

4 - Ma umiarkowane znaczenie (niewątpliwie stanowi jeden z głównych aspektów samooceny)

5 -

6 - Ma najwyższe znaczenie (nic nie jest ważniejsze w strukturze samooceny badanego)

[Zapytaj o poprzednie 2 miesiące.]

[Oceń poprzednie 2 miesiące. Zaznacz 9, jeśli nie zadano tych pytań.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

**ZNACZENIE PRZYPISYWANE WADZE CIAŁA**

[Pozycja diagnostyczna]

[Skala niepokoju związanego z wagą ciała]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni to, ile ważysz wpływało istotnie na Twoje samopoczucie (osądzanie, myślenie o sobie, ocenę siebie samego)?**

**...\* Kiedy pomyślisz o rzeczach, które wpływają na Twoje samopoczucie (osądzanie, myślenie o sobie, ocenę siebie samego) - takich jak (sukcesy w pracy, bycie rodzicem, małżeństwo, kontakty z ludźmi) - i ustawi je sobie w hierarchii ważności, to gdzie przypadnie miejsce na Twoją wagę?**

**Gdyby w ciągu ostatnich 4 tygodni Twoja waga zmieniła się jakoś, czy to wpłynęłoby na Twoje samopoczucie?  
Czy to, że Twoja waga nie zmienia się ma dla Ciebie jakieś znaczenie?**

[Oceń jakie znaczenie badany przypisuje wadze ciała (tj. wadze faktycznej lub przypuszczalnej) i pozycję wagi w strukturze *samooceny*. W tym celu można dokonać porównań z innymi sferami życia, pełniącymi ważną rolę w samoocenie badanego (np. jakość związków z innymi, bycie rodzicem, sukcesy w pracy, rozrywki). Ocena powinna odzwierciedlać *średnią* dla całego miesiąca. Nie należy sugerować odpowiedzi użyciem określeń „trochę” „umiarkowany” „najwyższy”. Jeśli badany uznał zarówno kształt jak i wagę ciała za jednakowo najważniejsze, zaznacz cyfrę 6 przy tej oraz poprzedniej skali („znaczenie przypisywane kształtowi ciała”).]

0 - Bez znaczenia

1 -

2 - Ma pewne znaczenie (niewątpliwie stanowi aspekt samooceny)

3 -

4 - Ma umiarkowane znaczenie (niewątpliwie stanowi jeden z głównych aspektów samooceny)

5 -

6 - Ma najwyższe znaczenie (nic nie jest ważniejsze w strukturze samooceny badanego)

[Zapytaj o poprzednie 2 miesiące.]

[Oceń poprzednie 2 miesiące. Zaznacz 9, jeśli nie zadano tych pytań.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

## OBAWA PRZED PRZYBRANIEM NA WADZE

[Pozycja diagnostyczna]

[Skala niepokoju związanego z kształtem ciała]

[Skracamy to pytanie, jeśli badany/a ma wyraźną nadwagę.]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni obawiałeś/aś się tego, że możesz przybrać na wadze (lub stać się grubym)?

[Oceń liczbę dni w których obecna była wyraźna obawa. Nie uwzględniaj reakcji na rzeczywiste przybranie na wadze.]

0 - Brak wyraźnej obawy przed byciem grubym lub przybraniem na wadze

1 -

2 - Wyraźna obawa przed byciem grubym lub przybraniem na wadze obecna rzadziej niż w połowie dni

3 -

4 - Wyraźna obawa przed byciem grubym lub przybraniem na wadze obecna częściej niż w połowie dni

5 -

6 - Codzienna obawa przed byciem grubym lub przybraniem na wadze

[Zapytaj o poprzednie 2 miesiące.]

[Oceń poprzednie 2 miesiące. Zaznacz 9, jeśli nie zadałeś tych pytań.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

## PRZYKROŚĆ ZWIĄZANA Z OGLĄDANIEM WŁASNEGO CIAŁA

[Skala niepokoju związanego z kształtem ciała]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni odczuwałeś/as przykrość widząc własne ciało, np. w lustrze, w odbiciu od szyby okna wystawowego, w czasie rozbierania, kąpania się lub brania prysznicu?

Czy unikałeś/aś oglądania swojego ciała? Dlaczego?

[Przykrość powinna wynikać z wrażliwości badanego względem ogólnego wyglądu, kształtu ciała lub figury. Nie powinna wynikać z wrażliwości względem specyficznych aspektów wyglądu (np. trądziku) lub ze skromności.]

0 - Brak przykrości związanej z oglądaniem swojego ciała

1 -

2 - Pewna przykrość związana z oglądaniem swojego ciała

3 -

4 - Wyraźna przykrość związana z oglądaniem swojego ciała

5 -

6 - Wyraźna przykrość związana z oglądaniem swojego ciała i próby uniknięcia wszelkich takich sytuacji (tj. badany próbował wcale nie oglądać swojego ciała, nawet myjąc się)

## UNIKANIE EKSPONOWANIA CIAŁA

[Skala niepokoju związanego z kształtem ciała]

\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni czułeś/aś się niezręcznie, gdy inni widzieli Twoje ciało, np. we wspólnej przebieralni, w czasie pływania lub noszenia uwidaczniających kształt ciała ubrań? Co w sytuacji, gdy taką możliwość miał Twój partner lub przyjaciele?

Czy unikałeś/aś takich sytuacji? Dlaczego?

[Dyskomfort powinien wynikać z wrażliwości badanego względem ogólnego wyglądu, kształtu ciała lub figury. Nie powinien wynikać z wrażliwości względem specyficznych aspektów wyglądu (np. trądziku) lub ze skromności. Jeśli nie pojawiła się możliwość eksponowania swojego ciała, zaznaczamy 9.]

0 - Brak dyskomfortu związanego z eksponowaniem ciała

1 -

2 - Pewien dyskomfort związany z eksponowaniem ciała

3 -

4 - Wyraźny dyskomfort związany z eksponowaniem ciała

5 -

6 - Wyraźny dyskomfort związany z eksponowaniem ciała i próby uniknięcia wszelkich takich sytuacji

## POCZUCIE BYCIA OTYŁYM

[Pozycja diagnostyczna]

[Skala niepokoju związanego z kształtem ciała]

[Pomiń tą pozycję jeśli badany/a ma wyraźną nadwagę i zaznacz 7.]

**\* Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni czuleś/aś się gruba?**

[Zaznacz liczbę dni, w których badana osoba „czuła się gruba”, przyjmując sposób w jaki używa ona tego wyrażenia. Rozróżnij pomiędzy uczuciem bycia grubym od premenstruacyjnego poczucia „rozdęcia”, chyba że jest ono przeżywane jako poczucie bycia grubym.]

0 - Nie czuł/a się gruby/a

1 -

2 - Czuł/a się gruby/a rzadziej niż w połowie dni

3 -

4 - Czuł/a się gruby/a częściej niż w połowie dni

5 -

6 - Codziennie czuł/a się gruby/a

[Zapytaj o poprzednie 2 miesiące.]

[Oceń poprzednie 2 miesiące. Zaznacz 9, jeśli nie zadałeś tych pytań.]

Drugi miesiąc

Trzeci miesiąc

**PLASKI BRZUCH**

[Skala niepokoju związanego z kształtem ciała]

[Pomiń tą pozycję jeśli badany/a jest wyraźnie otyły/a i zaznacz 7.]

**Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni zdecydowanie chciałeś/aś mieć płaski brzuch?**

[Ustal liczbę dni w których badany wykazywał *zdecydowaną* chęć posiadania *płaskiego lub wklęsłego* brzucha. Nie oceniaj po prostu chęci posiadania bardziej płaskiego brzucha.]

0 - Brak wyraźnej chęci posiadania płaskiego brzucha

1 -

2 - Wyraźna chęć posiadania płaskiego brzucha obecna rzadziej niż w połowie dni

3 -

4 - Wyraźna chęć posiadania płaskiego brzucha obecna częściej niż w połowie dni

5 -

6 - Wyraźna chęć posiadania płaskiego brzucha obecna codziennie

**WAGA I WZROST**

[Należy zmierzyć wagę i wzrost badanego.]

Waga w kg

Wzrost w cm

**PODTRZYMYWANIE NISKIEJ WAGI CIAŁA**

[Pozycja diagnostyczna]

[Oceń tą pozycję w przypadku osób, które mogą mieć niedowagę.]

**Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy próbowałeś/aś stracić na wadze?**

Jeśli nie: **Czy próbowałeś/aś uniknąć przybrania na wadze?**

[Jeśli waga jest niska, oceń obecność prób utraty wagi bądź uniknięcia przybrania na wadze. Zaznacz 9 jeśli nie zadano tego pytania.]

0 - bez prób utraty wagi bądź uniknięcia przybrania na wadze w ciągu ostatnich 3 miesięcy

1 - próby utraty wagi lub uniknięcia przybrania na wadze w ciągu ostatnich 3 miesięcy z powodu niepokoju związanego z kształtem lub wagą ciała

2 - próby utraty wagi lub uniknięcia przybrania na wadze w ciągu ostatnich 3 miesięcy z innych powodów

**MENSTRUACJA**

[Pozycja diagnostyczna]

**Czy w ciągu ostatnich kilku miesięcy zdarzyło Ci się utracić okres menstruacji?**

**Ile miałaś okresów menstruacji?**

### Czy zażywasz jakiś doustny środek antykoncepcyjny („pigulki”)?

[W przypadku kobiet w wieku po menarche zaznacz ilość okresów w ciągu trzech ostatnich oczekiwanych cykli menstruacyjnych. Zaznacz 7 jeśli badana jest w wieku przed menarche, zażywa doustny środek antykoncepcyjny, jest w ciąży lub karmi piersią.]

KONIEC WYWIADU

#### 10.1.2.4 KWESTIONARIUSZ PRESJI KULTUROWEJ

Przeczytaj uważnie każde z następujących stwierdzeń. Następnie na karcie odpowiedzi zakreśl kwadrat przy tej literze, która wskazuje jak trafnie stwierdzenie to opisuje Ciebie lub jak bardzo się z nim zgadzasz.

1. Człowiek powinien kontrolować swoje różne słabości i zachcianki
2. Często atrakcyjny wygląd można osiągnąć tylko poprzez ciężką pracę nad swoim ciałem
3. Kobieta powinna dążyć do tego by mieć taki zawód który czyni ją samodzielną i niezależną
4. Powinno się jeść „zdrową żywność"
5. Nauczyciele często oceniają uczniów w porównaniu do innych
6. Jeśli kobieta wiąże się z młodszym od siebie mężczyzną to jest w tym coś niestosownego
7. Anoreksja i bulimia psychiczna stanowią ważny problem w dzisiejszych czasach
8. Czasem robię rzeczy których potem żałuje
9. Czuję że moje koleżanki zwracają uwagę na to ile kalorii ma to co jem
10. Kobiety w mojej rodzinie nie mają zbyt łatwego życia
11. Lubię czytać o modzie
12. Gdybym nie odniosła sukcesu życiowego moi rodzice byli by zawiedzeni
13. Mężczyźni może ująć w życiu "na sucho" znacznie więcej niż kobiecie
14. Gdy słyszę o osobach które mają problemy z jedzeniem takie jak anoreksja czy bulimia psychiczna to doskonale jej rozumiem
15. Zdarza mi się tracić kontrolę nad sobą
16. Znam co najmniej kilka osób które się odchudzają.
17. Nie znajduje w miesięczce niczego co by świadczyło na jej korzyść
18. Co najmniej kilka produktów żywnościowych których używam było w ostatnim czasie reklamowanych.
19. Zanim założy się rodzinę powinno się odnieść sukces zawodowy i "ustawić się w życiu"
20. Nie potrafię zbyt dobrze obsługiwać różnych urządzeń technicznych
21. Rozwojowi anoreksji i bulimii psychicznej często winni są rodzice
22. Zdarza mi się toczyć wewnętrzne walki
23. Gdybym miała wybierać to wolałabym być ładniejsza niż zgrabna
24. Kobiety znacznie łatwiej dostosowują się do zachodzących obecnie zmian niż mężczyźni
25. Niektóre czasopisma kobiece są na naprawdę wysokim poziomie
26. Ludzie często zazdroszczą innym sukcesów
27. Mężczyzna nigdy nie będzie tak dobrym opiekunem dla dziecka jak kobieta
28. Odchudzanie się to niebezpieczna "zabawa" - łatwo można z nim przesadzić
29. Posiadam w sobie takie emocje i popędy których czasami się boję
30. Obecnie modę prezentują modelki które są tak chude, że aż nieładne
31. Lubię być "na czasie" w sprawach mody i upodobań osób z mojego pokolenia
32. Mojemu tacie żyje się łatwiej niż mamie
33. To niesprawiedliwe, że kobiety miesiączkują
34. W dzisiejszych czasach kobietom żyje się znacznie trudniej niż mężczyznom
35. W dzisiejszych czasach tylko bardzo chude dziewczyny mogą liczyć na pracę w mediach czy reklamie.
36. Dziewczyna która ubiera się w prowokacyjny sposób nie powinna się dziwić "chamskim" uwagom chłopców
37. Myślę, że chłopcom jest łatwiej żyć
38. Pewne przywileje związane z tym, że kobiety są słabsze od mężczyzn powinny być utrzymane.
39. Gdy muszę z kimś o coś rywalizować czuję się jak sparalizowana
40. Nie rozumiem ludzi którzy nie planują swojej przyszłości i kierują się intuicją i przypadkiem.
41. Bycie kobietą pociąga za sobą często konieczność poświęcenia i rezygnacji z siebie
42. Gdybym miała taką możliwość to nie chciała bym miesiączkować
43. Tylko starannie zaplanowane działania mogą się udać
44. Znam wiele osób, które mają problemy z jedzeniem
45. Seks jest zdecydowanie przyjemniejszym przeżyciem dla mężczyzn niż dla kobiet
46. Zdarza mi się w swoich decyzjach kierować upodobaniami znanych modelek czy aktorek
47. Zdarza się, iż inni zazdroszczą mi dobrych ocen
48. Gdybym zmieniła swoją wagę w dół lub w górę o kilka kilogramów to moje koleżanki zaraz by to zauważyły.
49. Chude dziewczęta podobają się zwykle bardziej innym dziewczętom niż chłopcom

50. Dziewczynie nie wypada okazywać zbyt otwarcie tego, że ktoś jej się podoba.
51. Mężczyźni cenią u kobiet bardziej ich wygląd niż intelekt
52. Zdarza mi się czerpać wiedzę z czasopism przeznaczonych dla kobiet
53. Poświęciła bym naprawdę bardzo wiele dla osiągnięcia sukcesu zawodowego
54. Aby być bardziej atrakcyjną, powinnam być chudsza
55. Nowoczesna kobieta nie powinna się godzić z tym, że mężczyzna płaci za nią rachunek w kawiarni czy restauracji
56. Zgrabna sylwetka może czasem pomóc w życiu bardziej niż wysoka inteligencja
57. W moim środowisku do szczupłego wyglądu przywiązuje się duża wagę
58. W życiu zawsze powinno się ponosić konsekwencje swoich działań i czynów
59. Uważam, że to nienaturalne i nienormalne że dziewczęta w dzisiejszych czasach podejmują współzycie seksualne w coraz młodszym wieku
60. Gdy widzę jakąś chudą modelkę czuje się gruba i nieatrakcyjna
61. Dobrze wychowany mężczyzna powinien zawsze przepuszczać w drzwiach kobietę, podawać jej wiecznien ubranie, czy wstawać na jej widok.
62. Czasem ulegam pokusom mojego ciała
63. Dziewczyny "przy kości" mają małą szansę na interesującą pracę w reklamie, telewizji czy filmie
64. W dzisiejszych czasach dziewczęta muszą uczyć się jak być kobietą bardziej od koleżanek, z gazet i telewizji, niż od własnych matek
65. Najważniejszym obowiązkiem człowieka jest pracować nad swoim charakterem i doskonalić się
66. W dzisiejszych czasach kobieta ma takie same możliwości kariery co mężczyzna
67. Zdarza mi się w swoich decyzjach kierować reklamami
68. Chciała bym być w jakiejś dziedzinie lepsza od innych
69. Uważam, że macierzyństwo jest najważniejszym co może przydarzyć się kobiecie w życiu
70. Zazdroszczę modelkom szczupłego wyglądu.
71. Przestrzegam postów religijnych
72. Kobieta która odnosi sukces zawodowy czyni to zwykle kosztem swojego życia osobistego
73. Podziwiam tych którzy potrafią w jakiejś ważnej sprawie podjąć strajk głodowy
74. W życiu powinno się dążyć do doskonałości
75. Gdybym miała taką możliwość została bym aktorką lub sławną modelką
76. Zostaniemy ukarani za nasze winy
77. Obecnie modne rzeczy szyte są tak, że mieszczą się w nich tylko chude dziewczyny
78. Często czuję, że to iż miesiączkuje ma głęboki sens
79. Są zajęcia do których kobiety nie są stworzone
80. Wiele sławnych aktorek i modelek aby utrzymać się w zawodzie i ładnie wyglądać musi się głodzić
81. Często myślę o tym, że dziewczynka może wiele nauczyć się od swojej matki
82. Jeśli ktoś nie potrafi kontrolować tego ile i co je, to niczego nie potrafi kontrolować
83. Chłopcy mogą być w większym stopniu sobą niż dziewczęta
84. Lubię oglądać reklamy telewizyjne
85. Zdarza mi się umartwiać moje ciało
86. Podziwiam osoby które potrafią kontrolować swój wygląd, to co i kiedy jedzą, nawet jeśli inni uważają, że jest to niezdrowe.
87. Najgorsza rzecz jaka może przydarzyć się człowiekowi to utracić nad sobą kontrolę
88. Aby być bardziej atrakcyjną, powinnam być grubsza







## 10.2 BADANIA PILOTAŻOWE

### 10.2.1 SCHEMAT BADAŃ PILOTAŻOWYCH

Etap badań właściwych poprzedzony został cyklem badań pilotażowych sprawdzających zarówno metodę badania jak i zastosowane narzędzia badawcze. W jego skład weszły:

- Badanie pilotażowe I - Ocena wstępnej edycji stosowanych w etapie pierwszym narzędzi przez pacjentów Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ,
- Badanie pilotażowe II - Pierwsze populacyjne anonimowe badania pilotażowe stosowanego w badaniu etapu II narzędzia wraz z ankietą dotyczącą badania nieanonimowanego,
- Badanie pilotażowe III - Drugie populacyjne nieanonimowe badanie pilotażowe, wraz z badaniem pilotażowym przed etapem drugim.

### 10.2.2 BADANIE PILOTAŻOWE I

Celem Badania pilotażowego I była ocena zawartości merytorycznej wstępnej wersji Kwestionariusza etapu pierwszego, ocena czasu jego wypełniania oraz kolejności ułożenia poszczególnych jego części. Wątpliwości budziła możliwość zmieszczenia się w czasie dwóch godzin lekcyjnych oraz jasność sformułowania niektórych pytań. Wydawało się, iż szczególnie w wypadku dziewcząt charakteryzujących się obecnością zaburzeń odżywiania się wystąpić mogą trudności w zmieszczeniu się w założonym czasie.

W pierwszym etapie badania pilotażowego udział wzięło 17 pacjentek Oddziału Młodzieżowego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ, pięć z nich leczyło się z powodu zaburzeń odżywiania się. Poproszone zostały one o udzielenie odpowiedzi na pytania pierwszej wersji Kwestionariusza etapu pierwszego składającego się z:

- Kwestionariusza postaw związanych z odżywianiem się (EAT26),
- Kwestionariusza demograficznego oraz czynników ryzyka (KD I),
- Kwestionariusz „Obrazu Siebie” D. Offera (QSIA).
- Skali Relacji Rodzinnych Kwestionariusza FAM w adaptacji M. Cierpki (FAM). Zostały zapewnione o naukowym charakterze badania. Żadna z nich nie była prowadzona przez wykonującego badanie.

Wątpliwości autora zostały potwierdzone. Trzy dziewczęta z rozpoznaniem jadłowstrętu lub bulimii psychicznej potrzebowały wielokrotnie więcej czasu na wypełnienie kwestionariusza niż ich leczone z innych powodów koleżanki. W wyniku tego etapu Kwestionariusz etapu pierwszego uległ ograniczeniu o kilka pytań socjo-kulturowych oraz Skalę relacji rodzinnych Kwestionariusza M. Cierpki. Pierwsza wersja kwestionariusza okazała się bowiem zbyt długa. Zdecydowano się też zmienić kolejność poszczególnych części. Kwestionariusz demograficzny oraz czynników ryzyka przesunięty został na pierwszą pozycję, EAT26 na drugą Kwestionariusz D. Offera umieszczony został na końcu. O takim układzie zadecydowała chęć umieszczenia na początku tych pytań na które z uwagi na schemat badania właściwego wymagane były precyzyjne i wyczerpujące odpowiedzi.

### 10.2.3 BADANIE PILOTAŻOWE II

Autor przystępując do tego etapu badania pilotażowego postawił przed sobą następujące cele:

- poznanie postaw młodzieży w stosunku do nieanonimowego dwustopniowego badania epidemiologicznego zaburzeń w odżywianiu się,
- analizę powiązań pomiędzy wynikami EAT26 a postawami w stosunku do nieanonimowego dwustopniowego badania epidemiologicznego zaburzeń w odżywianiu się.

Celem dodatkowym badania była wstępna ocena czasu potrzebnego do wypełnienia testów etapu pierwszego badania właściwego. Autor spodziewał się, iż chęć udziału w badaniu nieanonimowym, oraz deklarowana w jego trakcie szczerość będzie pozostawać w istotnym ujemnym statystycznie związku z wynikiem kwestionariusza EAT26.

Do badania zakwalifikowana została 107 osobowa grupa dziewcząt z klas pierwszych oraz drugich 4 losowo wybranych klas Krakowskich Liceów Ogólnokształcących. Kwestionariusz dotyczący zaburzeń odżywiania się dołączony był do pakietu pytań dotyczących obrazu samego siebie osób z zaburzeniami dyslektycznymi oraz Kwestionariusza „Obraz Siebie” D. Offera. Kwestionariusz dotyczący zaburzeń odżywiania się składał się z dwóch części pierwszej objawowej (EAT26) oraz autorskiego kwestionariusza badającego kontekst przeprowadzenia badania nieanonimowego. Badanie związane z zaburzeniami odżywiania się dołączone zostało do głównego pakietu badań. Niejako dodatkowy charakter pytań o zwyczaje jedzeniowe czynił zdaniem autora odpowiedź na nie mniej krępującą i łatwiejszą niż w wypadku tylko „jedzeniowego” badania. Podstawową zmienną zależną był wynik testu EAT26 traktowany jako zmienna ciągła (EAT) wraz z 5 skalami określonymi w badaniu Włodarczyk-Bisagi (1992). Zmienne niezależne stanowiły pozostałe wskaźniki.

Przeprowadzono następujące analizy statystyczne:

- dla zmiennych ciągłych – analizę współczynników korelacji liniowej
- dla zmiennych porządkowych – analizę współczynników korelacji rang Spearmana,
- dla wskaźników jakościowych – jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA.

W przypadku współkorelacji za merytorycznie istotne uznano takie wyniki których wartość przekraczała 0,3, a jednocześnie były istotne statystycznie poniżej poziomu 0,05. W przypadku współczynników, których wartość zawarta była między 0,2 a 0,3 przy spełnionym tym, samym kryterium istotności statystycznej używano określenia „zaznacza się trend w kierunku ujemnej/dodatniej zależności”.

Podstawowe parametry badanej grupy przedstawia poniższa tabela. Kolejne tabele zawierają wyniki analiz z zaznaczeniem tych, które okazały się istotne statystycznie.

Badanie pilotażowe II: charakterystyki rozkładów statystycznych (średnia, odchylenie standardowe) zmiennych w badanej grupie oraz w podgrupach w zależności od wyniku EAT26

		Grupa EAT{-}								
		Wiek	EAT26	Waga podana	Wzrost	BMI „obecne”	BMI najniższe	BMI najwyższe	BMI pożądane	(BMI pod.-BMI poż.)
Cada grupa dziewcząt	16,06	7,54	54,79	166,35	19,83	18,87	20,45	18,97	,83	
	0,76	5,31	6,02	5,87	1,69	1,64	1,89	1,38	1,51	
	<b>16,13</b>	<b>10,90</b>	<b>54,87</b>	<b>166,29</b>	<b>19,88</b>	<b>18,77</b>	<b>20,49</b>	<b>18,90</b>	<b>,96</b>	
	<b>0,75</b>	<b>9,08</b>	<b>6,19</b>	<b>5,63</b>	<b>1,92</b>	<b>1,83</b>	<b>2,10</b>	<b>1,51</b>	<b>1,50</b>	
	16,45	26,50	55,19	166,08	20,05	18,36	20,68	18,61	1,48	
	0,69	6,10	7,11	4,68	2,77	2,47	2,88	1,99	1,43	
		Wiek	EAT26	Waga podana	Wzrost	BMI „obecne”	BMI najniższe	BMI najwyższe	BMI pożądane	(BMI pod.-BMI poż.)
		Grupa EAT{+}								

Badanie pilotażowe II: Współczynniki korelacji liniowej między skalami EAT26 a wskaźnikami tuszy

Zmienna	BMIP	BMIW	BMIN	BMIA	PBMIA
EAT	-0,38/60/P=0,003	ni	-0,3678/63/P=0,003	Ni	ni
ODCH	-0,3197/60/P=0,013	ni		Ni	ni
TROS	ni	ni	-0,2579/63/P=0,041	Ni	ni
PRES	ni	-0,4691/65/P=0,000	-0,4864/63/P=0,000	-0,5188/67/P=0,000	-0,5686/67/P=0,000
DIET	-0,275/60/P=0,033	ni	ni	Ni	ni
WYM	ni	ni	ni	Ni	ni

Badanie pilotażowe II: Współczynniki korelacji rang Spearmana pomiędzy skalami EAT26 a stosunkiem do badania

Zmienna	EAT	ODCH	TROS	PRES	DIET	WYM
Myślisz, że twoi rodzice wypytywali by cię o odpowiedzi jakich udzieliłaś w ankiecie (od tak do nie)	Ni	-0,2388 N(72)Sig0,043	Ni	Ni	Ni	Ni
Czy myślisz, że twoich rodziców mogłaby zaniepokoić informacja, że zostałaś poproszona na rozmowę (od tak do nie)	Ni	0,3003 N( 72) Sig0,010	Ni	Ni	-0,2607 N(72)Sig0,027	Ni
SWAG	Ni	-0,3736 N(79)Sig0,001	Ni	0,5589 N(79) Sig0,000	Ni	Ni

**Badanie pilotażowe II: Stosunek do badania a wyniki EAT26(skala WYM)**

Czynniki	Wartości średnich i odchyłeń standardowych.	Grupy różniące się statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) <sup>61</sup>	Test istotności statystycznej <sup>62</sup>
WYM/Jak zachowałabyś się nie chcąc wziąć udziału w badaniu (1. nie przyszedłabym do szkoły, 2. przyszedłabym, ale odmówiłabym wypełnienia testu, 3. wypełniłabym ale w sposób nieszczerzy).	1)0,0000 (0,0000) 2)0,0000 (0,0000) 3)0,2308 (0,4385)	3v12	F(2,64)=7,7373 Pi=0,0010

Z perspektywy autora najistotniejszą obserwacją wynikającą z badania są istotne statystycznie powiązania pomiędzy wynikiem skali WYM kwestionariusza EAT26 a strategią uniknięcia szczerych odpowiedzi na pytania kwestionariusza nieanonimowego. Brak szczerości w badaniu w opozycji do odmowy badania lub nie przyjscia do szkoły deklarowały dziewczęta z ze znamienne wysokim wynikiem w skali. Nie bez znaczenia wydaje się też być ujemnym relacja między skalą DIET a poczuciem iż rodzicie mogą być zaniepokojeni pytaniami i odpowiedziami respondentki. Nieszczerość osób prezentujących objawy bulimiczne może w istotny sposób wpłynąć na wynik badania właściwego. Wydaje się, iż pozostawienie badanym większej możliwości wyboru udziału w obu etapach badania pozwoli z uwagi na powyższe uniknąć odpowiedzi fałszywie ujemnych.

**10.2.4BADANIE PILOTAŻOWE III**

Trzecie badanie pilotażowe odbyło się w okresie bezpośrednio poprzedzającym badanie właściwe. Jego celem była ostateczna ocena kwestionariusza oraz techniki badania. Cztery pierwsze klasy przebadane zostały z tygodniowym wyprzedzeniem niż pozostała populacja. Trzy dziewczęta (dwie z grupy EAT{+} oraz jedna EAT{-}) wyłonione do badania II etapu zostały przebadane z wyprzedzeniem w stosunku do pozostałej populacji. Każdy etap badania monitorowany był przez prowadzącego badanie. Zasadnicza zmiana wynikająca z trzeciego etapu pilotażu dotyczyła sposobu przeprowadzenia samego wypełniania danych osobowych w kartach skanerowych. Zrezygnowana z wypełniania ich przez samych badanych na rzecz wypełniania przez ankieterów. Uczniowie klasy szkoły zasadniczej mieli z tym etapem duże problemy. Okazało się też, iż sama technika wypełnianie ankiet wymaga szerszego omówienia. Z uwagi na niezakłócony przebieg badania zdobyty ten sposób materiał włączony został do zasadniczej grupy badanych.

-KONIEC-

Kraków, 1997-2000

<sup>61</sup> Zastosowano test wielokrotnego rozstępu Duncana

<sup>62</sup> Wartość testu F obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji.