PREDYKTORY DAZJENIA DO SZCZUPLOSCI W ANOREKSJI I BULIMII PSYCHICZNEJ

Anna Brytek-Matera
Instytut Psychologii
Uniwersytet Śląski

PREDICTIVE FACTORS FOR DRIVE FOR THINNESS IN ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA

Summary. The goal of this study was to determine predictive factors for drive for thinness in a sample of eating disordered patients. The population consisted of 91 females with anorexia nervosa and 78 females with bulimia nervosa. The questionnaire used were the Eating Disorders Inventory, the Self-Esteem Inventory and the Hospital and Depression Scale. The regression analysis revealed that body dissatisfaction, bingeing, perfectionism, body mass index and duration of illness were predictive factors for the drive for thinness in anorexia. However, in the case of bulimia, interoceptive awareness, body dissatisfaction and body mass index constituted a risk profile for development of drive for thinness.

Wprowadzenie


Dzienie do szczuploci (drive for thinness) dotyczy nadmiernej koncentracji na stosowaniu zachowań restrykcyjnych (dieta), przesadnego (obsesyjnego) zaabsorbowania wagcia ciaa, tendencji do utrzymania i pragnienia posiadania szczuplej sylwetki i tym samym lektu przed przybraniem na wadze (Garner i wsp., 1983).

Negatywny obraz wlasnego ciała, dzienie do szczuploci (poprzez skrajne restrykcyjne przestrzeganie diety i nadmiern aktywnoci fizycznej), obniżona samoocena oraz obsesyjne myli dotyczące wyglodu wzmagaj problemy związane z zaburze-

1 Badania wykonane w ramach autorskego projektu nt. „Ciało w dobie XXI wieku. Obraz wlasnego ciała u pacjentek z zaburzeniami odzywania oraz młodziezy akademickiej: badania porównawcze” (badania własne, Instytut Psychologii Uniwersytetu Ślaskiego, 2007).

Adres do korespondencji: abrytek@us.edu.pl

strona 157

Brak satysfakcji z własnego wyglądu może wiązać się ze znaczeniem, jakie osoba przypisuje atrakcyjności fizycznej oraz poszczególnym częściom ciała. Im ważniejsze dla struktury ja jest znaczenie owych wymiarów, tym większe istnieje prawdopodobieństwo, że postrzegane rozbieżności między ja realnym a ja idealnym powodować będą negatywne emocje (Glębocka, Bednarska, 2005).

Współcześnie wyróżnia się dwa główne nurtzy badań dotyczące wieloaspektowości zaburzeń obrazu ciała. Pierwszy – percepcyjny – związany jest z błędnym oszacowaniem rozmiału swojego ciała (body perception), drugi – poznawczy – skupia się na braku satysfakcji z własnego wyglądu (body dissatisfaction) oraz dyskredytowaniu ciała (co tłumaczy dysfunkcjonalne przekonania na temat jego wagi i kształtu) (Garner, 2004).

Zdaniem Bigrasa (za: Vinette, 2001, s. 145) zaburzenia odżywiania odzwierciedlają najczęściej cierpienie duszy i ból życia, które odbijają się w ciele: „ciało stało się godne pogardy, reprezentuje permanentne cierpienie”

Cel badań. Dążenie do posiadania szczupłej sylwetki (i podejmowanie w związku z tym działań mających doprowadzić do osiągnięcia celu) wynikać może nie tylko z chęci dostosowania się do panujących norm kulturowych, gdzie bycie szczupłym gwarantować ma aprobatę społeczną i osiągnięcie sukcesu, co z niskiej samooceny osób z zaburzeniami odżywiania. Ponieważ czynników, które powodować mogą dążenie do szczupłości jest wiele, warto zastanowić się, jakie spośród czynników psychologicznych wpływają na chęć posiadania szczupłej sylwetki.

Celem prezentowanego badania było określenie czynników predykyjnych pragnienia posiadania szczupłej sylwetki przez osoby z anoreksją i bulimią psychiczną. Badanymi zmiennymi były poznawcze i behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania, poczucie własnej wartości oraz symptomy depresji i lęku. Ponieważ zaburzenia emocjonalne figurują jako jedne z najczęstszych współwystępujących objawów klinicznych u osób z anoreksją i bulimią psychiczną (Brytek-Matera, 2008), zmienna ta została uwzględniona w prezentowanych badaniach.

Metoda


**Rycina 1. Charakterystyka badanych grup klinicznych**

Pacjentki z jadowstrętem psychicznym były znacznie młodsze od pacjentek z bulimią (**p < 0.001**). Wykazywały również niższą wartość wskaźnika wagowo-wzrostowego (**p < 0.001**), a także znamiennie niższy czas trwania choroby (**p < 0.001**). Wskaźnik masy ciała (BMI) w grupie z anoreksją wskazywał na znaczną niedowagę (przeciętnie 16 kg/m² a 16,99 kg/m²), zaś w grupie z bulimią mieścił się w normowadze (przeciętnie między 18,5 kg/m² a 24,99 kg/m²).

**Pomiar zmiennych.** Jako narzędzia badawcze wykorzystano:

1. Kwestionariusz Poczucia Wlasnej Wartyści (SEI) (Coopersmith, 1984) – opisujący ewaluacyjne postawy i zachowania związane z samooceną w czterech sferach funkcjonowania człowieka: ogólną, społeczną, rodzinną oraz szkolno/zawodową. Analiza czynnikowa potwierdziła wewnętrzną spójność podziału dla wszystkich wymiarów poczucia własnej wartości (Brytek-Matera, 2007);


Dodatkowo, w badaniach postulowano się anonimową ankietą celem ustalenia: wieku, wzrostu, aktualnej masy ciała, idealnej masy ciała, czasu występowania prob-
lemów związanych z odżywianiem oraz czasu trwania choroby, a także zadowolenia bądź niezadowolenia z własnego wyglądu.

**Wyniki badań**

Analiza wyników składała się z dwóch etapów. W pierwszym etapie, statystyczna analiza danych dotyczyła obliczeń istotności różnic między badanymi grupami (za pomocą testu t-Studenta). Drugi etap natomiast skupiał się na określaniu predyktorów dążenia do szczupłości u pacjentek z jadłowstrętem i bulimią psychiczną (w tym celu wykorzystano analizę regresji).

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu EDI, SEI oraz Skali HADS zostały zamieszczone w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie wyniki poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania, poczucia własnej wartości oraz depresji i lęku u pacjentek z anoreksją i bulimią psychiczną

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Jadłowstręt psychiczny (n = 91)</th>
<th>Bulimia psychiczna (n = 78)</th>
<th>t</th>
<th>df</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Szczupłość</td>
<td>13,59</td>
<td>15,65</td>
<td>4,43</td>
<td>167</td>
<td>.006</td>
</tr>
<tr>
<td>Bulimia</td>
<td>3,22</td>
<td>13,35</td>
<td>4,81</td>
<td>167</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Niezadowolenie z ciała</td>
<td>14,91</td>
<td>18,44</td>
<td>6,13</td>
<td>167</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td>Nieefektywność</td>
<td>11,10</td>
<td>12,32</td>
<td>6,78</td>
<td>167</td>
<td>.234</td>
</tr>
<tr>
<td>Perfekcjonizm</td>
<td>8,55</td>
<td>7,73</td>
<td>4,35</td>
<td>167</td>
<td>.237</td>
</tr>
<tr>
<td>Dystans społeczny</td>
<td>4,31</td>
<td>6,01</td>
<td>5,35</td>
<td>167</td>
<td>.034</td>
</tr>
<tr>
<td>Świadomość interoceptywna</td>
<td>11,29</td>
<td>14,82</td>
<td>6,67</td>
<td>167</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Lęk przed dojrzalością</td>
<td>6,34</td>
<td>6,25</td>
<td>4,72</td>
<td>167</td>
<td>.948</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Inwentarz Poczucia Własnej Wartości

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ogólne poczucie własnej wartości</th>
<th>Społeczne poczucie własnej wartości</th>
<th>Rodzinne poczucie własnej wartości</th>
<th>Zawodowe poczucie własnej wartości</th>
<th>Skala klamstwa</th>
<th>Szpitalna Skala Lęku i Depresji</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M</td>
<td>10,45</td>
<td>4,96</td>
<td>3,66</td>
<td>4,31</td>
<td>2,30</td>
<td>11,37</td>
</tr>
<tr>
<td>SD</td>
<td>5,03</td>
<td>5,14</td>
<td>2,17</td>
<td>1,89</td>
<td>1,50</td>
<td>4,26</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie. Przyjęty poziom istotności „p” wynosił 0,05 (przedeł dwustronny).

---

strona 160
Brak satysfakcji ze swojej sylwetki zgłaszało 99% kobiet z bulimią psychiczną (n = 77) oraz 85% z jałłowstrzętem psychicznym (n = 77).

Aktualna masa ciała wyniosła 46,24 kg (SD = 5,83) odpowiednio u pacjentek z anoreksją, zaś w grupie z bulimią 60,27 kg (SD = 10,00). Idealna waga u dziewcząt z jałłowstrzętem psychicznym równa była 43,10 kg (SD = 7,07), natomiast z bulimią 51,64 kg (SD = 7,12)

Drugie etap analizy dostarczył informacji, jakie czynniki predysponują do dążenia do szczupłości u dziewcząt z anoreksją (rycina 2) i z bulimią (rycina 3).

Rycina 2. Wyniki analizy regresji dla dążenia do szczupłości u pacjentek z jałłowstrzętem psychicznym

Uzyskane zmienne (niezadowolenie z ciała, bulimia, perfekcjonizm, wskaźnik wagowo-wzrostowy i czas trwania choroby) w 57% wyjaśniają pragnienie posiadania szczupłej sylwetki przez badane kobiety z jałłowstrzętem psychicznym (R² = 0,576; p < 0,01).

Legenda: * p < 0,05; ** p < 0,001

Rycina 3. Wyniki analizy regresji dla dążenia do szczupłości u pacjentek z bulimią psychiczną

Legenda: * p < 0,05; *** p < 0,01
Dane te wskazują, że trzy zmienne, tj. świadomość interoceptywna, niezadowolenie z ciała i wskaźnik wagowo-wzrostowy wyjaśniają w 36% pragmienie posiadania szczupłej sylwetki przez badane kobiety z bulimią psychiczną ($R^2 = 0.365; p < 0.01$).

**Dyskusja**


W przypadku pacjentek z bulimią czynnikami, które determinują chęć posiadania szczupłej sylwetki są: świadomość interoceptywna (niski stopień rozpoznawania bodźców płynących z własnego ciała, trudności w określaniu własnej emocjonalności oraz doświadczanie trudnych do opanowania emocji), niezadowolenia z ciała oraz wskaźnik wagowo-wzrostowy. U pacjentek z bulimią psychiczną zaburzony obraz ciała (rozbieżność między oceną rozmiarów i kształtów ciała a stanem faktycznym; wyolbrzymianie rozmiarów własnego ciała) wpływa na niezadowolenie oraz brak satysfakcji z wyglądu, pejoratywny stosunek do własnej cielesności, negatywne myśli, oceny, uczucia i postawy związane z wyglądem (Levine, Piran, 2004). Cooper i Hunt (1998), sugerują, że bulima psychiczna jest związana z wysokim stopniem niezadowolenia z własnej sylwetki.

Inni autorzy (Fairburn i wsp., 1999) twierdzą, że niskie poczucie własnej wartości i nadmierna koncentracja na wyglądzie są istotnymi czynnikami wpływającymi na rozwój i podtrzymywanie zaburzeń odżywiania. Badania Ghaderi (2002) dowodzą,

---

   a) perfekcjonizm zorientowany na siebie (self-oriented perfectionism) – ostry samokrytyczny i nierenalistyczny standardy narzucane samemu sobie;
   b) perfekcjonizm zorientowany na innych (other-oriented perfectionism) – nierenalistyczne oczekiwania wobec innych osób; tendencja do dominacji i autorytarystyki;
   c) perfekcjonizm zalecany społecznie (socially prescribed perfectionism) – potrzeba osiągania standardów oraz celów wyznaczanych przez innych
że niska samoocena, niski poziom społecznego wsparcia otrzymywany od rodziny, nadmierna zaabsorbowanie własnym ciałem oraz strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na unikaniu (escape-avoidance coping) (wyrażające się w tendencji do skupiania się na czynnościach zastępczych i tym samym powodujące unikanie myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej) stanowią czynniki ryzyka powstawania jadłowstrzątu i bulimii psychicznej.

W innych (międzykulturowych: polsko-francuskich) badaniach (Brytek-Matera, 2008a) czynnikami ryzyka powstawania jadłowstrzątu psychicznego u pacjentek narodowości polskiej była interioryzacja złości, wiara w sprawowanie kontroli przez osoby znaczące (LOC zewnętrzne), zaprzeczanie/egnowanie (jako strategia radzenia sobie ze stresem), cele życiowe dotyczące rozwoju intelektualnego, które były dla badanych bardzo ważne, z drugiej zaś strony bardzo trudne do osiągnięcia (konflikt celów rozwoju intelektualnego) oraz słaba wiara w szczęście/przypadek. Natomiast pacjentki francuskie, u których istniało większe ryzyko zachorowania na jadłowstrząt psychiczny uwewnętrzniały własną złość, często wyznaczały sobie cele dotyczące rozwoju intelektualnego, które uważały za bardzo ważne a jednocześnie trudne do osiągnięcia oraz mniej akceptowały realność sytuacji, którą je spotykala (coping – akceptacja). W przypadku pacjentek z bulimią narodowości polskiej, do głównych predyktorów powstawania zaburzenia należało nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, psychotropy, narkotyki) w celu radzenia sobie z sytuacją stresową, uzewnętrznianie własnej złości (eksterioryzacja złości), wiara w sprawowanie kontroli przez osoby znaczące (zewnętrzne poczucie umiejścienia kontaktów) oraz mniejsza reinterpretacja w sposób pozytywny własnej sytuacji (coping – reinterpretacja sytuacji). Pacjentki mieszkające we Francji, u których istniało większe ryzyko zachorowania na bulimię uwewnętrzniały własną złość (interioryzacja złości), redukowały swoje wysiłki, żeby pokonać sytuację dyskomfortową (coping – dezorganizacja zachowania) oraz posiadały niskie poczucie własnej wartości w sferze rodzinnej (Brytek-Matera, 2008a).

Literatura cytowana


