

**Mateusz Grajek, Anna Rej, Sandra
Kryśka, Karolina Sobczyk**

**Problematyka zaburzeń odżywiania
w ocenie adolescentów**

Nauczyciel i Szkoła 2 (54), 187-198

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Mateusz GRAJEK¹, Sandra KRYSKA, Anna REJ²,
Karolina SOBCZYK³

¹ Zakład Żywienia Człowieka, Wydział Zdrowia Publicznego
w Mysłowicach

² Studium Doktoranckie, Wydział Lekarski z Oddziałem
Lekarsko-Dentystycznym

³ Studium doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach

Problematyka zaburzeń odżywiania w ocenie adolescentów

Słowa kluczowe

Zaburzenia odżywiania; młodzież; stygmatyzacja.

Streszczenie

Problematyka zaburzeń odżywiania w ocenie adolescentów

Wprowadzenie

Wobec skali problemu, jakim są zaburzenia odżywiania wśród adolescentów należy przyjrzeć się sytuacji rówieśniczej i szkolnej młodzieży borykającej się z problemem zaburzeń jedzenia. Cel pracy

Praca ma za zadanie odpowiedzieć na pytanie: czy rówieśnicy zauważają w ogóle tego typu problemy swoich kolegów i w jaki sposób na nie reagują?

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na podstawie anonimowego kwestionariusza (okres: kwiecień-maj 2012). Ankiety zrealizowano w grupie 284 uczniów śląskich gimnazjów, wśród których 76 osób przejawiało wyraźne symptomy zaburzeń odżywiania. Otrzymany z ankiet materiał badawczy został zakodowany i przeanalizowany za pomocą narzędzi statystycznych – test chi-kwadrat ($p < 0,05$).

Wyniki

Na podstawie analizy uzyskanego materiału zauważono, że wyraźnym problemem osób, u których podejrzewa się zaburzenia odżywiania jest agresja i przemoc, głównie psychiczna (65%). Dodatkowo zwrócono uwagę na niewydolny system reagowania w sytuacjach przemocy szkolnej – tylko w przypadku 23% ankietowanych uzyskuje pełną pomoc, która przynosi właściwy skutek.

Wnioski

Okazuje się, że nietolerancja wobec osób cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania jest problemem powszechnym, a co najgorsze akceptowalnym przez otoczenie rówieśnicze.

Key words

Eating disorders, youth, stigma.

Summary

Assessing the issue of eating disorders in adolescents

Introduction

Given the scale of the problem of eating disorders among adolescents, one should look at the situation within the peer group and the youth struggling with the problem of eating disorders.

Objective

This work is intended to answer the question of whether the peer group notices the problem among their classmates, and how they respond?

Materials and methods

The study was based on an anonymous questionnaire (conducted between April-May 2012). The surveys are carried out in a group of 284 secondary schools pupils in Silesia, of whom 76 people manifested clear symptoms of eating disorders. The data obtained from the survey research was coded and analyzed using the statistical tool – the chi-square test ($p < .05$).

Results

Based on the analysis of the resulting material, it was noted that people suspected of having eating disorders have clear problems with psychological aggression (65%). In addition, attention was paid to the inefficient system that is in place to respond to school violence - only among 23% of the respondents was the full support that brings the right result obtained.

Conclusions This data reveals that the intolerance of people suffering from eating disorders is a common problem, and least amount of acceptance can be found in the peer environment.

Wprowadzenie

Zaburzenia odżywiania jako grupa schorzeń została dokładnie sklasyfikowana oraz uznana przez środowisko medyczne stosunkowo niedawno. Pierwszy opis diagnostyczny jednostek chorobowych wchodzących w skład grupy zaburzeń odżywiania datowany jest na rok 1984. W tym właśnie roku zaburzenia odżywiania zostały opisane w opracowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (ang. *American Psychological Association* – APA) w standardowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. W klasyfikacji tej przedstawiona została również definicja zaburzeń odżywiania, zgodnie z którą są one „schorzeniami, w których dochodzi do określonych zaburzeń nawyków żywieniowych lub zachowań polegających na kontroli wagi ciała. Dodatkowo powodują one ze strony klinicznej znaczące zaburzenia zdrowia somatycznego lub funkcjonowania psychospołecznego.” W definicji podkreślono także, że zaburzenia odżywiania nie są i nie powinny być traktowane, jako schorzenia wtórne w stosunku

do schorzenia medycznego o charakterze ogólnym lub innego zaburzenia psychicznego¹.

W roku 1992 również Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organizations* – WHO) w kolejnej już edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*) również postanowiła sklasyfikować w niej zaburzenia odżywiania. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia odżywiania zaliczone zostały do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00 – F99). Wchodzą one w skład zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50 – F59). W rozdziale dotyczącym zaburzeń odżywiania (F50) umieszczonych i scharakteryzowanych zostało osiem zespołów zaburzeń: F50.0 jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), F50.1 jadłowstręt psychiczny atypowy, F50.2 żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*), F50.3 atypowa żarłoczność psychiczna, F50.4 przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi, F50.5 wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi, F50.8 inne zaburzenia odżywiania się, F50.9 zaburzenia odżywiania się, nie określone².

Natomiast, zgodnie z klasyfikacją DSM-IV-TR opracowaną i opublikowaną przez APA w 2000 r. zaburzenia odżywiania (307.50) zostały zawarte w kategoriach osi I (zaburzenia kliniczne) z wyjątkiem niespecyficznych. Wśród zaburzeń wyróżniono: *anorexia nervosa* (307.1), *bulimia nervosa* (307.51) oraz zaburzenia odżywiania niewyspecyfikowane gdzie indziej – *Eating Disorder Not Otherwise Specified* – EDNOS (301.22)³.

Jak więc łatwo można zauważyć, zaburzenia odżywiania nie są chorobami wynikającymi z „niejedzenia lub objadania się”, ale są one schorzeniami psychicznymi i jako takie powinny być traktowane.

Anorexia nervosa jest zaburzeniem charakteryzującym się celową utratą masy ciała wywołaną lub/i podtrzymywaną przez osobę chorą. Najczęściej dotyczy ona dziewcząt, które weszły w okres dojrzewania oraz młodych kobiet. Anoreksja nie jest chorobą sprzężoną z płcią, dlatego też występuje również w grupie chłopców w okresie dojrzewania oraz młodych mężczyzn. Niemniej jednak w tej grupie częstość występowania choroby jest niewielka⁴.

Bulimia nervosa jest zespołem chorobowym, który przejawia się nawracającymi napadami żarłoczności oraz nadmierną koncentracją uwagi wokół tematu kontroli masy ciała. Zachowaniem typowym w tym zaburzeniu jest prowokowanie wymiotów lub/i zażywanie środków przeczyszczających wy-

¹ J. Wciórka, *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier, Kraków 2008.

² Praca zbiorowa. ICD-10 rozdział V. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.

³ Wciórka J., *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier, Kraków 2008.

⁴ Praca zbiorowa. ICD-10 rozdział V. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.

stępujące każdorazowo po epizodzie przejedzenia się. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że powtarzające się wymioty mogą doprowadzić do zaburzeń elektrolitowych i powikłań somatycznych⁵.

Compulsive overeating tak w literaturze przedmiotu, jak i w potocznym nazewnictwie często określane jest również uzależnieniem od jedzenia. Jest to choroba, która charakteryzuje się niekontrolowanym spożywaniem bardzo dużych ilości jedzenia, którego zadaniem jest stłumienie emocji, przeżyć wewnętrznych, walka ze stresem czy problemami życia codziennego. Cechą odróżniającą kompulsywne objadanie się od bulimii, z którą często bywa mylone, jest brak działań kompensacyjnych⁶.

Natomiast *binge eating disorder* jest zaburzeniem łączącym w sobie cechy kompulsywnego objadania się i *bulimia nervosa*. *Binge eating disorder* nazywane również napadowym objadaniem się objawia się okresowymi epizodami niekontrolowanego objadania się, które nie są wywołane stresem, emocjami, przeżyciami⁷.

Zgodnie z doniesieniami, zaburzenia odżywiania są coraz większym problemem społecznym. Świadczyć o tym, chociażby wyniki tak polskich jak i zagranicznych badań. Literatura przedmiotu podaje, że zaburzenia odżywiania występują częściej u osób rasy białej, w szczególności wśród białych mieszkańców krajów wysokorozwiniętych. Schorzenia te praktycznie nie występują wśród populacji zamieszkujących afrykańskie kraje rozwijające się⁸. Wyniki badań wykazują również, że sama anoreksja diagnozowana jest obecnie u 10% kobiet w wieku 16-25 lat⁹. Zdecydowanie trudniej określić częstość występowania bulimii, głównie ze względu na większą możliwość ukrywania choroby. Dlatego też dane odnoszące się do częstości występowania bulimii są dość rozbieżne. Zgodnie z literaturą przedmiotu na tą jednostkę chorobową cierpi, wg różnych źródeł, od 3 do nawet 10% populacji generalnej¹⁰. Natomiast jeśli chodzi o dwa pozostałe zaburzenia odżywiania – *compulsive overeating* i *binge eating disorder* – dane na ich temat nie są ani zbyt dokładne, ani precyzyjne. *Compulsive overeating* w samych Stanach Zjednoczonych diagnozuje się u 10% osób poddawanych terapii odchudzającej¹¹. Natomiast *binge eating disorder* diagnozowane jest u 5,5% populacji generalnej¹².

⁵ Tamże.

⁶ M. Jablow, *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*, GWP, Gdańsk 2001.

⁷ Z. Cooper, Ch. Fairburn, *Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa*. The International Journal of Eating Disorders, 2003; 89-95.

⁸ C. Fairburn, P. Harrison, *Eating disorders*. The Lancet, 2003; 361: 407-416.

⁹ I. Namysłowska, E. Paszkiewicz, A. Siewierska, *Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia*. WAB, Warszawa, 2000.

¹⁰ A. Rajewski, A. Rajewska-Rager, *Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie*. Family Medicine & Primary Care Review 2009; 11(4): 931-937

¹¹ C. Fairburn, P. Harrison, *Eating disorders*. The Lancet, 2003; 361: 407-416.

¹² J. Hudson, E. Hiripi, H. Pope, R. Kessler, *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Biological Psychiatry 2007; 61(3): 348-58.

Zaburzenia odżywiania są, jak już wcześniej wspomniano, najczęściej diagnozowane u młodzieży. Ze względu na zbyt ogólnikowe ich traktowanie bardzo często zaburzenia odżywiania traktowane są jak „chwilowa moda”, „kaprys młodzieży” czy „efekt nudy”. Dlatego też otoczenie osoby cierpiącej na zaburzenia odżywiania, szczególnie rodzina i nauczyciele, często bardzo długo nie zauważają pierwszych niepokojących sygnałów lub zwyczajnie je ignorują. Zupełnie inaczej sytuacja ta wygląda ze strony rówieśników osoby cierpiącej na zaburzenia odżywiania. Dzieci i młodzież znacznie szybciej i znacznie częściej wychwytyją wszystkie sygnały i zachowania, które odbiegają od normalnego zachowania rówieśnika. Niestety dzieci i młodzież najczęściej nie umieją lub nie chcą pomóc takiej osobie. Co więcej, zgodnie z obiegową opinią, dzieci i młodzież są okrutne i wychwytyją wady i słabości rówieśników, aby je wykić, wydrwić, obśmiać, stygmatyzować.

Stygmatyzacja, określana również mianem naznaczania jest, zgodnie z definicją, „procesem nadawania określeń w kategoriach zachowania tak jednostkom jak również grupom społecznym. Wynikiem tego procesu jest przyjmowanie przez te jednostki czy grupy przyjmowanie nadawanych im cech oraz działanie zgodnie z przypisanymi etykietami.” Stygmatyzacja, czyli potoczne przypięcie komuś etykietki przebiega zawsze przy określeniu negatywnej grupy odniesienia. Osoby, którym „przyklejona zostanie łatka” bardzo często są również deprecjonowane przez otaczające ją grupy społeczne czy większe społeczności. Dzieje się tak, gdyż stygmatyzacja jest procesem, który bazuje na mechanizmie tworzenia stereotypów¹³.

Cel pracy

Wobec skali powyższej opisanego zjawiska warto dokładniej przyjrzeć się sytuacji młodzieży szkolnej borykającej się z problemem zaburzeń odżywiania. Praca ma za zadanie odpowiedzieć na pytanie: czy rówieśnicy zauważają w ogóle tego typu problemy swoich kolegów i w jaki sposób na nie reagują? Dlatego też zasadniczym celem, a zarazem istotą przeprowadzonych badań było ukazanie, w jaki sposób młodzież z zaburzeniami odżywiania lub ich symptomami jest traktowana przez środowisko rówieśnicze.

W korespondencji do celu głównego sformułowano również założenie, że młodzież szkolna, której dotyczą jawne problemy żywieniowe jest częściej narażona na nieakceptację otoczenia lub nawet stygmatyzację szkolną. Dodatkowo założono, że akty przemocy i agresji wobec osób dotkniętych zaburzeniami jedzenia zależne są od płci respondentów.

¹³ A. Dyduch, A. Grzywa, *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. „Polski Merkurusz Lekarski”, 2009, XXVI(153): 263.

Material i metody

Badanie przeprowadzono na podstawie anonimowego i dobrowolnego kwestionariusza, autorskiej konstrukcji. Ankieta, o której mowa, oceniała sposób, w jaki uczniowie traktują bądź traktowaliby swoich kolegów i koleżanki borykające się z problemem zaburzonego odżywiania. Okres zbierania danych obejmował dwa miesiące: kwiecień-maj (dokładnie: 01.04.2012 r.-31.05.2012 r.).

Grupę badaną stanowiło 284 osób będących uczniami drugich klas szkół gimnazjalnych znajdujących się na terenie Katowic i okolicznych miast wchodzących w skład Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego (GOP). Wszyscy uczestnicy badania dobierani byli probabilistycznie na podstawie niezależnego losowania. Osoby z zaburzeniami odżywiania (76 osób) wyłaniane były na drodze wskazania w kwestionariuszu podstawowych objawów, takich jak: wyrzucanie drugiego śniadania, celowe głodzenie, mechaniczne zwracanie treści żołądkowej, intensywny wysyłek fizyczny, etc.

Otrzymany z ankiet materiał badawczy został zakodowany numerycznie w bazie danych stworzonej przy pomocy programu Microsoft® Excel i przeanalizowany w środowisku pakietu Statsoft® Statistica w wersji 10.0. Szczegółowe analizy wykorzystywały następujące narzędzia: test χ^2 dla cech jakościowych (z poprawkami Yates'a i Fisher'a dla małych liczebnych podgrup), współczynnik siły zależności V-Cramer'a oraz współczynnik kierunku zależności ϕ . Istotność statystyczna została przyjęta na poziomie $p=0,05$.

Wyniki

Przed przystąpieniem do omówienia wyników warto nadmienić, że zastosowane narzędzia statystyczne w postaci testu χ^2 nie wykazały znaczących różnic, które byłyby znamienne statystycznie, dlatego uzyskanych wyników nie należy generalizować na całość populacji. Tym samym nie wykazano zależności między występowaniem aktów nietolerancji między chłopcami a dziewczynkami, co nie oznacza, że tego typu różnice nie występują. Na fakt niezaistnienia różnic w badaniu wpłynąć mogły takie czynniki jak: mała liczba badanych, dysproporcje między płciami, utrudniony dostęp do materiału badawczego.

Omówienie wyników badania kwestionariuszowego rozpoczęte zostanie od właściwej charakterystyki grupy. Respondenci w momencie przeprowadzania badania ankietowego byli uczniami drugich klas gimnazjum (mieścili się w przedziale wiekowym: 14-15 lat). Około 74% populacji badanej stanowiły dziewczynki, a 26% chłopcy. Wszyscy przebadani uczniowie pochodzili z terenów zurbanizowanych województwa śląskiego (przede wszystkim z Katowic oraz okolicznych miast GOP).

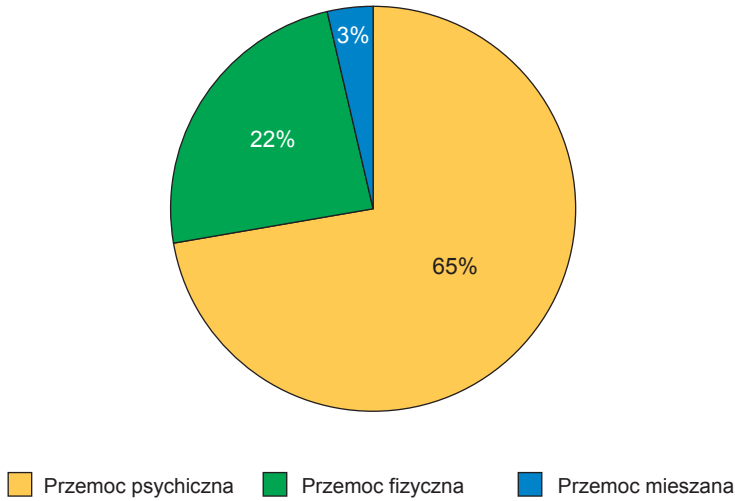
Na wstępie postanowiono zapytać respondentów o ich życie rodzinne. W tym celu w pytaniu zastosowano skalę od 1 do 5 przypominającą szkolny system oceniania, gdzie 1 (niedostateczny) oznaczał sytuację bardzo złą,

a 5 bardzo dobrą (nie uwzględniano oceny 6 – celujący). Ankietowani oceniali swoją atmosferę domową w 57% przypadków jako dobrą lub bardzo dobrą. Pozostała część respondentów wahała się między odpowiedziami: dostateczna lub dopuszczająca (22% vs. 21%). Znakomita większość, bo 80% respondentów wskazywała na brak jakichkolwiek problemów domowych, oceniając swoje ognisko domowe jako typowe. Pozostałe 20% dzieci miało różne sytuacje w domu, najczęściej wybierane odpowiedzi to: kłótnie rodziców – 32%; brak jednego rodzica – 41%; brak zainteresowania ze strony rodziców – 58% (N=284).

Na podstawie pytań dotyczących nawyków żywieniowych wyłoniono spośród badanej grupy osoby prawdopodobnie cierpiące na zaburzenia odżywiania lub posiadające ich wyraźne symptomy. Do wspomnianej grupy zaliczono 76 respondentów ze wszystkich 284 ankietowanych, co stanowiło około 27% ogółu uczestników badania. Kryteriami bezpośredniego włączenia do grupy osób z zaburzeniami odżywiania było wykazywanie przynajmniej trzech z analizowanych objawów oraz subiektywna ocena ich częstotliwości przez respondenta. Wśród symptomów należących do patologicznych zachowań żywieniowych wybrano m.in.: BMI niższe od 18,5 kg/m² (niedowaga) a oraz niedowagę według siatek centylowych¹⁴, spadek masy ciała w relacji do ostatniego półrocza i roku, nieregularne spożywanie posiłków (niejedzenie bądź pomijanie posiłków), zachowania kompulsywne (intensywne ćwiczenia, zażywanie środków przeczyszczających, mechaniczne wywoływanie wymiotów zaraz po spożyciu posiłków, etc.), bodźce psychologiczne (tj. objadanie się w sytuacjach zwiększonego napięcia i stresu, zaniżona samoocena i samoakceptacja. W badaniu nie podjęto się oceny jakościowej oceny jadłospisów oraz dokumentacji medycznej respondentów z powodu braku dostępu do nich.

Właściwa część kwestionariusza zakładała analizę życia rówieśniczego badanych osób. Zapytano ankietowanych czy w środowisku szkolnym ze strony ich kolegów i koleżanek zdarzają się akty przemocy. Około 79% respondentów cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania spotkało się z jakąkolwiek formą przemocy kierowaną w ich stronę (n=76). Według pozyskanych danych najczęściej, bo w 65% jest to przemoc psychiczna, 22% wskazuje na przejawy przemocy fizycznej, a reszta (3%) na mieszane formy nietolerancji. Wspomniane zjawisko charakteryzuje się różną częstotliwością – codziennie (45%), 1-2 razy w tygodniu (30%), rzadziej (25%). Dla porównania osoby niewykazujące symptomów zaburzeń jedzenia tylko w 23% przypadków zgłaszały problem przemocy i agresji rówieśniczej (n=208).

¹⁴ W badaniach żywieniowych nie zaleca się stosowania współczynnika masy ciała BMI (Body Mass Index) wśród dzieci do 14 r.ż., mimo, że badane dzieci charakteryzował wiek 14-15 lat to w pracy posłużono się dla wsparcia tabelami centyłowymi, które również wskazują na stopień odżywienia organizmu poprzez pomiar różnicy między wzrostem i masą ciała a danym wiekiem przy pomocy tzw. kanałów centylowych (wg WHO – Global Database on Body Mass Index).



Rys. 1. Rodzaje doświadczanej przemocy ze strony otoczenia rówieśniczego (wg respondentów); n=76. Źródło: Opracowanie własne.

Psychiczne formy przemocy najczęściej przybierają dość wyszukane postaci i dotyczą zarówno dziewczynek (53%), jak i chłopców (47%). Do wskazanych postaci respondenci zaliczają wyśmiewanie, poniżanie i wykluczenie (73%) oraz zjawisko zwane cyberprzemocą (27%), czyli stosowanie wyszukiwanych form znęcania się nad drugą osobą przy pomocy różnych nośników informacji (SMS-y, portale społecznościowe, czaty i fora dyskusyjne, tworzenie poniżających tekstów, zdjęć, filmów oraz anti-stron internetowych – witryn ukazujących w negatywnym świetle osobę prześladowaną).

Fizyczne formy przemocy obejmowały głównie niszczenie rzeczy osobistych (88%). Niespełna 12% respondentów doświadczyła innych aktów wandalizmu oprócz zniszczenia rzeczy osobistych. Do tych form ankietowani zaliczali: szturchanie, popychanie, drobne uszkodzenia ciała. Miejscem, w którym najczęściej dochodzi do opisanych zachowań jest plac i korytarz szkolny (21%), lekcje W-F (szatnie) – 30%, miejsca pozaszkolne (49%). Ta forma agresji zdecydowanie częściej dotyczyła chłopców (90%) i również przez przedstawicieli tej płcy była inicjowana (84%).

Na koniec postanowiono sprawdzić, czy respondenci znają sposoby zapobiegania tego typu przejawom ze strony otoczenia. Jak wykazała analiza statystyczne – tylko 29% badanych decyduje się podjąć kroki związane z przerwaniem zjawiska stygmatyzacji ze strony innych. Najczęstszą metodą pozostaje rozmowa (89%) z nauczycielem i/lub rodzicami, a także samodzielne próby „odegrania się” na oprawcach – 11%. Mimo interwencji akty stygmatyzacji zakończyły się tylko w przypadku 23% ankietowanych.

Dyskusja

Podsumowując otrzymane w badaniu wyniki można stwierdzić, że młodzież gimnazjalna jest bardzo nietolerancyjna, a często wręcz wulgarna w stosunku do rówieśników, którzy cierpią z powodu zaburzeń odżywiania. Bardzo często dzieci z zaburzeniami odżywiania są stygmatyzowane przez swych rówieśników. Warto również zauważyć, że mało jest badań i prac dotyczących problematyki niniejszego artykułu. Oczywistą rzeczą jest, że otrzymanych wyników nie należy uogólniać na całą populację gimnazjalistów, ale otrzymane rezultaty badań wskazują na poważny problem natury psychologicznej i behawioralnej, dlatego warto się mu przyjrzeć dogłębnie i przeanalizować inne doniesienia odnoszące się do tej problematyki.

Zgodnie z raportami zdrowotnymi oraz danymi z literatury fachowej problemy anoreksji i bulimii dotyczą coraz to większej grupy osób dorastających. Częstotliwość występowania anoreksji wśród europejskich nastolatków kształtuje się następująco: we wschodniej części Europy wynosi ok. 0,9%, podczas gdy na Zachodzie jest to już nawet 5,7%. W odniesieniu do bulimii wskaźnik ten kształtuje się odpowiednio na poziomie 3,2% 7,3%. Odsetek chłopców w wieku nastoletnim cierpiących na bulimię wynosi 2,1%¹⁵. Inne badania nad bulimią donoszą, że dotyczy ona 1,4% przedstawicieli płci męskiej oraz 9,4% przedstawicielek płci żeńskiej¹⁶.

Badania prowadzone w Polsce wykazują, że ok 33% nastolatków stosuje różne metody odchudzania się, a ponad 25% z nich wyraża chęć obniżenia swojej masy ciała. Nadmierną konsumpcję artykułów spożywczych oraz lęk przed przybraniem na wadze zgłasza 40% badanych, natomiast aż $\frac{1}{10}$ adolescentów prowokuje wymioty¹⁷. Według Lwowa ponad 50% nastolatków jest niezadowolona ze swojego wyglądu, a prawie 70% nastolatek odchudzało się w przeszłości lub aktualnie stosuje dietę odchudzającą. Co więcej, taki sam odsetek badanych nastolatków przejawia zachowania mogące świadczyć o występowaniu u nich zaburzeń odżywiania. Dziewczęta te doświadczają negatywnych emocji w związku z normalnym apetytem, objadają się w sytuacjach stresogennych oraz spożywają posiłki po kryjomu¹⁸. Niepokojącym jest również fakt nieprawidłowego postrzegania swojej masy ciała przez młodzież w stosunku do stanu realnego – prawie 50% dziewcząt i prawie 25% chłopców uważa się za zbyt grubych, czego zaprzeczenie stanowi ich wskaźnik BMI¹⁹.

¹⁵ M. Makino i in., Prevalence of Eating Disorders: *A Comparison of Western and Non-Western Countries*, *MedGenMed*, 2004; 6(3): 49.

¹⁶ A. Wojtyła i in., *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2011; 92(2): 343-350.

¹⁷ Tamże.

¹⁸ F. Lwowa, K. Dunajska, A. Milewicz, *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2007, t. 3.

¹⁹ H. Kołobo, B. Woynarowska, *Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*. *Przegląd Pediatryczny*, 2004; 34(3/4): 196-201.

Według badań prowadzonych przez różnych badaczy osoby posiadające negatywne wzorce żywieniowe w wielu wypadkach cierpią z powodu zaniżonej samooceny, która to objawia się przede wszystkim jako nadwrażliwość na różnego rodzaju bodźce z otoczenia, lękliwość, napięcie emocjonalne i wewnętrzne splątanie, podejrzliwość oraz brak zaufania wobec innych, nawet najbliższych osób. Dlatego należy, właśnie w tym aspekcie doszukiwać się źródeł przemo- cy wobec tego typu osób, albowiem wśród ludzi przejawiających takie cechy charakteru częste jest kształtowanie się zjawiska tzw. „kozła ofiarnego”. Kulas twierdzi, że towarzyszący niskiej samoocenie strach staje się przyczyną niskiej motywacji do działania. Skutkuje to poczuciem niedowartościowania i brakiem akceptacji siebie samego, a w odniesieniu do innych ludzi przejawia się to w trudnościach w kontaktach oraz zdystansowaniem. Często towarzyszy temu skłonność do ustępliwości i wycofania poza²⁰.

Przedstawione informacje w odniesieniu do strony psychologicznej mogą być porównywalne z obrazem chorych dziewcząt, jaki ukazuje się w piśmiennictwie na przestrzeni lat. Dziewczęta cierpiące na anoreksję przypisują sobie mniejszą liczbę cech pozytywnych, jak również nie akceptują siebie samych i swojego ciała. Ponadto, przy dużej potrzebie osiągnięć nigdy nie są zadowolone z uzyskanych wyników. Wśród ich cech można wymienić dużą niepewność, a także niewiarę we własne możliwości. Z drugiej strony, są bardzo podporządkowane, a także uzależnione emocjonalnie od opiekunów. Skutkuje to tym, że postrzegają swoje życie jako kontrolowane z zewnątrz, a z drugiej strony sprawiają wrażenie, jakby stale potrzebowały tej kontroli. Wewnętrzną potrzebę niezależności całkowicie przenoszą na aspekt związany z jedzeniem, a zwłaszcza jego nadmiernym ograniczaniem. Rygorystyczna dieta staje się powodem poczucia kontroli nad własnym życiem, a co za tym idzie, na tym elemencie budują swoje poczucie wartości. Cały czas obecny jest w ich życiu lęk przed utratą kontroli nad ilością spożywanego jedzenia, a przez to nad swoim życiem²¹.

Zdaniem Kowalika najbardziej powszechnym skutkiem stygmatyzacji człowieka z zaburzeniami w aspekcie psychologicznym jest pozbawienie go możliwości do podejmowania ról rodzinnych czy zawodowych, bardzo duże ograniczenie jego kontaktów towarzyskich, czyli wykluczenie społeczne. Przypisywanie mu cech osoby mało wartościowej, bezużytecznej, skutkuje ograniczeniem jego aktywności, a na zasadzie samospełniającego się proroctwa, umniejsza także jego kompetencje intelektualno-społeczne, przez to pogłębiając społeczną alienację²². Praktyki dyskryminacyjne, pozbawienie człowieka

²⁰ H. Kulas, *Samowiedza młodzieży*. WSiP, Warszawa 1986.

²¹ A. Jakubik, Łada. *Poziom samooceny i poczucie umiejscowienia kontroli w jadłowstręcie psychicznym*. [w:] *Studia z psychologii*, t. IX. ATK, Warszawa 1999, s. 57-72.

²² S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.

chorego praw, wzbudzanie w nim lęku, wzmocnienie poczucia, że jest napiętnowany czy też izolowany, może stanowić rzeczywisty czynnik spustowy agresywnych i autoagresywnych reakcji mających charakter obronny²³.

Przytoczone piśmiennictwo i wyniki badania własnego stanowią ważną wskazówkę dla nauczycieli i rodziców nieposiadających wiedzy w aspekcie psychospołecznej natury problemu zaburzeń jedzenia. Najważniejszą kwestią pracy jest poprawa współczesnego stanu wiedzy. Nie od dziś wiadomo, że „lepiej zapobiegać niż leczyć”, a tym samym, aby zaprzestać szerzeniu się opisanego zjawiska należy tworzyć wewnątrzszkolne systemy reagowania, a także uczyć rodziców na możliwość występowania tego typu aktów. Należy również pamiętać, że zaburzenia odżywiania bardzo często mają swój początek w domu i to w nim powinna znajdować się pierwsza pomoc.

Wnioski

Przytoczone fakty pozwalają z powodzeniem wnioskować na temat istotności podjętej problematyki badań oraz konieczności przeprowadzenia dalszych badań. Na podstawie powyższych danych, uzyskanych metodą kwestionariuszową i skorelowaniu ich z dostępnym piśmiennictwem fachowych, można wyciągnąć następujące wnioski merytoryczne:

1. Nietolerancja wobec osób cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania jest problemem powszechnym, a co najgorsze akceptowalnym przez otoczenie rówieśnicze.
2. Najczęstszą formą stygmatyzacji w przypadku osób z zaburzeniami odżywiania jest przemoc natury psychicznej. Według respondentów najczęstszym jej przejawem jest marginalizacja i cyberprzemoc, aczkolwiek obojętną nie pozostaje również agresja i przemoc fizyczna.
3. Współczesne systemy interwencji w razie przypadków przemocy szkolnej są niewydolne i niewystarczające, co zmusza nas do podjęcia kroków w celu lepszej edukacji uczniów w zakresie tolerancji oraz umiejętnej diagnozy problemów szkolnych. Ważnym elementem takiego systemu powinna być interakcja na linii nauczyciel-uczeń-rodzic.
4. Określenie właściwej metodologii systemu i samej edukacji wymaga przeprowadzenia szeroko zakrojonych badań, które obejmowałyby wieloaspektowo interdyscyplinarny problem jakim są zaburzenia odżywiania.

²³ F. Jackowska E., *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. „Psychiatria Polska”, 2009;6(XLIII):655-670.

Bibliografia

- Cooper Z., Fairburn Ch., *Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa*. "The International Journal of Eating Disorders", 2003; 89-95.
- Dyduch A., Grzywa A., *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*, „Polski Merkurusz Lekarski”, 2009; XXVI(153): 263.
- Fairburn C., Harrison P., *Eating disorders*, "The Lancet", 2003;361:407-416.
- Hudson J., Hiripi E., Pope H., Kessler R., *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, "Biological Psychiatry 2007" 61(3): 348-58.
- Jablow M., *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*, GWP, Gdańsk 2001.
- Jackowska E., *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, „Psychiatria Polska”, 2009;6(XLIII):655-670.
- Jakubik A., Łada., *Poziom samooceny i poczucie umiejscowienia kontroli w jadłowstręcie psychicznym*, [w:] *Studia z psychologii*, t. IX. ATK, Warszawa 1999, s. 57-72.
- Kołobo H., Woynarowska B., *Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*. Przegląd Pediatryczny, 2004;34(3/4):196-201.
- Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Kulas H., *Samowiedza młodzieży*, WSiP, Warszawa 1986.
- Lwów F., Dunajska K., Milewicz A., *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*, *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2007, t. 3.
- Makino M. i in., *Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries*, *MedGenMed*, 2004;6(3):49.
- Namysłowska I., Paszkiewicz E., Siewierska A., *Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia*, WAB, Warszawa 2000.
- Praca zbiorowa. ICD-10 rozdział V. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10*. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków, 2000.
- Rajewski A., Rajewska-Rager A., *Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie*, *Family Medicine & Primary Care Review* 2009;11(4):931-937.
- Wciórka J., *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier, Kraków 2008.
- Wojtyła A. i in., *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2011;92(2):343-350.