

Anna Brytek-Matera, Adriana Rybicka-Klimczyk

Ocena nasilenia objawów syndromu gotowości anorektycznej u młodych kobiet - badania pilotażowe

Studia Psychologica nr 12 (2), 23-36

2012

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.

ANNA BRYTEK-MATERA¹
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
Wydział Zamiejscowy w Katowicach
ADRIANA RYBICKA-KLIMCZYK²
Ośrodek Wczesnej Interwencji w Mikołowie

OCENA NASILENIA OBJAWÓW SYNDROMU GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ U MŁODYCH KOBIEC – BADANIA PILOTAŻOWE

Assessment of anorexia readiness syndrome escalating symptoms in young women – a pilot study

Abstract

The purpose was to determine symptoms of anorexia readiness syndrome and examine the relationship between our groups of variables in young women (without eating disorders). Method: 24 women with anorexia readiness syndrome and 55 healthy female students were participated in the present study. We used the Contour Drawing Rating Scale, the Body Dissatisfaction Scale, the Eating Attitudes Test and the Sociocultural Attitudes Appearance Questionnaire.

Results: Within female anorexia readiness syndrome, the strongest correlation was observed between actual-ideal self-discrepancy and actual-ought discrepancy ($r=0,970$; $p<0,001$) as well as between actual self and ought self ($r=0,909$; $p<0,001$). A high degree of correlation between actual self and actual-ideal self-discrepancy ($r=0,821$; $p<0,001$) and between actual self and actual-ought discrepancy ($r=0,832$; $p<0,001$) was also noticed. Body dissatisfaction, internalisation of the thinness ideal, diet, social pressure to be thin, oral control and actual-ought discrepancy predict anorexia readiness syndrome in women without eating disorders.

Conclusion: Anorexia readiness syndrome is strongly related to body-oriented response and self-discrepancies.

Key words: anorexia readiness syndrome; self-discrepancy; body image, eating attitudes

¹ Adres do korespondencji: abrytek-matera@swps.edu.pl

² Adres do korespondencji: kasjope@poczta.onet.pl

1. WPROWADZENIE

Pojęcie syndromu gotowości anorektycznej (SGA)³ wprowadziła do nomenklatury psychologicznej Beata Ziółkowska (2001). Zdefiniowała zjawisko jako uwarunkowany psychologicznie, społecznie i kulturowo zespół objawów, które mogą wskazywać na nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała. Zdaniem autorki (Ziółkowska, 2001) syndrom gotowości anorektycznej ujawnia się w zakresie tak zwanych zachowań anorektycznych, do których zalicza się: zainteresowanie pokarmami (znajomość wartości kalorycznych produktów pokarmowych, liczenie kalorii spożywanych posiłków), rosnącą okresowo aktywność ruchową, nadmierną dbałość o wygląd i zaabsorbowanie własnym ciałem (porównywanie się z ideałami kobiecej urody), tendencje do kontrolowania masy i wymiarów ciała (czemu towarzyszyć może emocjonalne napięcie), skłonność do przeceniania rozmiarów własnego ciała oraz jego masy, skłonność do rywalizacji, potrzebę perfekcjonizmu, brak odporności na wpływy kultury masowej oraz labilność emocjonalną uwarunkowaną stosunkiem do jedzenia i własnego ciała (ibidem).

Jak podkreśla Ziółkowska (2001), decydujące znaczenie dla ujawniania się niewłaściwego stosunku do jedzenia i swojego ciała mają: kontakty z rodzicami, postawy rodzicielskie, styl życia i wychowania preferowany w rodzinie oraz relacje w niej panujące (dotyczące m.in. nawyków żywieniowych, stosunku do jedzenia, ciała i atrakcyjności fizycznej kreowanego przez rodziny osób chorych, wzbudzana i utrwalana przez opiekunów w dzieciach potrzeba współzawodnictwa). Nie ulega zatem wątpliwości, że czynnik rodzinny odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się zaburzeń żywieniowych. Wśród głównych czynników prowokujących powstawanie syndromu gotowości anorektycznej Ziółkowska (ibidem) wymienia: nieprawidłowe relacje w rodzinie – zaburzenia dystansu pomiędzy rodzicami i dzieckiem, zaburzenia percepcji własnego ciała oraz deficyt konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem (czynnik podmiotowy), a także okres adolescencji, dominujące wzorce kulturowe (czynniki środowiskowe) oraz aktualnie trudną dla danej osoby sytuację.

Obecnie rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w ciągu życia (*lifetime prevalence*) wynosi około 5% (Treasure, Claudino, Zucker, 2010). Nieprawidłowe nawyki żywieniowe, skrajne restrykcje dietetyczne, zachowania koncentrujące się na kontroli masy ciała, nadmierne objadanie się, przeszacowywanie rozmiarów i kształtu ciała, czy przecenianie poglądów na temat wyglądu zewnętrznego, mogą występować w jądłowstręciu psychicznym, bulimii psychicznej czy atypowych zaburzeniach odżywiania (terminologia używana w Europie) / zaburzeniach jedzenia

³ Nieszablonowość psychologicznego pojęcia syndromu gotowości anorektycznej może budzić kontrowersje w środowisku medycznym. Termin ten należy rozpatrywać w kontekście oceny prawdopodobieństwa wystąpienia jądłowstrętu psychicznego, a nie w kontekście przekonania o nieuchronności wystąpienia zaburzenia. Jak podkreśla Beata Ziółkowska (2001) syndrom gotowości anorektycznej „akcentuje skłonność (...) do (...)” (Ziółkowska, 2001, s. 89). Pojęcie to pojawia się głównie w odniesieniu do działań o charakterze prewencyjnym/profilaktycznym, zapobiegającym eskalacji symptomów i wystąpieniu pełnoobjawowego jądłowstrętu psychicznego.

inaczej nie określonych (terminologia używana w Stanach Zjednoczonych) (Fairburn, Harrisom, 2003; Treasure i wsp., 2010)

Jak podkreśla Beata Ziółkowska (2001) syndrom gotowości anorektycznej nie jest tożsamy z atypowymi zaburzeniami jedzenia. „Niespecyficzne zaburzenia jedzenia obejmują wiele postaci nieprawidłowości w zakresie realizowanie potrzeby pokarmowej, nie różnicując ich z uwagi na zespół symptomów i etiologią. Syndrom gotowości anorektycznej z kolei akcentuje skłonność dojrzewających dziewcząt do reagowania głódówkami, których inicjacja powodowana jest zazwyczaj nieprawidłowymi relacjami w rodzinie wzbudzającymi często nadmierną potrzebę rywalizacji i perfekcjonizmu” (Ziółkowska, 2001, s. 89). Ponadto autorka twierdzi, że z punktu widzenia psychologii, mimo iż syndrom gotowości anorektycznej przyjmuje niepełnoobjawową formę zaburzonego stosunku do jedzenia i własnego ciała, nie stanowi specyficznych ani niespecyficznych zaburzeń łaknienia (ibidem). Wioleta Chytra-Gędek i Anna Kobierecka (2008) uważają, że w przypadku braku zdiagnozowania pełnoobjawowej anoreksji można mówić o (syndromie) gotowości anorektycznej.

Z badań polskich (Chytra-Gędek, Kobierecka, 2008) przeprowadzonych na grupie 92 młodych kobiet (średnia wieku wyniosła 18,8 lat) wynika, że gotowość anorektyczna (która została zdefiniowana jako sprawowanie kontroli nad ilością i jakością spożywanego jedzenia, koncentracja na masie ciała i własnym wyglądzie, dążenie do utraty wagi, przekonanie o społecznym pożądaniu szczupłości u kobiet, lęk przed przybieraniem na wadze oraz zadowolenie z powodu utraty wagi) pojawia się głównie w wyniku przypisywania nadmiernie pozytywnego znaczenia szczupłej sylwetce (szczupłość rozumiana jest jako zasadnicze kryterium oceny kobiet) oraz, w mniejszym stopniu, w wyniku koncentracji na kształcie i masie ciała. W przebadanej grupie podwyższoną gotowość anorektyczną przejawiało 6,5% osób, natomiast 63% dziewcząt było niezadowolonych z własnego ciała.

Jako że w literaturze przedmiotu istnieje niewiele badań dotyczących omawianego zjawiska (Ziółkowska, 2001; Chalcarz, Musieł, Mucha, 2007; Chalcarz, Musieł, Koniuszuk, 2008; Chytra-Gędek, Kobierecka, 2008; Chalcarz, Radzimirska-Graczyk, Surosz, 2009; Sienkiewicz, Tatarczuk, Wac, 2009), celem prezentowanych badań było: (1) określenie objawów sprzyjających wystąpieniu syndromu gotowości anorektycznej oraz związku pomiędzy badanymi zmiennymi u młodych dziewcząt (bez diagnozy zaburzeń odżywiania), (2) porównanie występowania nieprawidłowości w odżywianiu się (stosowanie diety, zachowania bulimiczne, unikanie jedzenia), postrzeganiu własnego ciała (aktualnej sylwetki, idealnej sylwetki i sylwetki, jaką zgodnie z normami społecznymi powinna posiadać kobieta) i uczuć z nim związanych (niezadowolenie z własnego wyglądu) oraz przyswajaniu społecznych standardów szczupłej sylwetki (internalizacja owego ideału, wpływ przekazu medialnego oraz źródła informacji na zachowanie człowieka) u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej i zdrowych osób.

W pracy postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1. Zaburzone postawy wobec jedzenia występują częściej u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej aniżeli u zdrowych kobiet.

- H2. W grupie eksperymentalnej nasilenie objawów związanych z negatywnym obrazem ciała jest silniejsze w porównaniu z grupą kontrolną.
- H3. Kobiety z syndromem gotowości anorektycznej w porównaniu z kobietami zdrowymi w większym stopniu internalizują standardy atrakcyjności fizycznej promowane przez środki masowego przekazu.
- H4. Nasilenie objawów zaburzonych postaw wobec jedzenia oraz niezadowolenia z własnego ciała sprzyja występowaniu syndromu gotowości anorektycznej.

2. MATERIAŁ

Badaniami objęto grupę 79 młodych kobiet. Spośród badanych kobiet wyłoniono 24, które stanowiły grupę z rozpoznaniem syndromu gotowości anorektycznej. Dobór badanej grupy opierał się na kryteriach zaproponowanych przez Ziółkowską (2001), tj. kontroli i redukcji masy ciała, stosunku do jedzenia i postrzegania własnej atrakcyjności (dane te uzyskano dzięki ustrukturalizowanemu wywiadowi klinicznemu). Grupa kliniczna stanowiła 30% ogółu badanych kobiet. Grupa kontrolna liczyła 55 zdrowych osób. Średnia wieku wyniosła 20,54 lat ($SD \pm 2,35$) w grupie eksperymentalnej oraz 20,40 lat ($SD \pm 2,83$) w grupie kontrolnej. Średnia wskaźnika masy ciała (BMI) u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej osiągnęła wartość 18,28 kg/m^2 ($SD \pm 1,95$), co zgodnie z normami ustalonymi przez Światową Organizację Zdrowia świadczy o niedowadze (17.00 – 18.49 kg/m^2) (WHO, 2000). Zaś u zdrowych kobiet średnia wskaźnika BMI równa była 20,19 roku kg/m^2 ($SD \pm 2,11$), co zgodnie z normami WHO wskazuje na prawidłową masę ciała (18.50 – 24.99 kg/m^2) (WHO, 2000). Wartość wskaźnika masy ciała w grupie osób z syndromem gotowości anorektycznej była statystycznie znacznie niższa aniżeli w grupie zdrowych osób ($p < 0,01$).

3. NARZĘDZIA BADAWCZE

1. *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS) (Thompson, Gray, 1995)

Obrazkowy test przedstawiający 9 sylwetek kobiecych – uporządkowanych od bardzo szczupłych do bardzo otyłych (1 – sylwetka bardzo szczupła, 9 – sylwetka bardzo otyła). Zadaniem osoby badanej było wskazanie postaci, która odzwierciedla jej aktualną sylwetkę ciała („Która z postaci przypomina Pani aktualną sylwetkę?”), postaci która przedstawia jej idealną sylwetkę ciała („Która z postaci posiada idealną sylwetkę, jaką chciałaby Pani mieć?”) oraz postaci, która przedstawia sylwetkę ciała, jaką powinna posiadać kobieta („Która z postaci reprezentuje sylwetkę, którą Pani zdaniem powinna posiadać kobieta?”). Uzyskane wyniki pozwalają określić trzy wymiary Ja: Ja realne, Ja idealne i Ja powinnościowe oraz stopień rozbieżności pomiędzy aktualną i idealną koncepcją siebie (rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym), a także w zakresie Ja realnego i Ja powinnościowego (rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym). Rzetelność testu CDRS została oceniona metodą powtarzania pomiaru (test-retest). Współczynnik rzetelności osiągnął wartość $r_{tt} = 0.79$ (odstęp czasowy wyniósł jeden tydzień) (Thompson, Gray, 1995).

2. Skala niezadowolenia z własnego ciała Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (Garner, Olmsted, Polivy, 1983)

Wskazuje na stopień braku satysfakcji z tych obszarów ciała, które najczęściej są spostrzegane przez badaną osobę jako otyłe (uda, pośladki, biodra). Podskala zawiera 9 itemów (np. „Uważam, że moje pośladki są za duże”). Zgodność wewnętrzna skali oceniana na podstawie współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,90 (w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym) oraz 0,91 (w grupie kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania) (Garner, Olmsted, Polivy, 1983).

3. Test Postaw wobec Jedzenia (*Eating Attitudes Test; EAT*) (Garner i wsp., 1982)

Zawiera trzy podskale: (a) dieta – rozumiana jako sposób odżywiania się polegający na kontrolowaniu masy ciała poprzez liczenie kalorii, unikanie spożywania produktów bogatych w węglowodany, spalanie kalorii oraz poprzez uprawianie ćwiczeń fizycznych (przykładowy item: „Uważam na ilość kalorii zawartych w jedzeniu, które spożywam”), (b) bulimia i zaabsorbowaniem jedzeniem – zachowania związane z utratą kontroli nad ilością spożywanych pokarmów oraz podejmowanych po ataku bulimicznym działań kompensacyjnych, takich jak: przeczyszczanie się, prowokowanie wymiotów (przykładowy item: „Zdarza się, że zaczynam się objadać i nie mogę tego powstrzymać”), (c) kontrola ustna/oralna – zachowania związane z odmawianiem sobie jedzenia z powodu lęku spowodowanego przyrostem masy ciała (przykładowy item: „Unikam spożywania jedzenia kiedy jestem głodna”). Zgodność wewnętrzna testu oceniana na podstawie współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,90 (w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym) oraz 0,83 (w grupie kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania) (Garner i wsp., 1982).

4. Kwestionariusz Postaw Socjokulturowych wobec Wyglądu Fizycznego (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire; SATAQ*) (Thompson i wsp., 2004)

Opracowany w celu pomiaru stopnia internalizacji i świadomości standardów atrakcyjności promowanych przez środki masowego przekazu. Kwestionariusz składa się z 24 itemów, zgrupowanych w trzech podskalach: (1) internalizacji – opisuje świadome bądź nieświadome przyswajanie sobie standardów atrakcyjności kobiecego ciała wyznaczonych przez środki społecznego oddziaływania, głównie mass media (przykładowy item: „Chciałabym, aby moje ciało wyglądało tak, jak ciała modelek na fotografiach w znanych czasopismach kobiecych”), (2) presji – określa siłę wpływu informacji zawartych w komunikatach medialnych na zachowanie człowieka (przykładowy item: „Czuję nacisk mass mediów, aby stosować diety i tracić na wadze ciała”) oraz (3) informacji – ilustruje, które spośród środków masowego przekazu stanowią istotne źródło informacji na temat standardów atrakcyjności oraz czy istotnie wpływają one na osąd i zachowanie odbiorcy (przykładowy item: „Programy telewizyjne są ważnym źródłem informacji o modzie i obowiązujących standardach atrakcyjności”). Zgodność wewnętrzna testu oceniana na podstawie współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,91 (Thompson i wsp., 2004).

4. WYNIKI BADAŃ

Analiza wyników składała się z trzech etapów. W pierwszym etapie statystyczna analiza danych dotyczyła obliczeń istotności różnic między badanymi grupami (za pomocą testu t-Studenta).

Tabela 1. Porównanie średnich wartości badanych zmiennych w grupie kobiet z syndromem gotowości anorektycznej i grupie kontrolnej

Zmienna	Kobiety z syndromem gotowości anorektycznej		Grupa kontrolna		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Test Sylwetek (<i>CDRS</i>)							
Ja realne	5,75	1,80	4,56	1,41	3,15	77	0,002
Ja aktualne	3,88	1,03	3,49	0,92	1,64	77	0,105
Ja powinnościowe	4,13	1,03	3,75	0,92	1,61	77	0,110
Rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym	1,88	1,59	1,07	1,16	2,50	77	0,014
Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	1,63	1,76	0,82	1,17	2,39	77	0,019
Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania (<i>EDI</i>)							
Niezadowolenie z ciała	12,67	8,27	5,11	5,39	4,83	77	0,001
Test Postaw wobec Jedzenia (<i>EAT</i>)							
Dieta	14,92	6,11	4,76	3,86	8,91	77	0,001
Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	2,75	2,64	1,64	1,17	2,60	77	0,011
Kontrola ustna/oralna	7,58	3,22	4,84	4,14	2,88	77	0,005
Kwestionariusz Postaw Socjokulturowych wobec Wyglądu Fizycznego (<i>SATAQ</i>)							
Informacja	30,83	7,69	29,02	4,18	1,35	77	0,180
Internalizacja	28,00	8,33	23,96	6,64	2,29	77	0,025
Presja	22,58	5,33	16,93	5,58	4,19	77	0,001

Legenda: Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie. Przyjęty poziom istotności „p” wyniósł 0,05 (przedział dwustronny)

W drugim etapie badano współczynniki korelacji (za pomocą r-Pearsona). W tabeli 2 przedstawiono związki pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie eksperymentalnej.

Współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej zawierają się w przedziale od $r=-0,539$ do $r=0,970$. Bardzo wysoki stopień współzależności ($r \geq 0,9$) zaobserwowano pomiędzy rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym a rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym oraz pomiędzy Ja idealnym a Ja powinnościowym. Wysoki stopień współzależności ($0,7 \leq r < 0,9$) wystąpił między Ja realnym a rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym oraz między Ja realnym a rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym. Średni ($0,3 \leq r < 0,5$) oraz znaczny stopień współzależności ($0,5 \leq r < 0,7$) stwierdzono w pozostałych korelacjach (tabela 2).

Tabela 2. Współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Ja Realne	-	0,473*	0,321	0,821***	0,832***	0,424*	0,010	-0,296	0,114	-0,129	-0,200	-0,039
2. Ja Idealne	0,473*	-	0,909***	-0,115	-0,051	-0,183	-0,359	0,049	-0,155	0,112	0,086	0,219
3. Ja powinnościowe	0,321	0,909***	-	-0,227	-0,259	-0,300	-0,404	0,094	-0,115	0,090	0,156	0,223
4. Rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym	0,821***	-0,115	-0,227	-	0,970***	0,596**	0,244	-0,365	0,229	-0,218	-0,281	-0,185
5. Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	0,832***	-0,051	-0,259	0,970***	-	0,608**	0,247	-0,357	0,184	-0,184	-0,296	-0,170
6. Niezadowolone z ciała	0,424*	-0,183	-0,300	0,596**	0,608**	-	0,295	-0,539**	0,169	-0,082	-0,380	-0,235
7. Dieta	0,010	-0,359	-0,404	0,244	0,247	0,295	-	0,139	0,620***	-0,212	-0,305	-0,256
8. Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	0,114	-0,155	-0,115	0,229	0,184	0,169	0,620***	-	0,201	0,246	0,041	0,073
9. Kontrola ustna/oralna	-0,296	0,049	0,094	-0,365	-0,357	-0,539**	0,139	0,201	-	0,142	0,317	0,189
10. Informacja	-0,129	0,112	0,090	-0,218	-0,184	-0,082	-0,212	0,142	0,246	-	0,538**	0,250
11. Internalizacja	-0,200	0,086	0,156	-0,281	-0,296	-0,380	-0,305	0,317	0,041	0,538**	-	0,396
12. Presja	-0,039	0,219	0,223	-0,185	-0,170	-0,235	-0,256	0,189	0,073	0,250	0,396	-

Legenda: * p<0,05
 ** p<0,01
 *** p<0,001

Tabela 3. Współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi u zdrowych kobiet

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Ja Realne	-	0,548**	0,549**	0,773**	0,770**	0,235**	0,130**	0,117**	0,200**	-0,085**	0,133**	-0,099**
2. Ja Idealne	0,548**	-	0,861**	-0,107**	-0,005	-0,164**	-0,183**	0,204**	0,053**	-0,184**	0,029	0,059**
3. Ja powinnościowe	0,549**	0,861**	-	0,000	-0,110**	-0,149**	-0,045*	0,316**	0,040*	-,105**	-0,026	0,013
4. Rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym	0,773**	-0,107**	0,000	-	0,919**	0,404**	0,293**	-0,015	0,197**	0,038*	0,136**	-0,163**
5. Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	0,770**	-0,005	-0,110**	0,919**	-	0,393**	0,189**	-0,102**	0,207**	-0,021	0,179**	-0,128**
6. Niezadowolone z ciała	0,235**	-0,164**	-0,149**	0,404**	0,393**	-	0,328**	-0,132**	0,191**	-0,247**	-0,007	-0,062**
7. Dieta	0,130**	-0,183**	-0,045*	0,293**	0,189**	0,328**	-	0,292**	0,441**	0,092**	0,263**	-0,255**
8. Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	0,200**	0,053**	0,040*	0,197**	0,207**	0,191**	0,441**	-	-0,007	-0,172**	0,043*	-0,144**
9. Kontrola ustna/oralna	0,117**	0,204**	0,316**	-0,015	-0,102**	-0,132**	0,292**	-0,007	-	0,177**	0,324**	-0,132**
10. Informacja	-0,085**	-0,184**	-0,105**	0,038*	-0,021	-0,247**	0,092**	0,177**	-0,172**	-	0,125**	0,137**
11. Internalizacja	0,133**	0,029	-0,026	0,136**	0,179**	-0,007	0,263**	0,324**	0,043*	0,125**	-	-0,238**
12. Presja	-0,099**	0,059**	0,013	-0,163**	-0,128**	-0,062**	-0,255**	-0,132**	-0,144**	0,137**	-0,238**	-

Legenda: * p<0,05

** p<0,001

Natomiast w grupie zdrowych kobiet współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi występują w przedziale od $r=-0,015$ do $r=0,919$. Bardzo wysoki stopień współzależności ($r \geq 0,9$), podobnie jak w przypadku kobiet z syndromem gotowości anorektycznej, zauważono pomiędzy rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym a rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym. Wysoki stopień współzależności ($0,7 \leq r < 0,9$) stwierdzono między Ja realnym a Ja idealnym, rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym oraz rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym. Średni ($0,3 \leq r < 0,5$) oraz znaczny stopień współzależności ($0,5 \leq r < 0,7$) jest obecny w pozostałych korelacjach (tabela 3).

W trzecim etapie pracy skupiono się na określeniu objawów sprzyjających wystąpieniu syndromu gotowości anorektycznej (w tym celu wykorzystano analizę regresji; tabela 4).

Tabela 4. Objawy sprzyjające wystąpieniu syndromu gotowości anorektycznej u młodych dziewcząt

Zmienne niezależne	β	p
Niezadowolenie z ciała	0,437	0,001
Internalizacja	0,375	0,001
Dieta	0,337	0,001
Presja	0,291	0,001
Kontrola ustna/oralna	0,233	0,001
Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	-0,052	0,05

Niezadowolenie z własnego ciała, internalizacja ideału szczupłej sylwetki, stosowanie diety, uleganie informacjom (dotyczących cielesności) zawartych w komunikatach medialnych, odmawianie sobie jedzenia z powodu lęku spowodowanego przyrostem masy ciała oraz rozbieżności między realną a powinnościową koncepcją siebie w 97% wyjaśniają występowanie syndromu gotowości anorektycznej u badanych kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania ($F_{(10, 68)}=245,27$, $p < .001$, $R=0,986$, $R^2=0,973$).

5. OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że objawy syndromu gotowości anorektycznej u badanych kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania dotyczą głównie dwóch komponentów obrazu ciała: emocjonalnego, tj. braku satysfakcji z własnego ciała oraz behawioralnego, tj. zachowań mających na celu zmniejszenie masy ciała (restrykcje dietetyczne), jak i również rozbieżności pomiędzy realną i powinnościową koncepcją siebie. Wpływ czynników społeczno-kulturowych odgrywa także istotną rolę w występowaniu syndromu gotowości anorektycznej. Prezentowane badania pokazują, że internalizacja ideału szczupłego ciała oraz odczuwanie presji posiadania propagowanej przez mass media „idealnej” sylwetki są czynnikami sprzyjającymi nieprawidłowościom w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej i stosunku do swojego ciała. Bez wątplenia wszystkie te czynniki są charaktery-

styczne dla zaburzeń odżywiania, co świadczyć może o tym, iż posiadanie symptomów syndromu gotowości anorektycznej może w przyszłości zwiększać ryzyko wystąpienia jadłowstrętu psychicznego.

Dziewczęta z SGA odczuwają presję mediów dotyczącą dążenia do bycia szczupłą (zgodnie z obowiązującymi w kulturze standardami), w związku z czym identyfikują się z nowymi wzorcami kulturowymi. W konsekwencji dziewczęta te nie tylko porównują własną sylwetkę z promowanym przez kulturę ideałem kobiecego ciała, ale również pod presją komunikatów medialnych (programy telewizyjne, czasopisma kobiece, reklamy, bilbordy) internalizują ideał szczupłej sylwetki. Jak podkreślają Janelle Coughlin i Cytia Kalodner (2006) internalizacja przekazów medialnych rozpowszechniających informacje związane ze standardami atrakcyjności kobiecego ciała wpływa bezpośrednio na niezadowolenie z własnej sylwetki i pośredniczy w relacji pomiędzy ekspozycją ideału kobiecego ciała a brakiem satysfakcji z własnego wyglądu, a także pomiędzy wpływem mediów a zaburzeniami odżywiania. Społeczno-kulturowa presja dotycząca osiągnięcia i podporządkowania się ideałowi szczupłości jest ważnym czynnikiem rozwoju niezadowolenia z ciała – czynnika spustowego zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń bądź zniekształceń obrazu ciała (Stice, 2002).

W badanej grupie kobiet objawem syndromu gotowości anorektycznej jest wysoki poziom niezadowolenia z własnego ciała. Liczne badania dotyczące etiopatogenezy zaburzeń odżywiania (Abbate-Daga i wsp., 2010; Gutiérrez-Maldonado i wsp., 2010) potwierdzają, że brak satysfakcji z własnej sylwetki w interakcji z innymi zmiennymi może ułatwić rozumienie symptomatologii zaburzeń odżywiania. Przypuszczać można, że niezadowolenie z ciała w grupie dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej może wiązać się z istnieniem rozbieżności pomiędzy poznawczą reprezentacją Ja aktualnego (aktualnie spostrzeganym wyglądem ciała) a internalizacją ideałów społeczno-kulturowych dotyczących szczupłej sylwetki, które określają jak powinno wyglądać kobiece ciało zgodnie z obowiązującymi standardami atrakcyjności.

Jak wykazała analiza statystyczna kolejnym z objawów syndromu gotowości anorektycznej u młodych kobiet jest rozbieżność w strukturze Ja o charakterze powinnościowym. Dążenie do zredukowania różnicy pomiędzy tym jak aktualnie osoba siebie spostrzega, a tym jaka powinna być zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami istotnie wpływa na samoregulację człowieka i tworzy rodzaj negatywnej sytuacji psychologicznej związanej z emocjonalnymi i motywacyjnymi konsekwencjami (Wojdyło, 2004). Rozbieżność typu powinnościowego wywiera destrukcyjny wpływ na zachowanie, ponieważ wiąże się z sytuacją chronicznego emocjonalnego dyskomfortu, który obejmuje emocje lękowe, napięcie, zdenerwowanie, poczucie niezadowolenia (Wojdyło, 2004).

Otrzymane przez nas wyniki pokazują, że kobiety z syndromem gotowości anorektycznej, w porównaniu ze zdrową populacją, oceniają swoją aktualną sylwetkę jako cięższą (mimo iż średnia wskaźnika masy ciała grupy eksperymentalnej świadczy o niedowadze). Błędnie zatem postrzegają swoje ciało, co przemawiać może za przeszacowywaniem jego rozmiarów. Dodatkowo u badanych kobiet rozbieżności pomiędzy tym, jak aktualnie postrzegają własną sylwetkę, a tym jaką chciałyby po-

siadać oraz pomiędzy aktualną oceną własnej fizyczności a preferowaną społecznie sylwetką są wyższe niż u zdrowych kobiet. Ponieważ występowanie rozbieżności Ja o charakterze powinnościowym w większym stopniu prognozuje symptomy jadłowstrętu psychicznego (Weishuhn, 2006) a rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym w większym stopniu jest elementem wskazującym na symptomy bulimii (Benninghoven i wsp., 2007) przypuszczać można, że w grupie z syndromem gotowości anorektycznej badane osoby przejawiać mogą zachowania charakterystyczne dla dwóch typów jadłowstrętu psychicznego: restrykcyjnego i żarłoczno-wydalającego.

W porównaniu z grupą kontrolną, badane młode kobiety z syndromem gotowości anorektycznej w zdecydowanie większym stopniu niezadowolone są z własnego ciała oraz wykazują więcej nieprawidłowych postaw żywieniowych – częściej kontrolują masę ciała poprzez ograniczanie bądź odmawianie jedzenia, selekcjonowanie produktów żywieniowych czy uprawianie ćwiczeń fizycznych, częściej także doświadczają utraty kontroli nad ilością spożywanego jedzenia i podejmują zachowania kompensacyjne. Silniej internalizują rozpowszechniane przez media standardy atrakcyjności kobiecego ciała oraz odczuwają presję, aby sprostać społecznym ideałom. Być może zachowania te można tłumaczyć teorią porównań społecznych. Porównywanie się w górę z ideałem trudnym do osiągnięcia ma na celu określenie standardu doskonałości (w przypadku badanych dziewcząt osiągnięcie „idealnie” szczupłego ciała). Często wiąże się jednak z niezadowoleniem z własnego wyglądu oraz występowaniem zaburzeń nastroju o charakterze depresyjnym (Tiggemann, McGill, 2004), zwłaszcza gdy dana cecha lub zdolność jest poza zasięgiem możliwości osoby.

6. WNIOSKI

W kontekście zdrowia psychicznego wiedza na temat syndromu gotowości anorektycznej może przyczynić się do poszukiwania metod prewencyjnych w zakresie zaburzonego stosunku do jedzenia i obrazu własnego ciała u dziewcząt i młodych kobiet, zaś podjęcie owych działań może wpłynąć na zahamowanie coraz częściej występującego wśród młodych osób jadłowstrętu psychicznego (Ziółkowska, 2001).

Nie ulega wątpliwości, że zarówno w dziedzinie psychologii, jak i psychiatrii, należałoby pogłębić wiedzę empiryczną dotyczącą omawianej problematyki. Wydaje się, iż niezwykle cenne byłyby badania porównawcze pomiędzy osobami z syndromem gotowości anorektycznej a osobami ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania, pozwoliłyby one bowiem na wyraźne odgraniczenie syndromu gotowości anorektycznej i wskazanie, w jakim stopniu różni się on od tych zaburzeń. Poza tym badania takie mogłyby przynieść odpowiedź na pytanie na ile syndrom gotowości anorektycznej determinuje jadłowstręt psychiczny.

BIBLIOGRAFIA

Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., Fassino, S. (2001). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 520-524.

- Benninghoven, D., Raykowski, L., Solzbacher, S., Kunzendorf, S., Jantschek, G. (2007). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: a comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image*, 4, 51-59.
- Chytra-Gędek, W., Kobińska, A. (2008). Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet. *Psychiatria*, 5(1), 7-12.
- Chalcarz, W., Musiał, A., Koniuszok, K. (2008). Ocena zachowań anorektycznych tancerek w zależności od poziomu syndromu gotowości anorektycznej. *Medycyna Sportowa*, 1, 21-29.
- Chalcarz, W., Musiał, A., Mucha, K. (2007). Assessment of anorectic behaviours among female judo athletes depending on anorexia readiness syndrome. *New Medicine*, 11(2), 22-26.
- Chalcarz, W., Radzińska-Graczyk, M., Surosz, B. (2009). Porównanie zachowań anorektycznych gimnazjalistek ze szkół sportowych i niesportowych. *Medycyna Sportowa*, 25(6), 368-376.
- Coughlin, J.W., Kalodner, C. (2006). Media literacy as a prevention intervention for college women at low – or high-risk for eating disorders. *Body Image*, 3, 35-43.
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9372), 407-416.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. (1983). The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. W: P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner, D.V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa: recent developments in research* (s. 173-184). New York: Alan R. Liss.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Caqueo-Urizar, A., Moreno, E. (2010). Body image in eating disorders: the influence of exposure to virtual-reality environments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(5), 521-531.
- Sienkiewicz, R., Tatarczuk J., Wac, E. (2009). Syndrom gotowości anorektycznej wśród dziewcząt w wieku gimnazjalnym. W: K. Turowski (red.), *Wpływ stylu życia na dobrostan i powodzenie* (s. 29-63). Lublin: Wydawnictwo NeuroCentrum.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Tiggemann, M., McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 23-44.
- Thompson, J.K., Gray, J.J. (1995). Development and validation of a new body image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.
- Thompson, J.K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A.S., Heinberg, L.J. (2004). The sociocultural attitudes toward appearance questionnaire (SATAQ-3): Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 293-304.
- Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583-593.
- Weishuhn, A.S. (2006). *Perfectionism, self-discrepancy, and disordered eating in black and white women*. Master of art thesis. University of Missouri-Columbia.

- Wojdyło, K. (2004). Skala pomiaru rozbieżności Ja (SkRAP) – konstrukcja narzędzia oraz wstępna charakterystyka psychometryczna. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 27-45.
- World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.
- Ziółkowska, B. (2001). *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.