



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Jak pacjentki z jądłowstrętem psychicznym radzą sobie ze stresem?

Author: Anna Brytek-Matera, E. Charzyńska

Citation style: Brytek-Matera Anna, Charzyńska E. (2008). Jak pacjentki z jądłowstrętem psychicznym radzą sobie ze stresem? "Psychoterapia" (2008, nr 4, s. 29-42).



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Anna Brytek-Matera¹, Edyta Charzyńska²

JAK PACJENTKI Z JADŁOWSTRĘTEM PSYCHICZNYM RADZĄ SOBIE ZE STRESEM?

HOW DO ANOREXIC PATIENTS COPE WITH STRESS?

¹ Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Kierownik: prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek

² Studentka IV roku psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

**emotion-oriented coping
anorexia nervosa
late adolescence**

W artykule przedstawione są wyniki badań przeprowadzonych przez Autorki w celu określenia sposobu radzenia sobie ze stresem przez pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Badania były przeprowadzone w Polsce i Francji, a uczestniczyło w nich 65 pacjentek, których średnia wieku wynosiła około 18 lat. W badaniu zastosowano kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem Brief COPE Carvera (1997) oraz Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania Garnera i wsp. (1983).

Summary: The study is aimed to compare coping strategies in the population with anorexia nervosa. The study posed the question whether or not there are differences within scores of coping strategies between the group with eating disorders and the healthy group. The authors assume that less adaptive coping strategies (based on emotions) often appear in persons with eating disorders rather than amongst the healthy population.

The study involved 65 patients who were diagnosed according to DSM-IV criteria, and a control group consisting of 65 women. Measures included the Brief COPE by Carver (1997) and the Eating Disorder Inventory by Garner et al. (1983).

The results showed that there are statistically significant differences in coping strategies in both the examined groups. They belong to the following strategies: positive reinterpretation, a sense of humour, acceptance, and denial.

This opens new perspectives for anorexia nervosa therapy, which should be based on changing less adaptive coping strategies and problem solving rather than avoiding them.

Wstęp

W literaturze przedmiotu istnieją trzy główne koncepcje stresu. Według pierwszej — koncepcji medycznej [1] — stres rozumiany jest jako reakcja (*response*), czyli fizjologiczna i psychologiczna odpowiedź organizmu na sytuację stresową. Według drugiej koncepcji zmian życiowych [2] — stres pojmowany jest jako bodziec (*stimulus*). Sytuacje występujące w otoczeniu człowieka (wydarzenia życiowe, codzienne trudności, zdarzenia ekstremalne itp.) wywołują napięcie, silne emocje i uczucia. Ostatnia koncepcja — transakcyjna teoria stresu [3] — stres psychologiczny definiuje jako relację (*relation*), czyli proces/transakcję pomiędzy jednostką a otoczeniem (zakłócenia homeostazy pomiędzy zasobami i możliwościami jednostki a wymaganiami środowiska). Według autorów relacja ta oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi (subiektywna ocena znaczenia sytuacji stresującej przez osobę w niej uczestniczącą).

Selye [1] wyróżnił stres pozytywny, tzw. *eustres* — mobilizujący człowieka do działania i podnoszący poziom energii, oraz stres negatywny, tzw. *dystres* — reakcję organizmu na zagrożenie utrudniającą lub uniemożliwiającą konstruktywne działanie, która pojawia się w momencie uaktywnienia się stresora.

Radzenie sobie ze stresem to działania, jakie podejmuje człowiek, aby rozwiązać sytuację dyskomfortową (obiektywne wartości stresora nie decydują o skutkach stresu), to stale zmieniające się (dynamiczne) poznawcze i behawioralne wysiłki, by sprostać specyficznym zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom ocenianym jako obciążające lub przekraczające osobiste zasoby [3]. Działania te służą mogą samoregulacji emocji (obniżenie napięcia emocjonalnego) bądź też zmianie sytuacji stresującej (opanowanie czynników powodujących stres poprzez oddziaływanie na otoczenie lub samego siebie). Do rodzajów strategii zaradczych należą m.in.: poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, pozytywne przewartościowywanie, planowe rozwiązywanie problemu. Według Bruchon-Schweitzer [4] strategie radzenia sobie ze stresem są skuteczne wówczas, gdy pozwalają zapanować nad sytuacją dyskomfortową lub zmniejszyć jej wpływ na samopoczucie psychiczne i fizyczne.

Styl radzenia sobie ze stresem to indywidualne dyspozycje determinujące zachowania w sytuacji stresowej, pewna umiarkowana stała właściwość jednostki [5–7]. Według Susan Miller [5] obejmuje on *monitoring* — poszukiwanie informacji na zewnątrz lub koncentracja na informacjach płynących z wewnątrz; bezpośrednie zmierzenie się z sytuacją stresową (gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie informacji o stresorze; postawa konfrontacyjna) i *blunting* — pomijanie, zaprzeczanie, wypieranie informacji o wydarzeniu stresowym oraz nieprzyjemnych stanach lub celowe skupianie się na czynnościach zastępczych, odwracanie uwagi od wydarzenia stresowego lub ignorowanie informacji czy też nadawanie jej małego znaczenia poprzez odpowiednią interpretację (unikanie informacji; postawa unikowa). Obydwa style mają za zadanie redukcję negatywnych emocji.

Cel badań

Celem pracy było określenie sposobu funkcjonowania pacjentek z jadłowstrętem psychicznym w aspekcie radzenia sobie ze stresem, a także ustalenie zależności zachodzących pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą a zachowaniami (poznawczo-behawioralnymi) charakterystycznymi dla zaburzeń odżywiania się.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniach przeprowadzonych w Polsce i we Francji uczestniczyło 65 dziewcząt z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego według kryteriów DSM-IV [8]. Średnia wieku grupy eksperymentalnej wynosiła 18,85 roku ($SD \pm 1,85$). Czas trwania choroby równy był 2,53 roku ($SD \pm 1,32$). Średnia wskaźnika wagowo-wzrostowego (BMI) osiągnęła wartość 16,54 kg/m^2 ($SD \pm 1,77$). Średni czas trwania hospitalizacji równy był 1,57 roku ($SD \pm 0,92$). Na terenie Lotaryngii badania odbywały się w Hôpital Sainte-Croix de Metz oraz Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois, natomiast na terenie Śląska — w Instytucie Ericksonowskim w Katowicach oraz w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia w Gliwicach.

Grupa kontrolna składała się z 65 studentek psychologii Uniwersytetu Paula Verlaine'a w Metz oraz Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Średnia wieku wynosiła 19,95 roku ($SD \pm 0,94$), średnia zaś wartość BMI osiągnęła 21,09 kg/m^2 ($SD \pm 2,75$).

Grupa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym była znamienne ($p < 0,001$) młodsza od grupy kontrolnej. Miała również znamienne ($p < 0,001$) niższą wartość wskaźnika wagowo-wzrostowego.

Metoda badań

Jako narzędzie badawcze zastosowano wersję sytuacyjną kwestionariusza radzenia sobie ze stresem Brief COPE Carvera [9] (we francuskiej adaptacji Mullera i Spitz [10], w polskim tłumaczeniu Brytek [11]) zawierającą 26 itemów zgrupowanych w 13 podskalach: (1) aktywna strategia radzenia sobie ze stresem, (2) planowanie, (3) szukanie emocjonalnego wsparcia, (4) szukanie wsparcia społecznego, (5) wyrażanie uczuć i emocji, (6) dezorganizacja zachowania, (7) wycofanie, (8) pozytywna reinterpretacja; (9) poczucie humoru, (10) zaprzeczanie, (11) akceptacja, (12) religia oraz (13) używanie substancji psychoaktywnych.

W badaniu wykorzystano również Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania się (Eating Disorder Inventory, EDI) Garnera i wsp. [12], który dotyczy postaw i zachowań związanych z jedzeniem i pozwala na charakterystykę poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania się. Kwestionariusz EDI składa się z 64 itemów zgrupowanych w 8 podskalach: (1) dążenie do utrzymania szczupłej sylwetki/szczupłość (*drive for thinness*), (2) bulimia (*bulimia*), (3) niezadowolenie z ciała (*body dissatisfaction*), (4) nieskuteczność (*ineffectiveness*); (5) perfekcjonizm (*perfectionism*), (6) nieufność w relacjach interpersonalnych/dystans społeczny (*interpersonal distrust*), (7) świadomość interoceptywna (*interoceptive awareness*) oraz (8) lęk przed dojrzałością (*maturity fears*).

Wyniki

Za pomocą testu t-Studenta wykazano różnice istotne statystycznie między badanymi grupami. Poznawczo-behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania się (tabela 1) oraz strategie radzenia sobie ze stresem (wykres 1) przeanalizowano, bazując na średnich wynikach dla poszczególnych grup. Na wykresie 1 przedstawiono jedynie wyniki istotne statystycznie ($p < 0,05$), wyniki nieistotne pominięto.

Tabela 1. Porównanie średnich wartości dla poszczególnych zmiennych charakteryzujących poznawczo-behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania się w badanych grupach

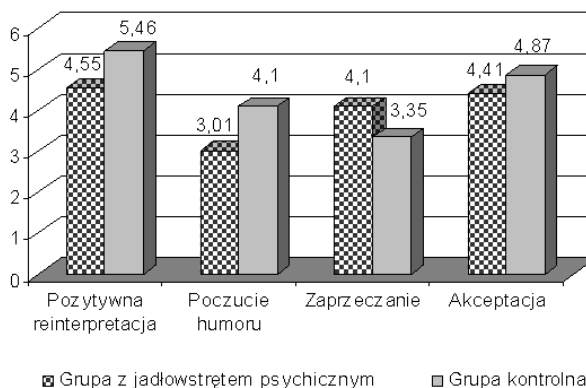
Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania się (EDI)	Grupa eksperymentalna n = 65		Grupa kontrolna n = 65		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Szczupłość	12,30	4,72	3,46	4,13	11,35	128	0,001
Bulimia	1,13	1,64	1,13	1,60	0,00	128	NS

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Niezadowolenie z ciała	12,50	8,54	4,80	4,69	6,37	128	0,001
Nieskuteczność	9,83	5,74	2,35	3,08	9,25	128	0,001
Perfekcjonizm	7,81	4,28	4,60	4,17	4,33	128	0,001
Dystans społeczny	3,06	4,21	1,29	2,51	2,90	128	0,01
Świadomość interoceptywna	9,87	5,98	3,13	4,35	7,33	128	0,001
Lęk przed dojrzałością	7,07	4,34	2,93	3,09	1,72	128	NS

Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie. Przyjęty poziom istotności „p” wynosił 0,05 (dla przedziału dwustronnego).

Wykres 1. Porównanie średnich wartości istotnych statystycznie dla strategii radzenia sobie ze stresem



Zależności pomiędzy badanymi zmiennymi oceniono za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona (tabela 2).

Omówienie wyników

Poznawczo-behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania się

W zakresie poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania się pomiędzy badanymi grupami wystąpiły różnice istotne statystycznie pod względem wszystkich zmiennych oprócz bulimii oraz lęku przed dojrzałością.

Brak różnic pomiędzy zachowaniami bulimicznymi u badanych pacjentek z jadłowstrętem psychicznym i dziewcząt zdrowych można wyjaśnić, odwołując się do typów anoreksji: restrykcyjnego (*restricting type*) oraz żarłoczno-wydalającego (*binge eating/purging type*) [8]. Wśród chorych prezentujących pierwszy typ zaburzenia nie dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się, wymiotowania, nadużywania środków przeczyszczających czy odwadniających. Typ żarłoczno-wydalający cechuje natomiast występowanie regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się i zachowań

Tabela 2. Poznawczo-behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania się a strategie radzenia sobie ze stresem u pacjentek z jądłowstrętem psychicznym — analiza korelacji.

	Szczupłość	Bulimia	Niezadowolenie z ciała	Nieskuteczność	Perfekcjonizm	Dystans społeczny	Świadomość interoceptywna	Lęk przed dojrzałością
Aktywne radzenie sobie	-0,27 *	-0,27 *			0,32 **	-0,44 **		
Planowanie		-0,41 **		-0,29 *	0,40 **	-0,26 *	-0,38 **	
Szukanie wsparcia emocjonalnego		-0,31 **				-0,35 **		
Szukanie wsparcia społecznego			0,26 *		-0,28 *	-0,28 *		
Wyrażanie uczuć i emocji				-0,24 *		-0,27 *	-0,41 **	
Dezorganizacja zachowania		0,34 **			0,28 *			-0,26 *
Pozytywna reinterpretacja				-0,38 *	-0,27 *	-0,41 **	-0,32 **	
Poczucie humoru	-0,29 *			-0,38 **		-0,25 *	-0,31 *	
Zaprzeczanie		0,27 *			-0,53 **			
Akceptacja				-0,31 *	-0,42 **	-0,31 *		
Używanie substancji psychoaktywnych		0,50 **		0,34 **		0,25 *	0,37 **	0,50 **

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

wydalających. Niskie wyniki objętych niniejszym badaniem pacjentek pod względem zachowań bulimicznych wskazują, że większość z nich choruje na typ restrykcyjny, stąd też brak różnic między nimi a grupą kontrolną.

Wielu autorów zwraca uwagę na występujący u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym lęk przed dojrzwaniem. Według teorii Crisp [13] anoreksja jest psychobiologiczną regresją w odniesieniu do wyzwań, jakimi są: dojrzwanie, tworzenie związków heteroseksualnych, separacja od rodziny. Ogólnie rzecz biorąc, kobiety z zaburzeniami odżywiania się cechuje niższy stopień rozwoju dojrzałości psychoseksualnej, największe deficyty w tym zakresie wykazują zaś chore na anoreksję typu restrykcyjnego [14]. Szczególnie uciążliwa dla tych kobiet staje się menstruacja, którą traktują jako przejaw „brudnego” ciała [15]. Zaburzenia cyklu miesięczkowego pozwalają dziewczętom unikać zobowiązań związanych z negatywnie postrzeganym przez nie dojrzwaniem płciowym i koniecznością podjęcia wyznaczonej przez społeczeństwo roli dorosłej kobiety. Anoreksja stanowi więc może jeden ze sposobów rozwiązywania kryzysu tożsamości płciowej [16]. Jednak niektórzy autorzy [17] zaznaczają, że lęk przed dorosłością oraz niechęć do osiągnięcia dojrzałości psychicznej i fizycznej nie stanowią reguły wśród dziewcząt chorych na anoreksję. Wykazany w niniejszym badaniu brak istotnej różnicy w nasileniu lęku przed dojrzałością między chorymi na anoreksję a dziewczętami zdrowymi zgodny jest z tym drugim poglądem. Potwierdza je również wysokie odchylenie standardowe w zakresie tej zmiennej uzyskane w grupie dziewcząt chorych na jadłowstręt — różnią się one między sobą pod względem doświadczanego lęku przed dojrzałością.

Mówiąc o wysokim odchyleniu standardowym otrzymanych wyników należy zauważyć, że dotyczy ono prawie wszystkich skal (oprócz bulimii) i to nie tylko w grupie chorych na jadłowstręt psychiczny, ale również w grupie kontrolnej. Świadczyć to może o dużym zróżnicowaniu wśród dziewcząt pod względem występowania u nich poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania się. Również w grupie kontrolnej znajdują się dziewczęta, które dużą wagę przywiązują do szczupłości czy też wykazują niezadowolenie ze swojego ciała, jednak nie w tak silnym stopniu, jak pacjentki z anoreksją.

Strategie radzenia sobie ze stresem

W celu rozwiązania sytuacji dyskomfortowej, badana grupa eksperymentalna, w porównaniu z grupą kontrolną, rzadziej posługuje się strategiami radzenia sobie ze stresem bazującymi na traktowaniu zaistniałej sytuacji z humorem, na pozytywnej interpretacji, a także akceptacji. Częściej natomiast stosuje strategie oparte na zaprzeczaniu.

Wielu autorów podkreśla pozytywny wpływ poczucia humoru na radzenie sobie ze stresem. Zarówno umiejętność docenienia humoru, jak i umiejętność jego „produkowania” stanowią istotne czynniki moderujące stres [18]. Vaillant [19] zaliczył humor do kategorii dojrzałych mechanizmów obronnych, obok tłumienia, sublimacji, antycypacji i altruizmu. Uważał, że jednostkę, która używa tego stylu, cechuje m.in. lepsze zdrowie fizyczne i psychiczne, oraz wyższy poziom satysfakcji życiowej. Kuiper i wsp. [20] wykazali, że zmysł komizmu pełni funkcję „bufora” w relacji między negatywnymi zdarzeniami żywymi a pozytywnym afektem — umożliwia utrzymanie tego ostatniego nawet w obliczu silnego stresu.

Badane pacjentki w mniejszym stopniu korzystały z efektywnej strategii radzenia sobie ze stresem, jaką jest poczucie humoru. Nie jest to dużym zaskoczeniem, biorąc pod uwagę stwierdzone przez wielu badaczy częste występowanie objawów depresji wśród chorych na jadłowstręt psychiczny [21, 22]. Obniżony nastrój, smutek, napięcie emocjonalne, charakterystyczne dla osób z anoreksją, utrudniają wykorzystywanie poczucia humoru jako jednej ze strategii bazującej na zniwelowaniu sytuacji dyskomfortowej. Rim [23] udowodniła, że zmysł komizmu silnie dodatnio koreluje z częstotliwością stosowania takich strategii, jak np. pozytywna reinterpretacja. Jest to zgodne z otrzymanymi w niniejszym badaniu rezultatami, wskazującymi, że dziewczęta z jadłowstrętem rzadziej stosują pozytywną reinterpretację jako strategię radzenia sobie ze stresem. Przyczyna tego może tkwić, jak wyżej zaznaczono, w ich obniżonym nastroju. Zazwyczaj są one skupione na negatywnym aspekcie danego zdarzenia, co sprawia, że mają trudności w dostrzeżeniu pozytywnych stron trudnej sytuacji.

Chore na anoreksję w porównaniu z grupą kontrolną istotnie częściej korzystają z mechanizmu obronnego, jakim jest zaprzeczanie, nieświadomie przekształcając obraz terażniejszości poprzez nieprzyjmowanie do wiadomości oczywistych faktów [24]. Vailant [19] uznał zaprzeczanie za psychotyczny mechanizm obronny i umieścił je najniżej w hierarchii pod względem stopnia dojrzałości. Chcąc uniknąć negatywnych emocji, osoby z anoreksją częściej od zdrowych rówieśniczek zaprzeczają docierającym do nich informacjom. Postawa zaprzeczania stanowi odpowiedź na liczne, odczuwane przez nie, emocjonalne konflikty, nieumiejętność rozwiązywania problemów i ma na celu redukcję złości wynikającej z przekonania o własnej bezradności [25]. Dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym cechuje również niższy stopień akceptacji w porównaniu z grupą kontrolną. Czynnikiem mającym duży wpływ na słabszą umiejętność godzenia się z sytuacją dyskomfortową u osób z zaburzeniami odżywiania się może być ich perfekcjonizm i związane z nim zaburzenia obsesyjno-kompulsywne [26]. Kobiety te odczuwają poczucie porażki lub poczucie winy w sytuacji, w której nie potrafią wykonać danego zadania perfekcyjnie. W związku z tym często reagują na stres negatywnymi emocjami takimi, jak: złość, bezradność czy wstyd [27], rzadziej akceptują trudną sytuację, nie potrafią pogodzić się z niekorzystnym czy neutralnym rozwiązaniem danej sprawy.

Poznawczo-behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania a strategię radzenia sobie ze stresem

Pomiędzy poznawczo-behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania się a strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie badanych pacjentek wystąpiły liczne korelacje, widoczne (w przypadku Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania się) szczególnie w zakresie pięciu podskal: dystansu społecznego, perfekcjonizmu, nieskuteczności własnych działań, bulimii i braku świadomości bodźców płynących z własnego ciała.

Autorzy wielokrotnie podejmowali kwestię dystansu społecznego przejawianego przez chore na anoreksję. Dziewczęta te wykazują znaczne trudności w relacjach z rówieśnikami, mają słabe kontakty społeczne, cechuje je nieufność oraz nieumiejętność nawiązywania i podtrzymywania trwałych więzi uczuciowych [28]. Negatywny stosunek do rówieśników wpływa czasami z przyjętej przez nie postawy rywalizacyjnej we wszystkich dziedzinach

życia czy też ze skoncentrowania się na zadaniach szkolnych i dodatkowych, kosztem utrzymywania kontaktów interpersonalnych. Również specyfika rodziny z dzieckiem chorym na anoreksję oddziałuje na jego stosunek do innych ludzi. Charakterystyczną cechą takiej rodziny jest silne uwikłanie (zasnurowanie) oraz nadopiekuńczość (czynniki hamujące rozwój autonomii i zewnętrznych kontaktów, zainteresowań i aktywności) [29]. W rodzinie anorektycznej zauważyć można również nadmierną sztywność, brak umiejętności efektywnego rozwiązywania problemów, co utrudnia przystosowanie się do nowej sytuacji. W konsekwencji chore na anoreksję nie otrzymują adekwatnego wsparcia od rodziców, obciążonych dodatkowo stygmatem choroby dziecka, nie mają prawidłowych wzorców rozwiązywania problemów, a także niechętnie zwracają się po pomoc w sytuacjach stresowych do osób spoza rodziny. Równocześnie w zachowaniach społecznych są zazwyczaj introwertywne, co nie sprzyja uzyskiwaniu wsparcia społecznego. Cechują je również deficyty emocjonalne, m.in. nieumiejętność doświadczania i wyrażania uczuć i emocji [30].

Wyniki niniejszego badania wykazały, że im większy dystans interpersonalny u dziewcząt chorych na anoreksję, tym rzadziej wykorzystują one następujące strategie radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie, planowanie, szukanie wsparcia emocjonalnego, szukanie wsparcia społecznego, wyrażanie uczuć i emocji, pozytywną reinterpretację, poczucie humoru i akceptację, natomiast — tym częściej używają substancji psychoaktywnych jako środka zaradczego.

W badaniach nad rolą wsparcia społecznego dowiedziono, że wpływa ono pozytywnie na poziom zdrowia, zapobiega stanom patologicznym w sferze psychiki i funkcjonowania somatycznego [31]. Również mobilizacja wsparcia emocjonalnego bierze udział w ochronie zdrowia. Pozytywne i negatywne wskaźniki zdrowia zależą od proaktywnego radzenia sobie, strategicznego planowania i poszukiwania emocjonalnego wsparcia [32]. Strategie nieadaptacyjne, takie jak sięganie po alkohol czy narkotyki, notuje się szczególnie często w próbach radzenia sobie z emocjonalnymi skutkami stresu. Mogą one w znacznym stopniu ograniczyć pobudzenie emocjonalne, ale jednocześnie prowadzą do rozwoju wielu schorzeń i braku konstruktywnego rozwiązywania problemów.

Wyalienowanie dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny, ich słabe relacje interpersonalne, nieumiejętność wyrażania uczuć i emocji sprawiają, że często pozostają one same ze swoimi problemami, nie korzystając z tak ważnego źródła pomocy, jakim jest wsparcie społeczne i emocjonalne. W ten sposób skazują się na samotność w konfrontacji z sytuacjami stresowymi, w rezultacie korzystając zazwyczaj z mało efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem. Warto dodać, że nieumiejętność identyfikowania i charakteryzowania uczuć u cierpiących na zaburzenia odżywiania się może wpływać negatywnie na proces ich leczenia [33].

Liczne badania wskazują na perfekcjonizm jako czynnik predysponujący i podtrzymujący objawy anoreksji. Wyróżnia się dwa typy perfekcjonizmu: jeden przystosowawczy (*adaptive*), drugi niesprzyjający przystosowaniu (*maladaptive*). Badania dowiodły, że grupa z zaburzeniami odżywiania się różni się od grupy kontrolnej przede wszystkim pod względem perfekcjonizmu niesprzyjającego przystosowaniu. Dodatkowo, pomimo że w trakcie leczenia odnotowano spadek obydwu rodzajów perfekcjonizmu u chorych — ich poziom wzrósł ponownie po zakończeniu leczenia [34]. Inne badania dowiodły, że

wysokie wyniki w podskalach perfekcjonizmu i dystansu społecznego stanowią czynnik długiego i ciężkiego leczenia z anoreksji [35]. Otrzymane rezultaty ukazują dużą rolę, jaką w zaburzeniach odżywiania się odgrywa perfekcjonizm.

Perfekcjonizm koreluje z wieloma podskalami wykorzystanego w niniejszym badaniu kwestionariusza Brief COPE. Dodatnią korelację stwierdzono pomiędzy perfekcjonizmem a aktywnym radzeniem sobie, planowaniem oraz dezorganizacją zachowania, ujemną natomiast pomiędzy perfekcjonizmem a szukaniem wsparcia społecznego, pozytywną reinterpretacją, zaprzeczaniem i akceptacją.

Wydaje się, że początkowo chore na jadłowstręt psychiczny, cechujące się wysokim poziomem perfekcjonizmu, podejmują w odpowiedzi na sytuację stresową aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem oraz planują drobniuzgowo swoje działania. Nie chcą też zaakceptować obecnej sytuacji, jako że usilnie dążą do uzyskania jak najlepszego rezultatu. Jednakże brak poszukiwania wsparcia społecznego oraz rzadkie stosowanie pozytywnej reinterpretacji w miarę utrzymywania się problemu zaczyna zagrażać zasobom chorej, której zachowanie staje się coraz bardziej zdeorganizowane i dezadaptacyjne.

Mechanizm ten można odnieść też do powstawania i rozwijania się anoreksji u dziewcząt. Początkowo celem ich jest utrata kilku kilogramów, podejmują więc restrykcyjną dietę, planują składniki swojego menu w najdrobniejszych szczegółach. Wraz z postępującym ubytkiem masy ciała odsuwają się od rodziny i znajomych. Jakikolwiek odstępstwo od planu powoduje u nich zdenerwowanie i frustrację. Po wystąpieniu początkowej euforii związanej z satysfakcją płynącą z kontrolowania swego ciała, ich działania i nastroj mogą ulec dezorganizacji — pojawia się poczucie utraty panowania nad ciałem, apatia, depresja i katatonja [36].

Nieskuteczność bywa wskazywana jako fundamentalny zakłócający czynnik prowadzący do jadłowstrętu psychicznego. Oznacza ogólne poczucie nieadekwatności, niepewności, bezwartościowości i braku kontroli nad własnym życiem. Początkowo próbowano zoperacjonalizować tę podskalę za pomocą terminów związanych wyłącznie z poczuciem kontroli, z czego ostatecznie zrezygnowano, gdy okazało się, że w skład nieskuteczności charakterystycznej dla anoreksji wchodzi również niska samoocena, a także trudności w skutecznym funkcjonowaniu w społeczeństwie oraz problemy z osiągnięciem osobistej niezależności [37].

Porównanie podskali „nieskuteczność” u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się z podejmowanymi przez nie strategiami radzenia sobie ze stresem przyniosło następującą korelację: im większa nieskuteczność wśród chorych, tym rzadziej korzystają one z planowania, wyrażania uczuć i emocji, pozytywnej reinterpretacji, poczucia humoru oraz akceptacji, a tym częściej sięgają po substancje psychoaktywne. Otrzymane rezultaty świadczą o współwystępowaniu u badanych pacjentek poczucia nieskuteczności oraz mało efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem. W tym miejscu warto również zwrócić uwagę na mechanizm błędnego koła: nieskuteczność wpływa na wybór strategii utrudniających prawidłowe przystosowanie się, na trudności adaptacyjne związane z wymogami środowiska zewnętrznego i niespełnianie standardów, co z kolei podwyższa poczucie nieefektywności własnych działań.

Podział chorujących na jadłowstręt psychiczny na dwa typy niesie ze sobą ważne implikacje. Różnice pomiędzy nimi nie ograniczają się wyłącznie do występowania lub

nie napadów objadania się i zachowań wydalających. Badacze wskazują na wiele cech różniących oba typy. Przez twórców klasyfikacji DSM-IV [8] chore na anoreksję typu żarłoczno-wydalającego postrzegane są jako mające większe wahania nastroju, bardziej impulsywne, z tendencją do używania narkotyków i, ogólnie rzecz biorąc, leczenie ich sprawia więcej trudności [38].

Na podstawie wyników kwestionariusza EDI dla podskali „bulimia”, w niniejszym badaniu postawiono hipotezę, że grupa badanych złożona jest przede wszystkim z kobiet prezentujących typ restrykcyjny jadłowstrętu psychicznego. Porównanie korelacji pomiędzy podskalą „bulimia” a podskalami kwestionariusza radzenia sobie ze stresem wskazuje na różnice w wykorzystywanych przez chore strategiach w zależności od typu anoreksji. Ogólny wniosek dotyczący różnic w podejmowanych strategiach radzenia sobie wśród chorych na jadłowstręt psychiczny można sformułować następująco: występowanie zachowań bulimicznych w przebiegu anoreksji wiąże się z wykorzystywaniem mniej efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem — tzn. rzadszym podejmowaniem aktywnego radzenia sobie, planowania — z częściej doświadczaną dezorganizacją zachowania oraz ze stosowaniem zaprzeczania jako mechanizmu obronnego. Jest to zgodne z wynikami innych badań, wskazującymi na niskie samosterowanie u chorych na typ żarłoczno-wydalający oraz częstsze korzystanie z emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem kosztem stylu zorientowanego na zadanie [39].

Spostrzeżono, że w okresie poprzedzającym wystąpienie objawów bulimicznych dziewczęta przejawiały sztywność emocjonalną w sytuacjach stresogennych. Doświadczany przez nie, już w trakcie choroby, wstyd mógł wpływać na niechęć do poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Silna dodatnia korelacja wystąpiła również pomiędzy zachowaniami bulimicznymi a używaniem substancji psychoaktywnych. Rezultat ten jest zgodny z licznymi badaniami wskazującymi na większą skłonność do uzależnienia się od alkoholu i narkotyków wśród kobiet z anoreksją typu żarłoczno-wydalającego w porównaniu z typem restrykcyjnym [40]. Również charakterystyczne dla zachowań bulimicznych poszukiwanie nowości i inne cechy związane z osobowością typu borderline [17] stanowią czynnik predysponujący chore kobiety do popadnięcia w nałóg.

Niniejsze badanie wskazuje, że także inne cechy zawarte w podskalach kwestionariusza EDI związane są z ryzykiem wystąpienia u chorych na anoreksję uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Dotyczy to: lęku przed dorosłością, dystansu społecznego, nieefektywności własnych działań oraz braku świadomości swojego ciała.

Bruch [41] u badanych przez siebie chorych na anoreksję wyróżniła trzy zaburzone obszary funkcjonowania psychicznego, w tym zaburzenia w rozpoznawaniu bodźców dopływających z ciała, szczególnie zaś tych dotyczących poczucia głodu i sytości. Nowsze badania pokazują, że depresja, perfekcjonizm oraz trudności w samosterowaniu stwierdzone u chorych na jadłowstręt psychiczny korelują dodatnio z brakiem świadomości interoceptywnej [42].

Rezultaty niniejszego badania wskazują, że im większe problemy mają chore na anoreksję w odbiorze bodźców płynących z interoreceptorów, tym rzadziej planują przyszłe działania (prawdopodobnie wpływa to z braku umiejętności rozpoznania wymagań dyktowanych przez ciało i niepodejmowania działań mających zaspokoić potrzeby organizmu), tym rzadziej korzystają z pozytywnej reinterpretacji, poczucia humoru oraz wyrażania

uczuć i emocji w sytuacji stresowej (brak świadomości własnego ciała dotyczyć może nie tylko poczucia głodu i sytości, ale również wpływa na nieumiejętność różnicowania uczuć oraz występowanie trudności w doświadczaniu i okazywaniu emocji).

Wnioski

Zagadnienie strategii radzenia sobie ze stresem podejmowanych przez chore na anoreksję ma istotne znaczenie, biorąc pod uwagę wpływ, jaki sytuacje stresowe wywierają zarówno na pojawienie się zaburzeń odżywiania, jak i na podtrzymanie ich objawów. Wpływ ten związany jest prawdopodobnie nie tylko z czynnikami osobowościowymi, rodzinnymi i społeczno-kulturowymi, ale i także z czynnikiem genetycznym. Warto w tym miejscu przytoczyć ciekawe wyniki badań australijskich naukowców, którzy zidentyfikowali kolejny gen, mogący wiązać się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia anoreksji typu restrykcyjnego [43]. Gen ten koduje białko NET, zajmujące się transportem noradrenaliny — neurohormonu biorącego udział w przekazywaniu do komórek nerwowych sygnałów związanych z lękiem i stresem. Stwierdzono, że gen ten występuje w dwóch formach, a odziedziczenie jednej z nich po rodzicach może ułatwić rozwój choroby [43].

Wyniki badań prezentowane w niniejszym artykule potwierdzają stosowanie przez chore na jadłowstręt psychiczny mało skutecznych metod radzenia sobie ze stresem. Rządziej od grupy kontrolnej dokonują one pozytywnej reinterpretacji oraz trudniej im zaakceptować daną sytuację. Prawdopodobnie także z tego powodu czują się częściej wystawiane na działanie stresu. Stosowane przez nie mechanizmy obronne (częstsze zaprzeczanie, niższe poczucie humoru) również nie sprzyjają efektywnemu radzeniu sobie z trudnościami życia. Inne badania dowodzą, że chore na anoreksję używają niedojrzałych mechanizmów obronnych (np. regresji, zaprzeczania, projekcji) częściej niż grupa kontrolna, równocześnie jednak częściej od innych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi korzystają z intelektualizacji i sublimacji [44]. Autorzy sugerują, że taka różnorodność stosowanych przez osoby z anoreksją mechanizmów obronnych świadczy o heterogeniczności funkcjonowania ich ego i może dostarczyć wglądu w naturę psychopatologii tej choroby.

Większość poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania się nie sprzyja wykorzystywaniu przez chore na jadłowstręt psychiczny takich strategii, jak aktywne radzenie sobie ze stresem czy planowanie. Wyjątkiem jest tutaj często przejawiany przez nie perfekcjonizm, który dodatnio koreluje ze stosowaniem tych strategii, jednakże cechująca je przesadna drobiazgowość oraz obsesyjna dokładność prowadzą w efekcie do dezorganizacji zachowania.

Charakterystyczne dla badanej grupy eksperymentalnej deficyty emocjonalne oraz słabe relacje interpersonalne utrudniają korzystanie z takich strategii radzenia sobie ze stresem, jak poszukiwanie wsparcia społecznego i wsparcia emocjonalnego. Skutkiem tego chore ograniczają dopływ pomocy z tak ważnego źródła, jakim są inni ludzie. W zamian znajdują takie strategie radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, które, niestety, utrudniają im prawidłowe przystosowanie (używanie substancji psychoaktywnych). Szczególnie narażoną na uzależnienia grupą są dziewczęta z anoreksją typu żarłoczno-wydalającego, które korzystają z mniej efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem w porównaniu z dziewczętami z anoreksją typu restrykcyjnego. Również występowanie takich czynników,

jak lęk przed dojrzwaniem, dystans społeczny, własna nieskuteczność oraz problemy z uświadomieniem sobie bodźców wpływających z wnętrza ciała stanowi ryzyko popadnięcia w nałóg przez chore na anoreksję.

Wykorzystując w praktyce wnioski z badania, należałoby podczas pracy terapeutycznej z chorymi na jadłowstręt psychiczny zwrócić uwagę na liczbę i wagę doświadczanych przez nie sytuacji stresowych oraz na prezentowane przez nie umiejętności konfrontowania się z nimi, w celu skupienia się na poprawie ich zasobów w postaci bardziej efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem i ograniczaniu tych, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie i samopoczucie pacjentek.

Piśmiennictwo

1. Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1956.
2. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 1967; 11(2): 213–218.
3. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
4. Bruchon-Schweitzer M. Concepts, stress, coping. *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Rech. Soins Infirm.* 2001; 67: 68–83.
5. Miller SM. Monitoring and blunting in the face of threat: implications for adaptation and health. W: Montada L, Filipp SH, Lerner MJ, red. *Life crises and experiences of loss in adulthood*. Englewood Cliffs, New York: Erlbaum; 1991, s. 255–273.
6. Endler NS, Parker JA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 58: 844–854.
7. Carver CS, Scheier MF. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1994; 66: 184–195.
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Washington D.C : American Psychiatric Association; 1994.
9. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int. J. Beh. Med.* 1997; 4: 92–100.
10. Muller L, Spitz E. Evaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief COPE sur une population française. *Encéphale* 2003; 29(6): 507–518.
11. Brytek A. *Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles*. Niepublikowana praca doktorska. Université Paul Verlaine - Metz, France 2005.
12. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. The Eating Disorder Inventory: a measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. W: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV, red. *Anorexia nervosa: recent developments in research*. New York: Alan R. Liss; 1983, s. 173–184.
13. Crisp AH. *Anorexia nervosa. Let me be*. New York: Grune and Stratton; 1980.
14. Schmidt U, Evans K, Tiller J, Treasure J. Puberty, sexual milestones and abuse: how are they related in eating disorder patients? *Psychosom. Med.* 1995; 25(2): 412–417.
15. Starzomska M. *Anoreksja. Trudne pytania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2006, s. 39–41.
16. Romejko-Borowiec A. Zaburzenia odżywiania się jako specyficzny sposób rozwiązania kryzysu tożsamości płciowej. *Psychoter.* 2004; 1(128): 13–21.
17. Abraham S, Llevelyn-Jones D. *Bulimia i anoreksja*. Warszawa: Prószyński i S-ka; 2001, s. 50–66.

18. Nezu AM, Nezu CM, Blissett SE. **Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis.** *J. Pers. Soc. Psychol.* 1988; 54: 520–525.
19. Vaillant GE. *Adaptation to life.* Boston: Little, Brown; 1977.
20. Kuiper NA, Martin RA, Dance KA. **Sense of humor and enhanced quality of life.** *Pers. Individ. Differ.* 1992; 13: 1273–1283.
21. Iniewicz G. **Depresja u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną.** *Psychoter.* 2004; 1(128): 5–12.
22. Pritts SD, Susman J. **Diagnosis of eating disorders in primary care.** *Am. Fam. Physician* 2003; 67(2): 297–305.
23. Rim Y. **Sense of humor and coping styles.** *Pers. Individ. Differ.* 1988; 9: 559–564.
24. Couturier JL, Lock J. **Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa.** *Int. J. Eating Disord.* 2006; 39(3): 212–216.
25. Corstorphine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller G, Meyer C. **Distress tolerance in the eating disorders.** *Eating Beh.* 2007; 8(1): 91–97.
26. Cassin SE, von Ranson KM. **Personality and eating disorders: a decade in review.** *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 25(7): 895–916.
27. Grabhorn R, Stenner H, Kaufbold J, Oberbeck G, Stangier U. **Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa.** *Z Psychosom Med Psychother.* 2005; 51(2): 179–193.
28. Manley RS, Rickson H, Standeven B. **Children and adolescents with eating disorders: Strategies for teachers and school counselors.** *Interv. School Clin.* 2000; 35(4): 228–231.
29. Minuchin S, Rosman B, Barker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge: Harvard University Press; 1978.
30. Montebanacci O, Codispoti M, Surcinelli P, Franzoni E, Baldaro B, Rossi N. **Alexithymia in female patients with eating disorders.** *Eat. Weight Disord.* 2006; 11(1): 14–21.
31. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. **Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology.** *Ann. Rev. Psychol.* 2002; 53: 83–107.
32. Sęk H, Pasikowski T. **Proaktywne radzenie sobie ze stresem życiowym a subiektywne wskaźniki zdrowia.** *Studia Psychol.* 2003; 41(4): 105–126.
33. Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M. **Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study.** *J. Psychosom. Res.* 2007; 63(4): 365–371.
34. Soenens B, Nevelsteen W, Vandereyck W. **The significance of perfectionism in eating disorders: a comparative study.** *Tijdschr. Psychiatr.* 2007; 49(10): 709–718.
35. Bizeul C, Sadowsky N, Riquad D. **The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: a prospective follow-up study of 5-10 years.** *Eating Disorder Inventory. Eur. Psychiatry* 2001; 16(4): 232–238.
36. Józefik B, Pilecki M. **Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się.** W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1996: s. 28–37.
37. Wagner S, Halmi KA, Maguire TV. **The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several?** *Int. J. Eating Disord.* 2006; 6(4): 495–505.
38. Pilecki M. **Diagnostyka zaburzeń odżywiania się.** W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1996: s. 38–58.
39. Reba L, Thornton L, Tozzi F, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Crow S, Fichter MM, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, Keel P, LaVia M, Mitchell J, Strober M, Woodside DB, Rotondo A,

- Berrettini WH, Kaye WH, Bulik CM. Relationships between features associated with vomiting in purging-type eating disorders. *Int. J. Eating Disord.* 2005; 38(4): 287–294.
40. Bulik CM, Klump KL, Thornton L. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65(7): 1000–1006.
41. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* 1962; 24: 187–194.
42. Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate-Daga G. Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathol.* 2004; 37(4): 168–172.
43. Urwin RE, Bennetts B, Wilcken B, Lampropoulos B, Beumont P, Clarke S, Russell J, Tanner S, Nunn KP. Anorexia nervosa (restrictive subtype) is associated with a polymorphism in the novel norepinephrine transporter gene promoter polymorphic region. *Mol. Psychiatry* 2002; 7(6): 652–657.
44. Gothelf D, Apter A, Ratzoni G, Orbach I, Weizman R, Tyano S, Pfeffer C. Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995; 34(12): 1648–1654.

Adres: Anna Brytek-Matera

Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Zakład Psychologii Ogólnej, 40-126 Katowice, ul. Grazyńskiego 53