

Agnieszka Chwałczyńska, Anna Bembenek

Katedra Podstaw Fizjoterapii, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca jadłowstrętu psychicznego

Staff awareness among younger girls on *anorexia nervosa*

STRESZCZENIE

WSTĘP. Problem zaburzeń odżywiania, a w szczególności anoreksji, dotyczy coraz młodszych pacjentów. Wczesne rozpoznanie daje możliwości pełnego wyzdrowienia. Niemniej bardzo istotna jest profilaktyka pierwotna, do której niezbędna jest ocena świadomości młodzieży na temat anoreksji. Celem pracy była ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca problematyki anoreksji.

MATERIAŁ I METODY. Przebadano 99 dziewcząt w wieku gimnazjalnym, stosując ankietę składającą się z 30 pytań na temat danych osobowych, podstawowych parametrów antropometrycznych (wysokości i masy ciała), stylu życia, znajomości pojęcia „anoreksja” oraz obecności czynników ryzyka anoreksji.

WYNIKI. Respondentki zostały podzielone na trzy grupy w zależności od klasy, do której uczęszczały. Pojęcie anoreksji znało 90% badanych, a 30% z najstarszej grupy zaobserwowało to zjawisko w swoim otoczeniu. Dużo uwagi swojemu wyglądowi poświęca znaczna część ankietowanych. W najmłodszej grupie ponad 60% było zadowolonych ze swojego wyglądu, natomiast w najstarszej — 36% dziewcząt jest niezadowolonych ze swojego wyglądu i stosuje różne metody redukcji masy ciała, głównie głodówkę lub unikanie posiłków.

Adres do korespondencji: dr Agnieszka Chwałczyńska
Akademia Wychowania Fizycznego, Wydział Fizjoterapii
ul. I.J. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław
tel.: 71 347 33 54
Copyright © 2010 Via Medica
Nadesłano: 15.07.2010 Przyjęto do druku: 06.09.2010

WNIOSKI.

1. Dziewczęta w wieku gimnazjalnym znają pojęcie anoreksji.
2. U nastolatek obecne są niektóre czynniki ryzyka wystąpienia jadłowstrętu psychicznego.
3. Bardzo istotnym dla badanych, ale również dla wszystkich innych dojrzewających osób, jest wprowadzenie w szkołach profilaktyki.

Słowa kluczowe: *anorexia nervosa*, młodzież gimnazjalna, zaburzenia odżywiania

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2010, tom 6, nr 3, 118-123

ABSTRACT

INTRODUCTION. The problem of eating disorders, especially anorexia concerns mostly younger patients. Early diagnosis offers the possibility of full recovery. However, the primary prevention is very important and necessary to assess young people awareness about anorexia. The aim of this study was to assess awareness of middle school age girls, on the issue of anorexia.

MATERIAL AND METHODS. We examined 99 girls in middle school aged using a questionnaire consisting of 30 questions relating to personal data, basic anthropometric parameters (height and weight), lifestyle, knowledge of the concept of anorexia and the presence of risk factors for anorexia.

RESULTS. Respondents were divided into three groups depending on the level of teaching. 90% of respondents knew the concept of anorexia, 30% of the oldest groups have already reported this phenomenon in their environment. Much attention is paid to its appearance of a significant proportion of respondents. In the youngest group of over 60% were satisfied with their appearance, while

the oldest 36% of girls are not satisfied with their appearance and used different methods of weight reduction mainly to avoid hunger or food.

CONCLUSIONS.

1. Girls in middle school age are familiar with the concept of anorexia.
2. In the life of a teenager are present in some of the risk factors for anorexia nervosa.
3. Very important for the respondents, but also for all other maturing people, is the introduction of prevention in schools.

Key words: anorexia nervosa, secondary school students, eating disorders

Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2010, vol. 6, No 3, 118–123

Wstęp

Zaburzenia odżywiania stanowią jedną z najczęściej spotykanych, a zarazem najczęściej bagatelizowanych chorób cywilizacyjnych na świecie. Ich rozwój ma niekorzystny wpływ zarówno na stronę fizyczną i psychiczną człowieka, jak i na codzienne funkcjonowanie. Na obraz kliniczny składają się dysfunkcje niemal wszystkich układów [1].

Zaburzenia odżywiania podzielono na dwie grupy: specyficzne zaburzenia odżywiania (*anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*) oraz niespecyficzne zaburzenia odżywiania (*bigorexia*, *orthorexia nervosa*, kompulsywne objadanie się [*binge eating disorders*], zespół jedzenia nocnego [NES, *night eating syndrome*], otyłość) [2].

Anorexia nervosa objawia się unikaniem jedzenia i obawą przed przytyciem. Dotyczy przede wszystkim dziewcząt w okresie dojrzewania (13.–19. rż.) oraz młodych kobiet. Ostatnio coraz częściej odnotowuje się jej występowanie także wśród chłopców i mężczyzn. Zaburzenie to ma podłoże psychologiczne. Objawia się redukcją spożywanych pokarmów, zwiększoną aktywnością fizyczną, stosowaniem farmakologicznych środków przyspieszających spadek masy ciała [1, 3]. Chęć bycia szczupłym staje się dla osoby chorej wartością najwyższą, której podporządkowuje całą swoją aktywność życiową. Dążeniu do redukcji masy ciała towarzyszy nieprawidłowa samoocena, zaburzone postrzeganie swego wyglądu i proporcji sylwetki oraz chorobliwy lęk przed przytyciem [4–7].

Niezwykle istotne i trudne jest odpowiednio wczesne rozpoznanie anoreksji. Podstawowymi objawami, według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, są:

- utrata masy ciała poniżej 85% od średniej dla danego wieku i wzrostu lub brak przyrostu masy ciała w czasie rozwoju organizmu;
- chorobliwy lęk przed przybraniem na masie i otyłością, mimo niedowagi;

- zaburzone postrzeganie swojego ciała, jego kształtu oraz rozmiaru;
- negatywny wpływ zakłóconego wizerunku na samoocenę;
- niedostrzeganie znaczenia niskiej masy ciała i jej możliwych konsekwencji;
- u kobiet miesiączkujących brak co najmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych — *amenorrhoea secundaria* [8].

Początkowy etap choroby jest trudny do zauważenia, gdyż zaburzenie zazwyczaj rozpoczyna się od ograniczenia spożywania pokarmów ciężkostrawnych, słodczy, tłuszczów. Powodem tego może być niezadowolone z kształtu swojego ciała, jego wymiarów i nadmierna koncentracja na wyglądzie. Zjedzenie obfitego posiłku często wywołuje ogromne wyrzuty sumienia [9, 10]. Z czasem chorzy unikają spożywania posiłków z rodziną, zwiększają aktywność fizyczną, starają się ukryć wychudzone ciało pod zbyt luźnym ubraniem [1, 8, 11]. Nieraz utrzymywanie dobrej sprawności jest przyczyną późnego zorientowania się rodziny i otoczenia osoby chorej o jej narastającym problemie.

W sferze psychicznej po często spotykanej początkowej euforii, spowodowanej sukcesami w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym, pojawia się depresja, lęk przed przytyciem, brak akceptacji samego siebie, pogorszenie relacji z rodziną i znajomymi, narastające odosobnienie.

Celem pracy była ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym na temat problematyki zaburzeń odżywiania, ze szczególnym uwzględnieniem swoich zaburzeń odżywiania — jadłowstrętu psychicznego.

Materiał i metody

Przebadano 99 dziewcząt uczęszczających do gimnazjum w Tarnowie. Badane zostały podzielone na 3 grupy. Grupa I to uczennice klas I (n = 42), grupa II to uczennice klas II (n = 29), grupa III to badane uczęszczające do klas III (n = 28). Charakterystykę grup przedstawiono w tabeli 1.

Wśród uczennic przeprowadzono anonimową ankietę składającą się z 30 pytań dotyczących danych osobowych, podstawowych parametrów antropometrycznych (wysokości i masy ciała), stylu życia, znajomości pojęcia „anoreksja” oraz obecności czynników ryzyka anoreksji.

Wyniki badań ankietowych zostały poddane analizie statystycznej w programie CSS „Statistica” wersja 9. Do charakterystyki grup wykorzystano statystyki opisowe: wielkość próby (n), średnie z próby, od-

Tabela 1. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem podziału na grupy

Parametr	Średnia ± SD (n = 99)	Grupa I (n = 42)	Grupa II (n = 29)	Grupa III (n = 28)
Wiek (lata)	14,92 ± 0,92	14,03 ± 0,27	15,14 ± 0,44	16,04 ± 0,43
Wysokość ciała [cm]	160,52 ± 6,28	158,90 ± 6,35	160,65 ± 5,76	162,68 ± 6,27
Masa ciała [kg]	49,64 ± 7,69	48,02 ± 7,21	49,43 ± 7,61	52,27 ± 7,99
BMI [kg/m ²]	19,22 ± 2,45	18,99 ± 2,55	19,09 ± 2,29	19,71 ± 2,49

BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała

Tabela 2. Ocena BMI według siatek centylowych w zależności od wieku

Centyle	Ogółem		Klasa I		Klasa II		Klasa III	
	n	%	n	%	n	%	n	%
> 3	10	10,10	4	9,52	3	10,34	3	10,71
3–10	13	13,13	6	14,28	4	13,79	3	10,71
10–25	24	24,24	6	14,28	9	31,03	9	32,14
25–50	15	15,15	7	16,67	4	13,79	4	14,28
50–75	19	19,19	9	21,43	5	17,24	5	17,85
75–90	16	16,16	8	19,05	4	13,79	4	14,28
90–97	2	2,02	2	4,76	0	0	0	0
≥ 97	0	0,00	0	0	0	0	0	0

chylenie standardowe z próby (SD, *standard deviation*). Do porównania między grupami użyto testu *t*-Studenta dla grup niezależnych. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Istotnie statystycznie różnice wykazano między badanymi z klasy I i III w zakresie masy ciała ($p = 0,02408$) i wzrostu ($p = 0,019356$).

Wśród badanych nastolatków tylko jedna (1%) z grupy III miała wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) wskazujący na nadwagę, natomiast ponad 50% wykazywało niedowagę. Oceniając BMI według siatek centylowych w zależności od wieku, stwierdzono, że 10% dziewcząt ma go poniżej 3. centyla. Najwięcej badanych w grupie I (21,4%) mieściło się między 50. a 75. centylem, w grupie II i III między 10. a 25. centylem (odpowiednio 31%, 32,1%). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

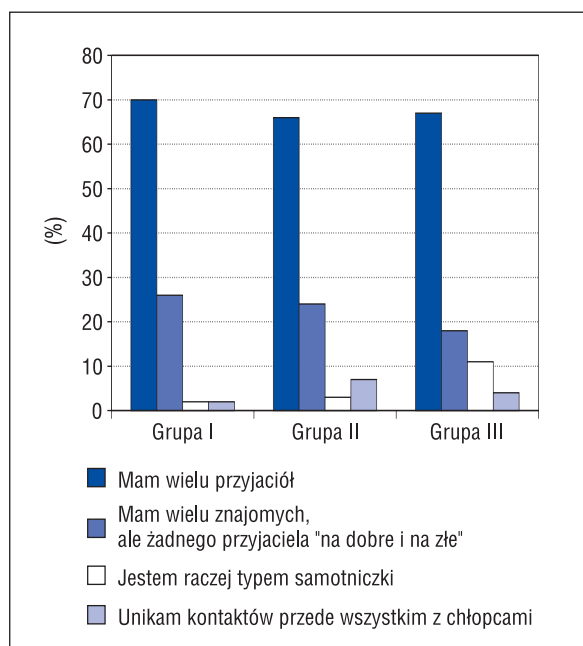
Porównanie odpowiedzi na pytania ankietowe między trzema grupami badawczymi nie wykazało różnic istotnych statystycznie.

Bardzo liczna grupa badanych (90%) znała pojęcie „anoreksji” i uważała, że ich nie dotyczy, natomiast 10% stwierdziło, że nie zna tego pojęcia, przyznając się do

stosowania różnych sposobów redukcji masy ciała. Większość badanych nie zaobserwowała tego zjawiska wśród swoich znajomych. Jedna trzecia badanych z grupy III potwierdziła występowanie anoreksji w ich otoczeniu, wskazując najczęściej na przyjaciółkę, koleżankę z klasy, siostrę.

Do lęku przed przytyciem przyznała się jedna piąta (20%) ankietowanych z I grupy, 14% z III grupy i 9% z II. Niewielka liczba uczennic (ok. 10%) ma takie objawy, jak: „poczucie winy z powodu zjedzenia zbyt dużego posiłku”, „dokładne liczenie kalorii”, „ciągłe skupienie uwagi na sobie, jedzeniu i odchudzaniu się”, „częste bóle brzucha wzdęcia, zaparcia”. Żadnych z wymienionych wyżej objawów nie ma natomiast jedna trzecia respondentek z I grupy, 39% z II grupy i 20% z grupy III.

Zdecydowana większość dziewcząt, zarówno z grupy I, II, jak i III ma wielu przyjaciół (odpowiednio: 70%, 66% i 67%). Wielu znajomych, ale żadnego przyjaciela „na dobre i złe” deklaruje 26% osób z grupy I, 24% z grupy II, 18% z grupy III. Największa liczba respondentek z grupy III określiła siebie jako samotniczki (11%), znacznie mniej takich osób było w grupie II (3%) i I (2%). Kontaktów z chłopcami unika niewiele ankietowanych ze wszystkich grup (z I — 2%, z II — 7%, z III — 4%). Wyniki przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Relacje ze znajomymi

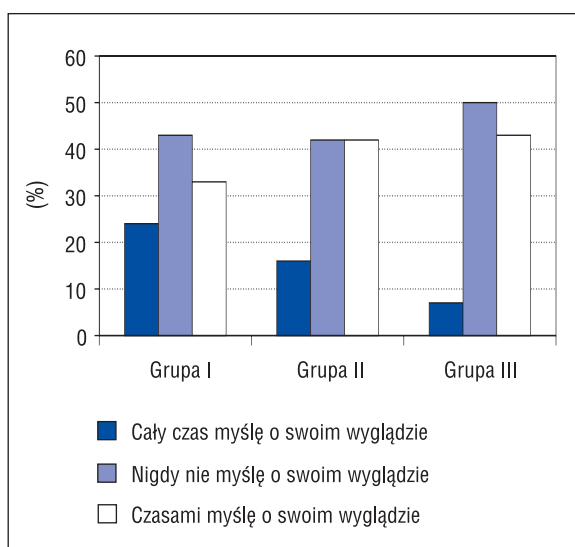
Analiza badań wskazuje, że większość badanych w reakcji na niepowodzenie szuka innej drogi do celu (z grupy I — 67%, z grupy II i III — 79%). Niektóre dziewczęta w przypadku niepowodzenia zniechęcają się — najwięcej z grupy I (14%), mniej z grupy II i III (po 7%). Natomiast odpowiedzi „często załamuję się” udzieliło najwięcej respondentek z grupy I (19%), znacznie mniej z grupy II i III (po 14%).

Bardzo często w ciągu dnia o swoim wyglądzie myśli jedna czwarta respondentek z grupy I, nieco mniej natomiast z grupy II (16%) i z grupy III (7%). Dość dużo czasu (ok. 4–5 godzin dziennie) swojemu wyglądowi poświęca połowa badanych z grupy III, niewiele mniej dziewcząt z pozostałych dwóch grup. Odpowiedzi „nie-dużo — tylko tyle, aby czysto i schludnie wyglądać” udzieliło ponad 40% osób z grupy II i III, jedna trzecia natomiast z grupy I. Wyniki przedstawiono na rycinie 2.

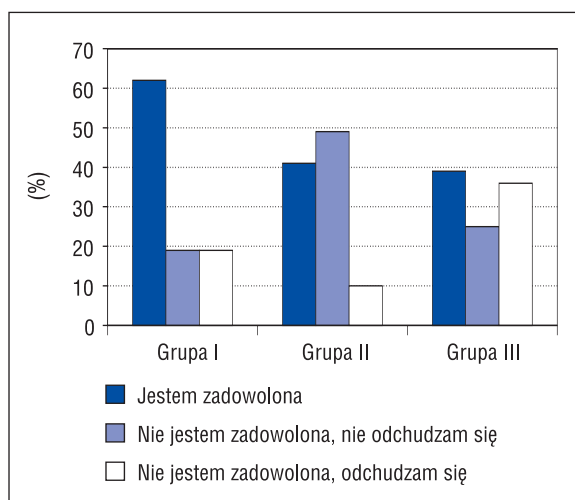
Pozytywna ocena własnego wyglądu charakteryzowała badane z grupy najmłodszej; najstarsze dziewczęta uważają się za zbyt grube, szczególnie w okolicach ramion, brzucha, bioder, pośladków, ud, tydek.

Ze swej figury zadowolonych jest najwięcej uczennic z grupy I (62%), znacznie mniej z grupy II (41%) i III (39%). Odpowiedzi „nie jestem zadowolona, ale się nie odchudzam” udzieliła połowa badanych z grupy II, jedna czwarta z grupy III i jedna piąta z I grupy. Pozostałe osoby odchudzają się i jest to: 36% z grupy III, 19% z grupy I oraz 10% z grupy II. Wyniki przedstawiono na rycinie 3.

Badane przeważnie podejmują aktywność fizyczną regularnie (grupa I — 50%, grupa III — 46%). Wyjątek



Rycina 2. Czas poświęcany swojemu wyglądowi

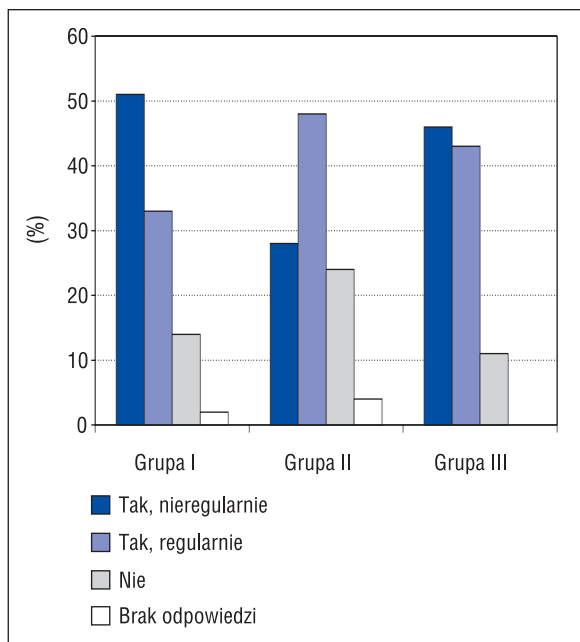


Rycina 3. Zadowolenie ze swojego wyglądu

stanowi grupa II, w której 24% nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej, a jeśli ją podejmuje, to nieregularnie (48%). Wśród rodzajów uprawianych aktywności fizycznych pojawiały się takie odpowiedzi, jak: piłka siatkowa, piłka koszykowa, bieganie, pływanie, gimnastyka, taniec, ćwiczenia na lekcji wychowania fizycznego, jazda na rowerze lub rolkach, jazda na nartach. Wyniki przedstawiono na rycinie 4.

Dyskusja

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych starano się określić poziom świadomości nastolatek w wieku gimnazjalnym dotyczącej zaburzeń odży-



Rycina 4. Uprawianie aktywności fizycznej wśród badanej młodzieży

wiania oraz obecność czynników ryzyka wystąpienia tych zaburzeń. Pojęcie anoreksji wiązano dotychczas z młodymi kobietami, dlatego też większość dotychczasowych badań skupiała się na młodych kobietach, studentkach [12, 13]. W literaturze przedmiotu można znaleźć nowatorskie badanie przeprowadzone przez Ziore i wsp. badających stan wiedzy młodzieży, przede wszystkim licealnej, na temat anoreksji [13]. Z cytowanych badań wynika, że problem zaburzeń odżywiania może dotyczyć młodzieży już w wieku gimnazjalnym. Większość, bo aż 90% badanych przez autorki artykułu dziewcząt, zna pojęcie anoreksji, zaś aż 33% zaobserwowało jej symptomy w swoim najbliższym otoczeniu. Lęk przed utyciem, głodówka, nadużywanie środków przeczyszczających, zaburzenia samooceny to główne symptomy występowania jadłowstrętu psychicznego. Niektóre z nich można zaobserwować w badanej grupie. Potwierdzają to odpowiedzi badanych gimnazjalistek dotyczące ilości uwagi poświęcanej własnemu wyglądowi. Cały czas o swym wyglądzie oraz o tym, jak są postrzegane, myśli 50% badanych z grupy I, 30% z grupy II i jedynie 10% z grupy III. W dwóch starszych grupach najwięcej dziewcząt przez około 4–5 godzin dziennie myśli o swoim wyglądzie. Niską samoocenę odnotowują także Ziore i wsp., według których prawie 70% badanych uważa, że ma adekwatną masę ciała do swojego wyglądu [13]. Młode kobiety oceniają swój wygląd niekiedy bardzo krytycznie, nie akceptują swojego ciała i zachodzących w nim zmian, co przejawia się także u respondentek. Starsze dziewczęta

oceniały własny wygląd bardziej negatywnie od młodszych. Konfrontacja z wymyślonymi przez dorosłych ideałami wyglądu i sprawności bywa u tych młodych ludzi źródłem ciągłej frustracji i zaniżonej samooceny, w skrajnych przypadkach doprowadzając do rozwoju zaburzeń łaknienia [9]. Potwierdzić to mogą odpowiedzi nastolatki dotyczące towarzyszących im najczęściej uczuć. Dziewczęta przyznały, że niemal równie często jak radość odczuwają smutek, złość czy poczucie beznadziejności.

Pojawiają się także problemy z akceptacją wyglądu u dziewcząt, którym nie podobają się zmiany zachodzące w ich ciele. Wskazują na to również odpowiedzi gimnazjalistek. Na pytanie o części ciała, których nie akceptują, odpowiadały przede wszystkim, że biodra, uda, pośladki — a więc miejsca o zwiększonej zawartości tkanki tłuszczowej, co jest biologicznie uwarunkowane u kobiet [14].

Niezadowolenie ze swojego wyglądu przekłada się u respondentek na różne sposoby redukcji masy ciała. Głównymi powodami do rozpoczęcia odchudzania były między innymi chęć podobania się innym, dorównania wyglądem koleżance, modelkom (67% w grupie I), „aby udowodnić, że jestem silna i wierzę w siebie” (grupa III).

Odpowiedzi starszych gimnazjalistek mogą wskazywać na to, że dla nich odchudzanie ma inne znaczenie — nie tylko wpływa na sylwetkę, ale również świadczy o sile i kontroli nad ciałem. Jest to niepokojący objaw, mogący sygnalizować poważne zaburzenia w kierunku jadłowstrętu psychicznego.

Według Ziory i wsp. 86% respondentów uważa, że odżywia się prawidłowo, blisko 50% co najmniej raz stosowało jakieś formy odchudzania [13]. Wśród badanych gimnazjalistek większość przyznaje się do stosowania różnych metod redukcji masy ciała. Jedną z najczęstszych było unikanie posiłków (30% w grupie II; 25% w grupach I i III). Głodówka natomiast jest metodą na schudnięcie dla 19% dziewcząt z III grupy, 13% z II oraz najmniejszej liczby, bo zaledwie 6% osób z I grupy. W niektórych przypadkach pojawiła się również zwiększona aktywność fizyczna. Ruch jako sposób na schudnięcie stosowany był przez największą liczbę dziewcząt z I grupy. Tej właśnie odpowiedzi udzieliło 40% badanych. W pozostałych dwóch grupach, zaledwie jedna trzecia dziewcząt wybrała taką formę odchudzania. Widać więc, że aktywność fizyczna — klucz do zdrowia i urody — jest lekceważona przez większość respondentek. Żadna z badanych dziewcząt nie podejmowała zbyt dużej aktywności fizycznej, zdecydowana większość ograniczała się do lekcji wychowania fizycznego w szkole i dodatkowych nieregularnych

form ruchu (taniec, bieganie, jazda na rowerze, jazda na rolkach itp.). Natomiast nieprawidłowe sposoby utraty masy ciała, połączone z ciągłym skupieniem na własnym ciele i chęcią jego upiększania, są już prostą drogą do rozwoju zaburzeń odżywiania.

Nie jest dziś nowością stwierdzenie, że problem nadwagi i otyłości odnosi się do bardzo dużej i ciągle rosnącej liczby dzieci i młodzieży [15]. Nie zostało to jednak potwierdzone w przeprowadzonej analizie, gdyż tylko jedna badana (1%) zaliczała się do osób z nadwagą. Może to być spowodowane młodym wiekiem respondentek. Podobne wyniki otrzymano podczas badania w łódzkich szkołach w 2007 roku, gdzie średnie BMI wśród badanych dziewcząt w wieku 14–16 lat wynosiło 20,5 [16]. Niepokojące są natomiast wyniki badań wskazujące na zbyt niską masę ciała u ponad 50% badanych dziewcząt [16]. Można dyskutować, czy jest to tylko spowodowane wiekiem rozwojowym, czy chęcią osiągnięcia sylwetki odpowiadającej modowym trendom.

Na zaburzenia odżywiania cierpią przede wszystkim osoby młode, dlatego warunkiem udanej profilaktyki jest ścisła współpraca opiekunów dzieci i młodzieży ze środowiskiem szkolnym. Szkoła jest, zaraz po domu rodzinnym, najistotniejszym miejscem kształtowania się osobowości nastolatków. To właśnie tam tworzą się stosunki interpersonalne, mające ogromny wpływ na dorastające dziecko. Już w początkowych latach nauki napotykamy pierwsze trudności, ponosi-

my pierwsze porażki oraz odnosimy sukcesy. Wysoki poziom rywalizacji i wymagane dążenie do bycia najlepszym, wyzwalane w tym środowisku, stanowią bardzo istotne czynniki ryzyka rozwoju anoreksji. Szkoła to również wiek kształtowania się tożsamości każdego z nas, kiedy to dochodzi do konfrontacji różnych autorytetów, a wybór jednego z nich może mieć duży wpływ na dalsze postępowanie. Ze względu na powyższe fakty i na to, że szkoła zajmuje dziś większość czasu młodych ludzi, powinna być ona miejscem działań profilaktycznych. Wprowadzie respondentki, zapytane o znajomość pojęcia „anoreksja”, zgodnie odpowiedziały twierdząco — poza jednym przypadkiem. Jednak można by poddać tę wiedzę, a właściwie jej zakres, w wątpliwość.

Wnioski

1. Dziewczęta w wieku gimnazjalnym znają pojęcie anoreksji.
2. W życiu nastolatek obecne są niektóre czynniki ryzyka wystąpienia jadłowstrętu psychicznego: brak akceptacji swojego ciała, błędne postrzeganie własnej sylwetki, silny lęk przed przytyciem.
3. Bardzo istotnym dla badanych, ale również dla wszystkich innych dojrzewających osób jest wprowadzenie w szkołach profilaktyki

Piśmiennictwo

1. Dobrzyńska E., Rymaszewska J.: Jadłowstręt psychiczny — ciągle wyzwanie dla współczesnej medycyny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2006; 6: 165–170.
2. Jakuszowiak K., Cubala W.J.: Zespół jedzenia nocnego — rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria* 2004; 1: 107–111.
3. Bartkowiak R., Woźniakowska-Kapton B., Janion M. i wsp.: Zmiany w układzie krążenia u chorych z jadłowstrętem psychicznym. *Forum Kardiologów* 2005; 10: 39–42.
4. Barg E., Urban K., Terlecka J. i wsp.: Kogo może dotyczyć anorexia nervosa? Analiza materiału własnego. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2006; 2: 43–49.
5. Burd C., Mitchell J.E., Crosby R.D. i wsp.: An assessment of daily food intake in participants with anorexia nervosa in the natural environment. *Int. J. Eat. Disord.* 2008; 42: 371–374.
6. Cieślukowska A.M., Radziwiłowicz W.: Neuropsychological performance in adolescent anorexia nervosa patients: a longitudinal study. *Acta Neuropsychologica* 2007; 5: 79–89.
7. Fassino S., Pieró A., Abbate Daga G. i wsp.: Attentional biases and frontal functioning in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 31: 274–283.
8. Nogal P., Lewiński A.: Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa). *Endokryinol. Pol.* 2008; 59: 148–155.
9. Abraham S., Llewelyn-Jones D.: *Bulimia i anoreksja. Zaburzenia odżywiania*. Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
10. Nowakowska K., Borkowska A.: Zwyczaje żywieniowe dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji i ich matek. *Psychiatria* 2006; 3: 133–137.
11. Marzano-Parisi M.M.: The contemporary construction of a perfect body image: bodybuilding, exercise addiction, and eating disorders. *Quest* 2001; 53: 216–230.
12. Sepulveda A.R., Carrobes J.A., Gandarillas A.M.: Associated Factors of Unhealthy Eating Patterns among Spanish University Students by Gender. *Span. J. Psychol.* 2010; 13 (1): 364–375.
13. Ziara K., Pilarz Ł.B., Sztylek J. i wsp.: Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat anorexia nervosa. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2009; 5 (1): 12–18.
14. Siemińska L.: Tkanka tłuszczowa. Patofizjologia, rozmieszczenie, różnice płciowe oraz znaczenie w procesach zapalnych i nowotworowych. *Endokryinol. Pol.* 2007; 58: 330–342.
15. Bryl W., Miczke A., Pupek-Musialik D.: Nadciśnienie tętnicze i otyłość — narastający problem wieku rozwojowego. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2005; 1: 26–29.
16. Nawarycz T., Ostrowska-Nawarycz L.: Wskaźnik masy ciała u dzieci i młodzieży łódzkiej w wieku szkolnym. XIV Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „Postępy w alergologii i pneumologii” 4–7 listopada 2007 roku, Kraków.