

Anna Brytek-Matera

Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Konfrontacja ze stresem u kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi

Confrontation with stress in women with disturbed eating habits

STRESZCZENIE

WSTĘP. Celem badania była ocena strategii radzenia sobie ze stresem u osób z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. Postawiono następujące pytania: 1) Czy istnieją różnice między kobietami z anoreksją, bulimią i otyłością a zdrową populacją pod względem radzenia sobie ze stresem? 2) Które ze strategii radzenia sobie ze stresem determinują nieprawidłowe nawyki żywieniowe?

MATERIAŁ I METODY. Zastosowano kwestionariusz Brief COPE Carvera (1997) u 121 kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi (anoreksja, bulimia, otyłość) oraz u 83 zdrowych kobiet. **WYNIKI.** Kobiety z bulimią częściej wykorzystują dezadaptacyjną strategię radzenia sobie ze stresem (bazującą na emocjach) aniżeli kobiety z anoreksją. Natomiast kobiety z zaburzeniami odżywiania rzadziej niż zdrowe kobiety posługują się strategiami skoncentrowanymi na problemie.

WNIOSKI. Z powodu braku odpowiednich form radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania należy wypracować efektywne metody redukcji stresu.

Słowa kluczowe: stres, radzenie sobie, postawy żywieniowe, zaburzenia odżywiania, otyłość

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2009, tom 5, nr 4, 213-219

Adres do korespondencji: dr n. hum. Anna Brytek-Matera
 Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego
 ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice
 tel.: (0 32) 359 97 17
 e-mail: anna.brytek@us.edu.pl
 Copyright © 2009 Via Medica
 Nadesłano: 10.08.2009 Przyjęto do druku: 02.09.2009

ABSTRACT

INTRODUCTION. The aim of the present study was to assess coping strategies among women with disturbed eating habits. The following questions were asked: 1) Are there any differences between women suffering from anorexia, bulimia and obesity and healthy population with respect to cope with stress? 2) Which of coping strategies determine disturbed eating habits?

MATERIAL AND METHODS. The Brief COPE by Carver (1997) was applied to 121 women with disturbed eating habits (anorexia, bulimia, obesity) and 83 healthy women.

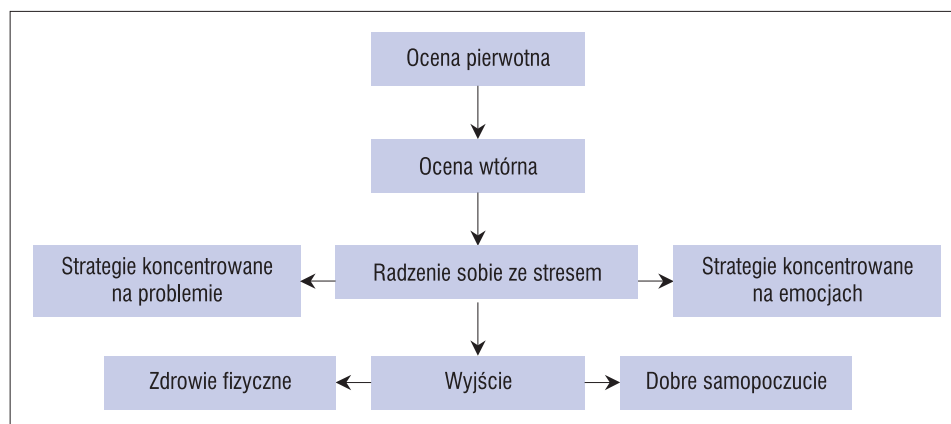
RESULTS. Women with bulimia nervosa manifest more maladaptive (emotion-focused coping) coping strategies than women with anorexia. However, women with eating disorders use more problem-focused coping than those without disturbed eating habits.

CONCLUSIONS. In the absence of suitable coping strategies among persons with eating disorders it's necessary to work out effective stress reduction methods.

Key words: stress, coping, eating attitudes, eating disorders, obesity
 Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2009, vol. 5, No 4, 213-219

Wstęp

Transakcyjna teoria stresu, opracowana przez Lazarusa i Folkmana [1], definiuje radzenie sobie ze stresem (*coping*) jako stale zmieniające się (dynamiczne) wysiłki (poznawcze i behawioralne) podejmowane w celu sprostania specyficznym wymaganiom (zewnętrznym i/lub wewnętrznym) ocenianym przez człowieka jako nadmiernie obciążające i przekraczające jego za-



Rycina 1. Poznawczo-fenomenologiczny model radzenia sobie ze stresem według Lazarusa [za 4]

soby. Zdaniem Folkman i Lazarusa [za 2] człowiek w obliczu sytuacji stresogennej może posługiwać się różnymi strategiami, wśród których autorzy wyróżniają: konfrontację, dystansowanie się, samokontrolę, poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, ucieczkę i unikanie, planowanie rozwiązania problemu oraz pozytywne przewartościowanie.

Umiejętność radzenia sobie ze stresem może przybierać formę (produktywnych) działań służących niwelowaniu stresu bądź też reakcji mających charakter obronny (mała skuteczność ze względu na zaniechanie osiągnięcia celu pod wpływem stresu). Do sposobów najbardziej efektywnych, prowadzących do rozwiązania danej sytuacji stresogennej (przez koncentrację na zadaniu, planowaniu oraz na próbach ostatecznego rozwiązania sytuacji) należą **strategie zorientowane na problemie**, wśród których wyróżnia się: aktywne radzenia sobie ze stresem, planowanie rozwiązania problemu oraz poszukiwanie wsparcia społecznego. W sytuacji stresu człowiek stosować może także **strategie bazujące na emocjach**, służące samoregulacji emocji (obniżenie napięcia), do których zalicza się: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, spożywanie substancji psychoaktywnych, zaprzeczanie, pozytywne przewartościowanie, wycofanie oraz dezorganizację zachowania [3].

Cosway i wsp. [2] wyróżniają strategie zadaniowe (*task oriented coping*) i niezadaniowe (*nontask oriented coping*), a te z kolei dzielą się na skoncentrowane na emocjach (*emotion oriented coping*) i na ucieczkę (*avoidance oriented coping*). Do strategii ucieczkowych autorzy zaliczają wycofanie (*distraction*) i oddawanie się rozrywkom towarzyskim (*social diversion*).

Lazarus [za 4] stworzył zintegrowany model radzenia sobie ze stresem, w którym wyróżnił: dwa rodzaje oceny poznawczej — ocenę pierwotną (subiektywne oszacowanie, czy dany bodziec jest stresorem, czy też

nie) i wtórną (podejmowanie działań mających na celu uporanie się ze źródłem stresu), radzenie sobie ze stresem (strategie zorientowane zadaniowo oraz emocjonalnie) oraz wyjście (ryc. 1).

Istnieją trzy rodzaje modeli dotyczących konfrontacji z sytuacją stresogenną [5]:

- pierwszym jest model binarny, opracowany przez Lazarusa i Folkman, rozróżniający strategie bazujące na problemie i na emocjach. W literaturze przedmiotu spotkać można również określenia: aktywne radzenie sobie ze stresem (ten rodzaj działań zorientowany jest na rozwiązanie problemu) i strategie skoncentrowane na unikaniu problemu (jako wariant strategii zorientowanych emocjonalnie);
- drugim jest model trójczynnkowy, posiadający dodatkowo strategie bazujące na ocenie, to znaczy pozytywnym przewartościowaniu (wykorzystywany m.in. przez: Pearlin i Schooler, Billings i Moos, Siffelge-Krenke);
- trzeci typ stanowi model wieloczynnikowy, propagowany między innymi przez Carvera i wsp., bazujący na wielu strategiach, zorientowanych na przykład na: problemie, emocjach, wyrażaniu emocji, dezorganizacji umysłowej (zaprzestaniu myślenia) i dezorganizacji zachowania (zaprzestaniu działania).

Strategie radzenia sobie ze stresem zorientowane problemowo są pozytywnie skorelowane z adaptacją (przystosowaniem się), dobrym zdrowiem, poczuciem własnej wartości, natomiast wprost proporcjonalna zależność (dotycząca wymienionych zmiennych) występuje w związku z wykorzystywaniem strategii zorientowanych emocjonalnie [2, 5].

W opracowanej przez Holmesa i Rahe'a [za 6] skali do pomiaru wtórnego przystosowania się społecznego, wykazującej, że każde poważniejsze doświadczenie życiowe bywa źródłem stresu i napięć — niezależnie, czy ma ono pozytywny, czy negatywny charak-

ter — zmiana nawyków żywieniowych zajmuje 40. pozycję i posiada wartość 15 jednostek zmiany życiowej (i chociaż wydarzenie to nie zostało przez autorów ocenione jako bardzo stresujące, niemniej jednak zostało wymienione i zaliczone do istotnych zmian w życiu człowieka). Nie ulega zatem wątpliwości, że stres i sposób odżywiania się są ze sobą powiązane.

Aktualnie szacuje się, że na świecie około 300 milionów osób jest otyłych (podczas gdy w 2006 roku liczba ta wynosiła 200 milionów), a 1 miliard posiada nadwagę [7]. Jeśli chodzi zaś o zaburzenia odżywiania, przyjmuje się, że częstotliwość występowania anoreksji psychicznej u dziewcząt i młodych kobiet wynosi od 0,5% do 1,5% [8], natomiast bulimii oscyluje wokół 1% do 3% [9].

Celem badania było określenie strategii radzenia sobie ze stresem determinujących nieprawidłowe wzorce jedzeniowe — to znaczy jadłowstręt psychiczny, bulimię psychiczną i otyłość — oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy wyniki badanych grup klinicznych różnią się w zakresie stosowania strategii radzenia sobie ze stresem od wyników zdrowych rówieśników.

Materiał i metody

Badaniami objęto populację 121 osób charakteryzujących się nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. Grupę badawczą stanowiły kobiety z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego (AN, *anorexia nervosa*), bulimii psychicznej (BN, *bulimia nervosa*) oraz z otyłością (O). Dobór badanych grup w przypadku osób z zaburzeniami odżywiania opierał się na kryteriach diagnostycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV-TR [10], natomiast w przypadku kobiet z otyłością grupa została dobrana na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), zgodnie z normami ustalonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [11].

Dla dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym ($n = 43$) średnia wieku wyniosła 17,88 roku ($SD \pm 1,23$), natomiast średni BMI był równy 16,43 kg/m^2 ($SD \pm 2,10$), co wskazuje na niedowagę. Dla kobiet z bulimią psychiczną ($n = 40$) średnia wieku była równa 22,23 roku ($SD \pm 5,19$), zaś średni BMI osiągnął wartość 22,03 kg/m^2 ($SD \pm 2,89$), co wskazuje na prawidłową masę ciała. Dla kobiet z otyłością ($n = 38$) średnia wieku wyniosła 35,11 roku ($SD \pm 9,86$), a średni BMI był równy 38,06 kg/m^2 ($SD \pm 9,13$), co świadczy o otyłości II stopnia. W przypadku osób z zaburzeniami odżywiania badania wykonano wśród kobiet hospitalizowanych w Szpitalu Św. Krzyża w Metz, w Dziecięcym Szpitalu w Nancy-Brabois oraz w Ośrodku Leczenia Ner-

wic i Zaburzeń Jedzenia w Gliwicach, natomiast w przypadku osób z otyłością badania miały miejsce w Poradni Leczenia Otyłości w Katowicach oraz w Centrum Medyczno-Dietetycznym w Scy-Chazelles.

Grupy kontrolne stanowiły kobiety z prawidłową masą ciała. Pierwsza grupa (GK1; grupa wiekowa odpowiadająca grupie z jadłowstrętem i bulimią psychiczną) liczyła 45 kobiet, których średnia wieku wyniosła 20,11 roku ($SD \pm 0,71$) oraz średni BMI 21,12 kg/m^2 ($SD \pm 2,91$). Do drugiej grupy kontrolnej (GK2; grupa wiekowa odpowiadająca grupie z otyłością) zostało zakwalifikowanych 38 kobiet — średnia wieku równa była 37,74 roku ($SD \pm 5,95$), natomiast średnia wartość BMI wyniosła 22,38 kg/m^2 ($SD \pm 2,86$). Dobór grup kontrolnych miał charakter losowy (wśród studentów wyższych uczelni oraz wśród pracowników administracyjnych).

Do oceny poznawczych i behawioralnych wysiłków, jakie podejmuje człowiek w konkretnej sytuacji stresowej, wykorzystano wersję sytuacyjną kwestionariusza Brief COPE Carvera [12], składającą się z 13 skal (każda ze skal posiada 2 itemy). Do indywidualnego zestawu technik zaradczych wykorzystywanych w sytuacji stresowej autor zalicza: aktywne radzenie sobie ze stresem, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptację, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia społecznego, wycofanie, zaprzeczanie, wyrażanie uczuć i emocji, używanie substancji psychoaktywnych oraz dezorganizację zachowania. Każdy z itemów (łącznie jest ich 26) oceniany jest według 4-punktowej skali (nigdy — czasami — często — zawsze) od 1 do 4 punktów. Wynik minimalny dla każdej ze strategii wynosi 2 punkty, natomiast maksymalny 8 punktów. Niski wynik świadczy o tym, że osoba nie ma zwyczaju stosować danej strategii w celu pokonania stresu, wysoki zaś informuje o tym, że osoba wykorzystuje daną strategię.

W badaniu wykorzystano również metodę badań ankietowych — narzędziem badawczym był kwestionariusz autorski ankiety (utworzony na podstawie wywiadu anamnestycznego), dotyczący postaw związanych z jedzeniem. Pierwsza część kwestionariusza obejmowała zagadnienia związane z podejmowaniem przez badane osoby działań restrykcyjnych w celu utraty masy ciała (przykładowe pytanie: „Czy kiedykolwiek stosowała Pani dietę? Jeśli tak, jak często: rzadko, czasami, często, bardzo często, od zawsze jestem na diecie”). Część druga dotyczyła monitorowania masy ciała (przykładowe pytanie: „Czy waży się Pani codziennie? Jeśli tak, ile razy w ciągu dnia: raz dziennie, dwa razy dziennie, trzy razy dziennie, więcej niż trzy razy dziennie”).

Tabela 1. Porównanie średnich wartości istotnych statystycznie w zakresie preferencji poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem

	AN	BN	O	GK1	GK2	Porównanie grup		
	n = 43	n = 40	n = 38	n = 45	n = 38	d Cohena		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	AN i G1	BN i G1	O i GK2
Aktywne radzenie sobie	4,85 (1,17)	4,48 (1,39)	5,15 (1,28)	5,60 (1,19)	5,42 (1,17)	-0,64*	-0,91***	-0,22
Planowanie	4,90 (1,33)	4,35 (1,38)	5,18 (1,43)	5,33 (1,39)	5,28 (1,25)	-0,32	-0,73**	-0,08
Dezorganizacja zachowania	3,43 (1,43)	4,33 (1,26)	3,52 (1,22)	2,95 (1,12)	3,34 (1,16)	0,38	1,17***	0,16
Pozytywna reinterpretacja	4,34 (1,49)	3,84 (1,46)	4,86 (1,64)	5,57 (1,48)	5,55 (1,32)	-0,84***	-1,19***	-0,46
Poczucie humoru	3,04 (1,09)	2,94 (1,16)	3,84 (1,58)	4,13 (1,57)	4,02 (1,21)	-0,80**	-0,85***	-0,13
Zaprzeczanie	4,00 (1,39)	3,87 (1,26)	3,94 (1,41)	3,17 (1,49)	3,50 (1,00)	0,57*	0,49	0,37
Substancje psychoaktywne	3,07 (1,45)	4,56 (1,90)	3,21 (1,43)	3,00 (1,53)	2,78 (1,04)	0,05	0,92***	0,34

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; AN (*anorexia nervosa*) — anoreksja; BN (*bulimia nervosa*) — bulimia; O — otyłość; GK1 — zdrowa grupa kontrolna 1; GK2 — zdrowa grupa kontrolna 2

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA z testem *post hoc* Tukeya. W badaniu zastosowano również analizę regresji. Wyodrębniono: wartości standaryzowanych współczynników regresji (β), wartości współczynnika determinacji (R^2), proporcję wariancji efektu i wariancji błędu (F) oraz współczynnik istotności (p).

Wyniki

Między badanymi grupami istniały różnice istotne statystycznie pod względem strategii radzenia sobie ze stresem dotyczących aktywnego radzenia sobie z sytuacją dyskomfortową ($F(4, 196) = 5,53$; $p < 0,001$), planowania ($F(4, 196) = 3,67$; $p < 0,01$), dezorganizacji zachowania ($F(4, 196) = 6,68$; $p < 0,001$), pozytywnej reinterpretacji ($F(4, 196) = 10,46$; $p < 0,001$), traktowania zaistniałej sytuacji z humorem ($F(4, 196) = 6,98$; $p < 0,001$), zaprzeczania ($F(4, 196) = 2,92$; $p < 0,05$) oraz zażywania substancji psychoaktywnych ($F(4, 196) = 8,69$; $p < 0,001$). Średnie wyniki (wraz z odchyleniem standardowym) uzyskane przez badane grupy w zakresie stosowania strategii radzenia sobie ze stresem przedstawiono w tabeli 1.

Aby poradzić sobie ze stresem, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym rzadziej aniżeli zdrowe kobiety aktywnie podejmują działania mające na celu pokonanie danego zdarzenia, pozytywnie przewartościowują własną sytuację (dostrzegają dobre strony stresu, aby zmniejszyć poczucie straty bądź porażki) i traktują ją z humorem, natomiast częściej zaprzeczają, że dana sytuacja ma miejsce.

Kobiety z bulimią, w porównaniu ze zdrowymi kobietami, rzadziej: stosują aktywne strategie radzenia sobie ze stresem, planują pokonanie danej sytuacji, reinterpretują w sposób pozytywny dane zdarzenie

i żartują na jego temat, natomiast częściej: zaprzestają działań w celu pokonania źródła stresu oraz piją alkohol lub zażywają inne środki (np. narkotyki).

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pod względem strategii radzenia sobie ze stresem między grupą kobiet z otyłością a grupą kontrolną.

W grupach klinicznych zbadano postawy związane z odżywianiem się. Wyniki zamieszczono w tabeli 2.

Wśród pacjentek z jadłowstrętem psychicznym 70% deklaruje, że stosowało dietę w przeszłości, 49% najczęściej rezygnuje z pierwszego śniadania, 58% waży się codziennie, w tym 44% trzy razy dziennie.

Wśród pacjentek z bulimią do stosowania diety w przeszłości przyznaje się 95% badanych, 73% rezygnuje z posiłków wieczorem, a 18% waży się codziennie.

Wśród kobiet z otyłością 97% stosowało dietę w przeszłości, natomiast 89% jest na diecie obecnie. Zarówno rano, jak i wieczorem badane kobiety rezygnują z posiłków (79%). Wśród osób z otyłością 47% waży się codziennie.

Analiza danych wskazuje, że taktykami radzenia sobie ze stresem determinującymi zaburzenia dotyczące nieprawidłowego odżywiania się były: a) w przypadku anoreksji strategię bazujące na niskiej akceptacji stresu; b) w przypadku bulimii częste zażywanie substancji psychoaktywnych, rzadkie reinterpretowanie w sposób pozytywny danej sytuacji, rzadkie wypracowanie planu pokonania sytuacji stresogennej; c) w przypadku otyłości częste traktowanie danej sytuacji z humorem (np. żartowanie na jej temat) (tab. 3).

Dyskusja

Wyniki prezentowanych badań pokazują, że zarówno pacjentki z jadłowstrętem psychicznym, jak i buli-

Tabela 2. Porównanie liczby kobiet w badanych grupach klinicznych w zakresie postaw związanych z jedzeniem

	Anoreksja n = 43		Bulimia n = 40		Otyłość n = 38	
	n	%	n	%	n	%
Stosowanie diety:						
— w przeszłości	30	70	38	95	37	97
— aktualnie	17	40	20	50	34	89
Rezygnacja z posiłków:						
— rano	21	49	25	63	30	79
— po południu	19	44	27	68	24	63
— wieczorem	15	35	29	73	30	79
Codziennie ważenie się	25	58	9	23	18	47
Ważenie się:						
— 1 raz dziennie	5	20	2	22	16	89
— 2 razy dziennie	4	16	7	78	–	–
— 3 razy dziennie	11	44	–	–	–	–
— więcej niż 3 razy dziennie	5	29	–	–	2	11

Tabela 3. Strategie radzenia sobie ze stresem warunkujące nieprawidłowe nawyki żywieniowe

Predyktor	β	R ²	F	p
Jadłowstręt psychiczny				
Akceptacja	-0,19	0,03	7,95	0,01
Bulimia psychiczna				
Używanie substancji psychoaktywnych	0,38	0,25	24,17	0,001
Pozytywna reinterpretacja	-0,22			
Planowanie	-0,13			
Otyłość				
Poczucie humoru	0,14	0,02	4,74	0,05

nią, w porównaniu ze zdrowymi kobietami, rzadziej aktywnie podejmują działania, aby poprawić daną sytuację, pozytywnie ją przewartościowują oraz traktują z humorem, co świadczy o niewykorzystywaniu strategii bazujących na problemie. Dodatkowo, pacjentki z bulimią, w porównaniu ze zdrowymi kobietami, w sytuacji stresu częściej rezygnują z podejmowania działań mających na celu pokonanie danego zdarzenia oraz częściej piją alkohol lub zażywają środki odurzające (narkotyki, leki psychotropowe), co świadczy o wykorzystywaniu strategii skoncentrowanych na emocjach.

Być może niepodjęcie żadnych wysiłków i jednocześnie akceptowanie danej sytuacji wiąże się u kobiet z bulimią z niską samooceną dotyczącą skuteczności własnych działań (niska efektywność działań) bądź też z brakiem kontroli (niska samokontrola).

Badane osoby nie podejmują żadnych działań, wierzą bowiem, że nie są w stanie się kontrolować ani nad sobą panować, wybierają więc formę pasywną w zmaganiu się ze stresem.

Istnieje wysoki poziom współwystępowania bulimii psychicznej i uzależnienia od alkoholu [13]. Szacuje się, że nadużywanie substancji psychoaktywnych oscyluje między 30% a 37% przypadków u osób z bulimią, natomiast u osób z anoreksją między 12% a 18% [14]. Z badań Bulik i wsp. [15] wynika, że spośród kobiet z bulimią 26,1% spełnia kryteria uzależnienia od alkoholu, a 24,6% go nadużywa. Konsumpcja alkoholu rozpatrywana w kategoriach strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet z bulimią może pełnić formę ucieczki, unikania lub regulowania nieprzyjemnych emocji, podczas gdy spożywanie alkoholu w celu poprawienia sobie samopoczucia może być tłumaczone przez chore jako działanie powodujące wzrost pozytywnych stanów afektywnych [16]. Spożywanie alkoholu i zażywanie narkotyków mogą więc służyć minimalizacji bądź unikaniu negatywnych stanów emocjonalnych [17] z powodu braku alternatywnych metod redukujących napięcie emocjonalne [18].

Badania Luce i wsp. [19] pokazały, że u osób z bulimią psychiczną konsumpcja alkoholu w dzień powszedni (od niedzieli do czwartku) wynosiła średnio 2,07 drinka (1 standardowy drink = 10 g czystego alkoholu). Spożywanie alkoholu w weekend (piątek i sobota) równało się średnio 6,33 drinka. Natomiast częstotliwość epizodów picia alkoholu — na przełomie ostatniego miesiąca — osiągnęła wartość 2,69 drinka. Jako motywy spożywania alkoholu wyróżniono cztery

czynnikami: 1) konformizm, 2) czynnik społeczny, 3) radzenie sobie ze stresem oraz 4) poprawianie sobie humoru. Dodatkowo, autorzy wysuwają tezę, że kobiety z zaburzeniami odżywiania mogą konsumować alkohol w celu poradzenia sobie z sytuacją stresującą bądź negatywnymi uczuciami.

W świetle powyższych danych nie jest zatem zadziwiający fakt, że w sytuacji stresu badane kobiety w taki właśnie sposób próbują sobie poradzić z problemem.

Z badań Yagera i wsp. [20] wynika, że kobiety z bulimią — w porównaniu z kobietami w przeszłości chorującymi na bulimię, a obecnie uchodzącymi za osoby zdrowe oraz z kobietami, które nigdy nie miały zdiagnozowanego żadnego z zaburzeń odżywiania — rzadziej posługują się strategiami dotyczącymi aktywnego radzenia sobie ze stresem, planowania i poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Grupa osób z bulimią rzadziej niż była grupa pacjentek z bulimią skupia się na własnych emocjach i ich wyrażaniu, częściej zaś aniżeli grupa kontrolna zaprzestaje działań mających na celu poradzenie sobie z problemem.

Badania japońskie [21] pokazują, że osoby z typem przeczyszczającym bulimii, w porównaniu ze zdrową populacją, rzadko stosują strategie skoncentrowane na problemie. Natomiast osoby z typem nieprzecyszczającym bulimii oraz z typem żarłoczno-wydalającym anoreksji rzadziej posługują się strategiami bazującymi na planowaniu rozwiązania problemu oraz rzadziej stosują pozytywne przewartościowanie aniżeli grupa kontrolna, podczas gdy pacjentki z typem restrykcyjnym anoreksji rzadko wykorzystują pozytywne przewartościowanie. Inne badania z tego samego kręgu kulturowego [22] dowodzą także, że pacjentki z zaburzeniami odżywiania rzadko używają strategii zorientowanych zadaniowo, często zaś stosują strategie skupiające się na emocjach. Osoby z typem restrykcyjnym anoreksji i osoby z typem przecyszczającym bulimii rzadko oddają się rozrywkom towarzyskim oraz szukają towarzystwa w porównaniu z grupą kontrolną.

Badania polskie [23, 24] świadczą również o tym, że osoby z zaburzeniami odżywiania w sytuacji stresogennej nie posługują się strategiami zadaniowymi skoncentrowanymi na znalezieniu rozwiązania problemu, lecz wykorzystują strategie służące samoregulacji emocji.

Obecne badania pokazują, że stosowanie strategii dotyczących niskiej akceptacji stresu warunkuje jadłowstręt psychiczny. Do indywidualnego zestawu tech-

nik zaradczych, wykorzystywanych w sytuacji stresu, determinujących bulimię należą: częste zażywanie substancji psychoaktywnych, rzadkie pozytywne reinterpretowanie danej sytuacji oraz rzadkie wypracowanie planu pokonania stresu. W przypadku zaś otyłości predyktorami są strategie traktujące daną sytuację z humorem. Powyższe wyniki dowodzą, że osoby charakteryzujące się nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi posługują się różnymi strategiami radzenia sobie ze stresem. U kobiet z bulimią te strategie wyraźnie bazują na emocjach.

Wnioski

Jako że obecnie wszechobecny (mass media, grupa rówieśnicza, rodzina) jest ideał szczupłej sylwetki, kobiety niezadowolone z własnego wyglądu podejmują różnorakie działania w celu zmniejszenia masy ciała (rezygnowanie z posiłków, stosowanie diet). Często niemożność osiągnięcia celu (ze względu na nierealistyczne oczekiwania) wiąże się z odbieraniem danej sytuacji jako stresującej i wpływa dezadaptacyjnie na funkcjonowanie danych osób. Nierzadko to, co miało być źródłem pozytywnych emocji, okazuje się źródłem stresu. Dlatego tak ważna jest wiedza na temat wykorzystywania strategii radzenia sobie z problemem u osób z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. To, w jaki sposób kobiety z jadłowstrętem psychicznym, bulimią i otyłością konfrontują się z sytuacją stresogenną, wpływa na ich funkcjonowanie w sferach psychicznej, fizycznej i społecznej. Niezwykle istotne wydaje się zatem wypracowanie — w sytuacji braku efektywnych form radzenia sobie ze stresem — indywidualnego zestawu adaptacyjnych technik zaradczych, które w sytuacji stresu będą wykorzystywane i które pomogą zniwelować jego źródło.

W pracy terapeutycznej z osobami z zaburzeniami odżywiania i otyłością należałoby nauczyć pacjentów skutecznych sposobów konformacji ze stresem (ze szczególnym podkreśleniem, że tego typu działania powinny być wykorzystywane systematycznie, a nie sporadycznie) oraz zwrócić uwagę, że podjęcie technik zorientowanych zadaniowo (a nie emocjonalnie) przyczynia się do bardziej produktywnego rozwiązania danego problemu.

Piśmiennictwo

- Lazarus R.S., Folkman S.: Stress, appraisal, and coping. Springer, Nowy Jork 1984.
- Cosway R., Endler N.S., Sandler A.J., Deary I.J.: The Coping Inventory for Stressful Situations: factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *J. Appl. Biobehav. Res.* 2000; 5 (2): 121–143.
- Brytek-Matera A.: Sposoby radzenia sobie z negatywnym obrazem własnego ciała przez kobiety z bulimią. W: Szewczyk L., Talić E. (red.). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin (w druku).
- Webb C.: Prise en charge, guérison, coping: vers un modèle intégré. *Rech. Soins Infirm.* 2001; 67: 132–142.
- Piquemal-Vieu L.: Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Rech. Soins Infirm.* 2001; 67: 84–98.
- Aronson E., Wilson T.D., Alert R.M.: Zdrowie i środowisko. Psychologia społeczna. Serce i umysł. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
- Mariage A., Cuynet P., Godard B.: Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions. *Evol. Psychiatr.* 2008; 73: 377–397.
- Simon Y.: Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutr. Clin. Métabol.* 2007; 21: 137–142.
- Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective. Editions Inserm, Paryż 2002. http://lara.inist.fr/bitstream/2332/1334/4/INSERM_troublesmentaux_part3.pdf
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition Revised. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- World Health Organization: Global database on Body Mass Index. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Carver C.S.: You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int. J. Behav. Med.* 1997; 4: 92–100.
- Franko D.L., Dorer D.J., Keel P.K., Jackson S., Manzo M.P., Herzog D.B.: How do eating disorders and alcohol use disorders influence each other? *Int. J. Eat. Disord.* 2005; 38 (3): 200–207.
- American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1.
- Bulik C.M., Klump K.L., Thornton L. i wsp.: Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65 (7): 1000–1006.
- Cooper M.L., Russell M., George W.H.: Coping, expectancies, and alcohol abuse: a test of social learning formulations. *J. Abnorm. Psychol.* 1988; 97 (2): 218–230.
- Sherwood N.E., Crowther J.H., Wills L., Ben-Porath Y.S.: The perceived function of eating for bulimic, sub-clinical bulimic, and non-eating-disordered women. *Behav. Ther.* 2000; 31 (4): 777–793.
- Abrams D.B., Niaura R.S.: Social learning theory. W: Blane H.T., Leonard K.E. (red.). Psychological theories of drinking and alcoholism. The Guilford Press, Nowy Jork 1987: 131–178.
- Luce K.H., Engler P.A., Crowther J.H.: Eating disorders and alcohol use: group differences in consumption rates and drinking motives. *Eat. Behav.* 2007; 8 (2): 177–184.
- Yager J., Rorty M., Rossotto E.: Coping styles differ between recovered and non-recovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating-disordered control subjects. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995; 183 (2): 86–94.
- Nakahara R., Yoshiuchi K., Yamanka G., Sasaki T., Suematsu H., Kuboki T.: Coping skills in Japanese women with eating disorders. *Psychol. Rep.* 2000; 87 (3 Pt 1): 741–746.
- Nagata T., Matsuyama M., Kiriike N., Iketani T., Oshima J.: Stress coping strategy in Japanese patients with eating disorders: relationship with bulimic and impulsive behaviors. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000; 188 (5): 280–286.
- Brytek-Matera A.: Stres w bulimii psychicznej: konfrontacja czy unikanie problemu? W: Gawor A., Głębocka A. (red.). Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008: 49–58.
- Brytek-Matera A., Charzyńska E.: Jak pacjentki z jadłowstrętem psychicznym radzą sobie ze stresem? *Psychother.* 2008; 4 (147): 29–42.