

This is a provisional PDF only. Copyedited and fully formatted version will be made available soon.



ISSN: 1732-9841

e-ISSN: 1733-4594

In search of effective methods to prevent eating disorders: the use of cognitive dissonance induction (literature review).

Author: Katarzyna Świątkowska

DOI: 10.5603/PSYCH.a2021.0019

Article type: Review paper

Submitted: 2020-11-24

Zaakceptowane: 2021-02-08

Published online: 2021-04-29

This article has been peer reviewed and published immediately upon acceptance. It is an open access article, which means that it can be downloaded, printed, and distributed freely, provided the work is properly cited.

Katarzyna Świątkowska

Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

W poszukiwaniu skutecznych metod profilaktyki zaburzeń odżywiania — wykorzystanie indukcji dysonansu poznawczego. Przegląd literatury

In search of effective methods to prevent eating disorders: the use of cognitive dissonance induction. Literature review

Profilaktyka zaburzeń odżywiania

Adres do korespondencji:

Katarzyna Świątkowska

Katedra i Klinika Psychiatrii PUM

ul. Władysława Broniewskiego 26, 71-457 Szczecin

e-mail: katarzyna.swiatkowska@pum.edu.pl

Streszczenie

Dane epidemiologiczne pochodzące z krajów europejskich wskazują, że w populacji kobiet rozpowszechnienie anoreksji w ciągu życia wynosi mniej niż 1–4%, a bulimii poniżej 1–2%. Wyniki badań prowadzonych w populacji ogólnej wskazują, że tylko 17–31% osób, z prawdopodobną diagnozą zaburzeń odżywiania, poszukuje adekwatnego leczenia. Taka sytuacja stwarza potrzebę poszukiwania czynników ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania oraz metod profilaktyki skierowanych do grup wysokiego ryzyka i mających na celu zapobieganie rozwojowi zaburzeń. W literaturze przedmiotu brakuje rzetelnych publikacji dotyczących stosowanych w Polsce metod profilaktycznych oraz ich skuteczności, tymczasem skuteczna profilaktyka ma szansę nie tylko zredukować liczbę przypadków wystąpienia zaburzeń odżywiania, ale także zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia innych współistniejących problemów psychicznych.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, dysonans poznawczy, profilaktyka

Abstract

Epidemiological data from European countries indicate that in the female population the lifetime prevalence is reported to be < 1–4% for anorexia and < 1–2% for bulimia respectively. Research conducted in the community shows that only 17–31% of people with diagnosable eating disorders seek specific treatment. This situation creates the need to look for risk factors and preventive methods aimed at preventing the development of disorders in high-risk groups. There is a lack of reliable publications on preventive methods used in Poland and their effectiveness, while effective prevention has a chance not only to reduce the incidence of eating disorders but also the incidence of other comorbid mental problems.

Key words: eating disorders, cognitive dissonance, prevention

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnych doniesień naukowych dotyczących skutecznych oddziaływań profilaktycznych względem zaburzeń odżywiania, możliwych do wykorzystania w praktyce. W związku z obiecującymi wynikami dotyczącymi skuteczności profilaktyki opartej na dysonansie poznawczym, przybliżone zostanie jej tło teoretyczne, zasady dotyczące prowadzenia, analizy skuteczności oraz refleksja nad możliwością wykorzystania na gruncie polskim.

Klasyfikacja Diagnostyczna Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wyróżnia 3 specyficzne zaburzenia odżywiania: anoreksję, bulimię oraz zaburzenie z napadami objadania się [1]. Do grupy szczególnego ryzyka wystąpienia zaburzeń zalicza się osoby nastoletnie płci żeńskiej z zachodniego kręgu kulturowego [2]. Wśród przyczyn wzrostu występowania zaburzeń odżywiania w II połowie XX wieku szczególną uwagę zwracają czynniki społeczno-kulturowe, związane z presją społeczną i medialną dotyczącą posiadania idealnego ciała, rozumianego jako szczupłe, smukłe [3]. We współczesnym świecie takie ciało stało się nie tylko symbolem kobiecego piękna, ale także cenionych cech osobowości, takich jak perfekcjonizm i samokontrola [4].

Dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania są zróżnicowane w zależności od cech badanej populacji (np. w zakresie wieku, miejsca zamieszkania), zastosowanych kryteriów oceny (np. wykorzystanie różnych klasyfikacji psychiatrycznych, uwzględnienie lub nie stanów z pogranicza) oraz sposobów pomiaru (np. rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w populacji lub liczba nowych przypadków na 100 tysięcy mieszkańców) [2, 5]. Dane epidemiologiczne obejmujące kraje europejskie wskazują, że wśród kobiet rozpowszechnienie

anoreksji w ciągu życia wynosi mniej niż 1–4%, bulimii mniej niż 1–2% oraz zaburzenia z napadami objadania się poniżej 1–4%, natomiast wśród mężczyzn występowanie zaburzeń odżywiania stwierdza się u 0,3–0,7% [6]. W Badaniu Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study*) z 2013 roku spośród 306 fizycznych i psychicznych zaburzeń zdrowia uwzględnionych w analizie, anoreksja i bulimia zajęły 12. miejsce w zakresie wskaźnika utraconej długości życia korygowanej niesprawnością (DALY, *disability adjusted life-years*) w grupie kobiet w wieku 15–19 lat w krajach o wysokim dochodzie [7]. Jeden DALY oznacza rok utraconego życia w zdrowiu.

W opracowanych z inicjatywy prof. Marka Jaremy standardach leczenia zaburzeń odżywiania [8] zwraca się uwagę na potrzebę współpracy różnych specjalistów — lekarza psychiatry, psychoterapeuty, a także lekarza rodzinnego czy dietetyka. Pomimo ciągłego doskonalenia metod leczenia ich skuteczność jest ograniczona. Wyniki badań prowadzonych w populacji ogólnej wskazują, że anoreksję często charakteryzuje długotrwały przebieg [9]. Tylko mniej niż 10% osób osiąga remisję w ciągu roku, zaś wskaźnik ten wzrasta do 50% w ciągu od 1 do 5 lat i do 67% powyżej 5 lat. Bulimia zaś osiąga wskaźnik remisji na poziomie 30% w ciągu roku, 50% w ciągu od 1 do 5 lat i 70% powyżej 5 lat [9]. Systematyczny przegląd badań prowadzonych na poziomie społeczeństwa wskazuje, że tylko 17–31% osób, u których można byłoby zdiagnozować zaburzenia odżywiania, poszukuje adekwatnego leczenia [10].

Zgodnie z zasadą, że „lepiej jest zapobiegać niż leczyć” uzasadnione zatem wydaje się poszukiwanie skutecznych oddziaływań profilaktycznych, skierowanych do grup ryzyka i mających na celu zapobieganie rozwinięciu się zaburzeń. W prowadzonym przez 8 lat badaniu prospektywnym, w którym wzięło udział 496 nastolatków, najsilniejszym czynnikiem ryzyka okazało się niezadowolenie ze swojej sylwetki [11]. W badaniu 5868 kobiet w wieku 25–89 lat, w którym wykorzystano Test Sylwetek (*Figure Rating Scale*), średnia rozbieżność pomiędzy idealnym a realnym Ja cielesnym wyniosła 1,8 punktów na 9-stopniowej skali ilustrującej sylwetki kobiece uporządkowane pod względem objętości tkanki tłuszczowej [12]. Oczywisty sposób na redukcję niepożądaną masę ciała stanowi stosowanie diety odchudzającej. W badaniu w ramach Projektu EAT (*Eating Among Teens*) 46,4% spośród 1523 nastolatków nieposiadających nadmiernej masy ciała deklaroowało stosowanie diety odchudzającej w ciągu ostatniego roku, a 9,8% deklaroowało stosowanie takich metod kontroli wagi jak środki odchudzające, przeczyszczające, diuretyki czy prowokowanie wymiotów [13]. Wynik badania longitudinalnego [14] wykazał, że niezadowolenie z własnego ciała, ograniczanie jedzenia i objawy bulimiczne stanowią istotne predyktory wystąpienia depresji cztery lata później.

Skuteczna profilaktyka zaburzeń odżywiania ma zatem szansę nie tylko zredukować liczbę przypadków wystąpienia zaburzeń odżywiania, ale także poprawić samoocenę i jakość życia osób z grupy ryzyka, a tym samym również zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia innych problemów psychicznych.

Stice i Shaw [15] wyróżnili 3 generacje programów profilaktyki zaburzeń odżywiania (w kontekście amerykańskim). Dwie pierwsze obejmowały uniwersalną psychoedukację skupiającą się na negatywnych konsekwencjach zaburzeń, sprzeciwie wobec socjokulturowej presji na posiadanie szczupłej sylwetki oraz na zdrowych zachowaniach żywieniowych. Trzecia generacja natomiast obejmuje selektywne programy skierowane do grup wysokiego ryzyka i skupione właśnie na czynnikach ryzyka. Autorzy przeprowadzili metaanalizę, której wyniki wskazały istotnie większą skuteczność interwencji opartych na programach o formule bardziej interakcyjnej niż psychoedukacja. Wyniki badań wskazują także, że wyższą wielkość efektu osiągają programy selektywne (w porównaniu z uniwersalnymi), obejmujące więcej niż jedno spotkanie, skierowane do kobiet (w porównaniu do obu płci) w wieku powyżej 15 lat [15, 16]. W związku z niezadowalającą skutecznością programów profilaktycznych opartych na psychoedukacji, zaistniała potrzeba poszukiwania oddziaływań, które będą mogły istotnie ją zwiększyć. Innowacyjnym i — jak się okazuje — skutecznym sposobem stało się zastosowanie technik opartych na indukcji dysonansu poznawczego — konstrukt znanego z psychologii społecznej. Eric Stice z Oregon Research Institute stworzył autorski program „Projekt Ciało” (*Body Project*), oparty właśnie na teorii dysonansu poznawczego oraz podwójnej ścieżki rozwoju bulimii [17]. Żeby zrozumieć zasady, na których oparty został niniejszy program, który odniósł sukces w Stanach Zjednoczonych i jest coraz szerzej stosowany na świecie, potrzebne jest zapoznanie z tłem teoretycznym, stanowiącym połączenie wiedzy z zakresu psychologii społecznej oraz klinicznej.

Tło teoretyczne

W klasycznym ujęciu Festingera [18] dysonans poznawczy dotyczy stanu napięcia, które pojawia się w sytuacji występowania sprzeczności pomiędzy dwoma elementami poznawczymi, takimi jak wiedza, opinia, przekonanie, wartość czy potrzeba. Jest to swoiste napięcie poznawcze, które w naturalny sposób motywuje daną osobę do podjęcia prób jego zredukowania poprzez zmianę jednego ze sprzecznych elementów, dodanie nowego elementu konsonansowego (spójnego) lub pomniejszenie ważności elementów dysonansowych. Dysonans poznawczy jest tym większy, im ważniejsze dla danej osoby są jego sprzeczne elementy.

Uczeń Festingera, Elliott Aronson [19, 20], rozwinął teorię swojego nauczyciela poprzez dodanie do niej i podkreślenie znaczenia oczekiwań jednostki oraz jej koncepcji siebie w powstawaniu relacji dysonansowych. Według Aronsona większość ludzi dąży do podtrzymywania wysokiej samooceny poprzez postrzeganie siebie jako osoby dobrej i mądrej. Wyjątek stanowią osoby o obniżonej samoocenie, u których dominować może potrzeba samopotwierdzenia, pozwalająca zachować spójne i przewidywalne Ja.

Klasyczny przykład relacji dysonansowej stanowi sytuacja palenia papierosów, w której według Festingera [18] dysonans wywołany jest rozbieżnością pomiędzy wiedzą o paleniu papierosów oraz wiedzą o tym, że palenie powoduje raka. Aronson [19] doprecyzowuje psychologiczną zależność tych elementów poprzez odniesienie ich do przekonania danej jednostki o tym, że jest rozsądną osobą.

Napięcie związane z występowaniem dysonansu poznawczego jest dla jednostki niekomfortowe, w związku z czym w sposób naturalny motywuje ją do podejmowania prób jego redukcji [18]. Jeżeli jeden z elementów dysonansowych stanowi postawa, napięcie zredukować można poprzez jej zmianę. Ponieważ za zmianą postawy może iść zmiana zachowań, w kontekście profilaktyki zdrowotnej zastosowanie znalazło indukowanie dysonansu poznawczego w celu zmiany postaw i zachowań zdrowotnych [21]. W zakresie profilaktyki zaburzeń odżywiania wykorzystuje się w tym celu paradygmat wymuszonej uległości [22]. Nazwa tego paradygmatu wydaje się dość niefortunna, ponieważ kojarzy się pejoratywnie z zastosowaniem przymusu, tymczasem polega on po prostu na angażowaniu się danej jednostki w zachowania niezgodne z jej (antyzdrowotną) postawą, czego nie może w wystarczający sposób uzasadnić okolicznościami zewnętrznymi (takimi jak wynagrodzenie pieniężne czy właśnie przymuszenie). Zachowanie to może obejmować udział w takich zadaniach, jak przyjmowanie roli, napisanie eseju czy wygłoszenie przemowy [21].

W „Projekcie Ciało” dysonans poznawczy jest indukowany poprzez udział uczestniczek w zadaniach niezgodnych ze zinternalizowanym przez nie ideałem szczupłej sylwetki [17]. Zgodnie z opisanym przez Stice’a modelem podwójnej ścieżki rozwoju bulimii (*dual-pathway model of bulimic pathology*), internalizacja ideału szczupłej sylwetki stanowi uwewnętrznienie promowanego w mediach i społeczeństwie zachodnim ideału szczupłego, kobiecego ciała [23]. Innymi słowy, osoba ze zinternalizowanym ideałem szczupłej sylwetki postrzega taką właśnie sylwetkę jako swój ideał, do którego powinna dążyć. Jeśli w zakresie cielesności swoje Ja idealne oraz realne ocenia jako rozbieżne, doświadcza niezadowolenia z własnego ciała oraz może podejmować zachowania zmierzające do jego odchudzenia. Dyssatisfakcja z własnej

sylwetki oraz stosowanie diet odchudzających to czynniki proksymalne wystąpienia zaburzeń odżywiania. Zastosowanie technik indukcji dysonansu poznawczego poprzez zaangażowanie takiej osoby w wykonywanie zadań będących w sprzeczności ze zinternalizowanym ideałem szczupłej sylwetki ma na celu zmniejszenie poziomu internalizacji takiego ideału i tym samym zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia proksymalnych czynników ryzyka oraz samych zaburzeń odżywiania [17]. Model ten został poddany weryfikacji empirycznej w badaniu, którego wyniki wsparły hipotezę o roli poziomu internalizacji ideału szczupłej sylwetki jako mediatora przynajmniej częściowo odpowiedzialnego za efekty interwencji opartej na mechanizmach dysonansu poznawczego [24]. Zmiany w zakresie analizowanego mediatora istotnie wpływały na modyfikacje takich zmiennych, jak niezadowolenie z sylwetki, stosowane diet odchudzających i objawy bulimiczne, a także zwykle uprzedzały zmiany w zakresie tych zmiennych. Na czym polega „Projekt Ciało” i co stanowi o jego sukcesie?

„Projekt Ciało”

Zgodnie z informacjami zawartymi na oficjalnej stronie projektu (www.bodyprojectsupport.org), z założenia stanowi on selektywny program prewencyjny skierowany do grupy ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania, czyli do kobiet w wieku licealnym oraz studenckim, które odczuwają dysatisfakcję ze swojej sylwetki. Jego celem jest pomoc w przeciwstawieniu się socjokulturowej presji posiadania szczupłego ciała i pogoni za jego osiągnięciem.

W swej podstawowej wersji program obejmuje 4 sesje w niewielkich grupach, a także zadania domowe do wykonania pomiędzy spotkaniami. Schemat treści poszczególnych części programu przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Schemat programu „Projekt Ciało” z podziałem na 4 sesje. Źródło: www.bodyprojectsupport.org

Table 1. Outline of the Body Project divided into 4 sessions. Source: www.bodyprojectsupport.org

Sesja nr 1	Przebieg sesji:
	I. Powitanie, założenia i podstawy naukowe programu, wzajemne zapoznanie się
	II. Omówienie dobrowolnego zaangażowania się, planu spotkań i roli wysokiej frekwencji uczestniczek programu
	III. Dyskusja nad definicją, źródłami oraz kosztami realizacji związanymi z ideałem szczupłej sylwetki

	<p>Zadania domowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. List do nastolatki, która jest niezadowolona ze swojej sylwetki, dotyczący kosztów związanych z dążeniem do ideału szczupłej sylwetki II. 10 pozytywów podczas przeglądania się w lustrze w samej bieliźnie III. Lista własnych zachowań, które świadczą o dążeniu do ideału szczupłej sylwetki
Sesja nr 2	<p>Przebieg sesji:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Potwierdzenie dobrowolnego udziału II. Nagranie uczestniczek odczytujących listy z zadania domowego III. Omówienie na forum grupy drugiego zadania domowego IV. Scenki, w których jedna osoba prezentuje wypowiedzi promujące ideał szczupłej sylwetki, a druga się im sprzeciwia <p>Zadania domowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. List do osoby, która wywierała na uczestniczce presję dotyczącą dążenia do ideału szczupłej sylwetki II. 10 przykładowych działań, które kobiety mogą podjąć na poziomie społecznym, żeby przeciwstawić się presji posiadania szczupłej sylwetki
Sesja nr 3	<p>Przebieg sesji:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Ponowne potwierdzenie dobrowolnego udziału II. Odczytanie na forum grupy listów z zadania domowego III. Scenki, w których uczestniczki ćwiczą krótkie odpowiedzi na wypowiedzi promujące ideał szczupłej sylwetki IV. Omówienie na forum grupy powodów zgłoszenia się uczestniczek do projektu V. Eksperymenty behawioralne, polegające na zrobieniu czegoś, czego się do tej pory nie robiło z związku z niezadowoleniem ze swojej sylwetki VI. Omówienie drugiego zadania domowego <p>Zadania domowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Wykonanie 2 eksperymentów behawioralnych i 2 aktywności z drugiego zadania domowego II. Napisanie listu do młodszej siebie, zawierającego porady jak uniknąć zmartwień dotyczących własnej sylwetki
Sesja nr 4	<p>Przebieg sesji:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Ponowne potwierdzenie dobrowolnego udziału II. Omówienie eksperymentów behawioralnych z zadania domowego III. Omówienie aktywności społecznych z zadania domowego IV. Nagranie uczestniczek odczytujących listy z zadania domowego V. Omówienie wpływu udziału w projekcie na wiedzę, przekonania i zachowania uczestniczek VI. Dodatkowe zadanie domowe

Oprócz podstawowej wersji programu, złożonej z 4 jednogodzinnych sesji, istnieje także alternatywna wersja, złożona z 6 sesji trwających 45 minut, co stanowi ułatwienie we wdrażaniu programu w różnych warunkach instytucjonalnych. Na stronie udostępnione zostały także materiały w różnych wersjach językowych: niemieckiej, włoskiej, francuskiej, hiszpańskiej, chińskiej, japońskiej, a także adaptacja dla ortodoksyjnej społeczności żydowskiej. Niestety obecnie nie jest dostępne tłumaczenie na język polski. Jego stworzenie z pewnością byłoby cenne, ponieważ mogłoby zwiększyć prawdopodobieństwo korzystania z niniejszego programu na gruncie polskim.

Autorzy „Projektu Ciało” na podstawie swoich doświadczeń oraz badań sformułowali i udostępnili na stronie internetowej projektu zalecenia dotyczące realizacji, które mogą zwiększać jego efektywność. Sugerują, żeby jednorazowo w programie uczestniczyło około 8 osób oraz 2 liderów — najlepiej płci żeńskiej. Praca w niedużych grupach ma za zadanie umożliwić wszystkim uczestnikom aktywny udział w zadaniach oraz otrzymanie podobnej ilości uwagi od liderów. Dzięki obecności 2 liderów kontrolowanie sprawnego przebiegu sesji staje się łatwiejsze, a w przypadku niedyspozycji jednego z nich, drugi może go zastąpić. Z obserwacji autorów wynika także, że często uczestniczkom łatwiej jest rozmawiać na wrażliwe tematy z liderami płci żeńskiej.

Skuteczność profilaktyki zaburzeń odżywiania opartej na mechanizmach dysonansu poznawczego

W metaanalizie z 2008 roku [25] Stice opisuje wnioski z badań przeprowadzonych w 6 niezależnych ośrodkach badawczych, które wykazały skuteczność programów profilaktyki zaburzeń odżywiania opartych na dysonansie poznawczym, prowadzonych zarówno przez przeszkolonych specjalistów z ośrodków naukowych, jak i przez specjalistów spoza środowiska naukowego (np. pracowników szkoły) czy też w wersji prowadzonej przez rówieśników. Większą skuteczność programów opartych na dysonansie poznawczym w redukcji objawów zaburzeń odżywiania oraz czynników ryzyka w porównaniu do grupy kontrolnej wykazano w 4 badaniach prowadzonych w 6 niezależnych ośrodkach. W wielu badaniach wykazano także większą skuteczność tych programów w porównaniu z programami alternatywnymi. To dało podstawy do uznania interwencji opartych na dysonansie poznawczym za potwierdzone przez

dowody naukowe, zgodnie ze standardami Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (1995).

W 2019 roku Stice i wsp. [26] przeprowadzili metaanalizę uwzględniającą 56 badań obejmujących ocenę łącznie 68 programów profilaktyki zaburzeń odżywiania opartych na mechanizmach dysonansu poznawczego, w których w sumie wzięło udział 7808 uczestników. Przeanalizowano średni efekt interwencji wobec czterech czynników ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania oraz wobec objawów tychże zaburzeń. Średnia wielkość efektu (d) w interwencji w porównaniu z warunkami kontrolnymi z minimalną interwencją (uwzględniających tylko wstępną ocenę lub edukacyjną broszurę) oraz w porównaniu z alternatywnymi interwencjami wyniosła odpowiednio 0,57 i 0,31 dla poziomu internalizacji ideału szczupłej sylwetki, 0,42 i 0,18 dla niezadowolenia z sylwetki, 0,37 i 0,17 dla odchudzania się, 0,29 i 0,21 dla negatywnego afektu oraz 0,31 i 0,13 dla objawów zaburzeń odżywiania. Oscylowała zatem w przedziałach od małej (0,20) do średniej (0,50). Na podstawie analizy czynników, które były związane z większą wielkością efektu, można sformułować dobre praktyki dotyczące stosowania interwencji opartych na mechanizmach dysonansu poznawczego, których treść przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Czynniki związane z większą wielkością efektu interwencji, na podstawie [26]

Table 2. Moderators related to larger intervention effects, based on [26]

Interwencje, które osiągnęły wyższą wielkość efektu, charakteryzowały się:

- większą liczbą zadań indukujących dysonans poznawczy
- większą liczbą sesji grupowych
- większą liczebnością grup (ok. 10 uczestników)
- formą spotkań na żywo, w porównaniu z wersją online
- nagrywaniem sesji
- dobrowolnym uczestnictwem
- występowaniem niezadowolenia ze swojej sylwetki u uczestników
- wiekiem uczestników obejmującym średnią adolescencję oraz dorosłość
- większą liczbą uczestników z mniejszości etnicznych
- prowadzeniem przez psychologów praktyków (w porównaniu z badaczami)
- obecnością co najmniej 2 liderów
- większą liczbą treningów i superwizji dla liderów
- wynagrodzeniem dla uczestników (efekt odwrotny do zakładanego)

Uwzględnione w niniejszej analizie badania obejmowały interwencje podejmowane względem różnorodnych uczestników obojga płci, w wieku od preadolescencji do dorosłości, wywodzących się z różnych grup etnicznych oraz ras. Uwzględniono także badania prowadzone poza terenem Stanów Zjednoczonych. Wyniki pokazały, że programy profilaktyki zaburzeń odżywiania oparte na dysonansie poznawczym istotnie redukują 4 analizowane czynniki ryzyka (poziom internalizacji ideału szczupłej sylwetki, niezadowolenie ze swojej sylwetki, stosowanie diety odchudzającej, negatywny afekt) oraz objawy zaburzeń odżywiania. „Projekt Ciało” jest jedynym programem, którego skuteczność została zreplicowana w niezależnych ośrodkach.

Z kolei w badaniu z 2020 roku wykazano, że „Projekt Ciało” może być z powodzeniem prowadzony w wersji, w której w rolę liderów grup wchodzi przeszkoleni rówieśnicy [27]. W badaniu wzięło udział 680 studentek z trzech uczelni wyższych, zakwalifikowanych do grupy wysokiego ryzyka. Osoby badane przydzielono losowo do jednej z czterech grup — prowadzonej przez psychologów praktyków, rówieśników, w formie zdalnej lub do grupy kontrolnej (zapoznającej się z edukacyjnym nagraniem). Skuteczność programów prowadzonych przez różnych liderów analizowano poprzez porównanie redukcji czynników ryzyka zaburzeń odżywiania oraz wystąpienia tychże zaburzeń w powtórnych badaniach, wykonywanych w ciągu 4 lat od zastosowania interwencji. Wyniki pokazały, że w wersji programu, w której liderami byli przeszkoleni rówieśnicy, po 4 latach stwierdzono istotnie mniej przypadków wystąpienia zaburzeń odżywiania niż w pozostałych grupach (8,1% w porównaniu do ponad 15% w pozostałych grupach). Takie wyniki zachęcają do poszukiwania rozwiązań umożliwiających dotarcie do jak największej grupy odbiorców programu za pośrednictwem licznej i nie generującej wysokich kosztów grupy przeszkolonych studentów, którzy niniejszy program mogliby realizować np. w ramach kursów przedmiotowych.

Profilaktyka zaburzeń odżywiania w Polsce

W polskiej literaturze przedmiotu brakuje rzetelnych metodologicznie badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń odżywiania, w związku z czym ich rozpowszechnienie jest trudne do oszacowania. Dane z krakowskiego oddziału psychiatrycznego dziecięco-młodzieżowego wskazują, że przed 1989 zaburzenia odżywiania w praktyce klinicznej stwierdzane były rzadko, natomiast w kolejnych latach po transformacji politycznej stały się jednym z głównych problemów psychicznych dotyczących młodych

dziewcząt [28]. Zmiany te autorzy wiążą z procesem westernizacji w zakresie przejmowania wzorców kulturowych dotyczących kanonów piękna od Stanów Zjednoczonych oraz krajów Europy Zachodniej. Wskaźnik DALY w Polsce znacząco wzrasta wśród kobiet w grupie wiekowej 15–19 lat (111,38/100 tys. mieszkańców w porównaniu z 30,28/100 tys. mieszkańców w grupie wiekowej 10–14 lat), a następnie sukcesywnie rośnie, osiągając wartość 154,82/100 tys. mieszkańców w grupie kobiet w wieku 30–34 lat, po czym w kolejnych grupach wiekowych spada [29].

W literaturze przedmiotu brakuje także doniesień naukowych o stosowanych w Polsce oddziaływaniach profilaktycznych oraz ich skuteczności. Może to wskazywać na niewielką ilość takich działań, ale może także wynikać z ich podejmowania przez specjalistów praktyków, nieaktywnych na gruncie naukowym. W książce Kowalczyk [30] dostępna jest propozycja autorskiego programu profilaktycznego „Powstrzymać anoreksję i bulimię”, skierowanego do młodzieży w wieku gimnazjalnym oraz ponadgimnazjalnym, a także do nauczycieli, wychowawców, pedagogów, dyrektorów i rodziców. Program ma charakter psychoedukacyjny, zawiera metody aktywizujące i skupia się na takich zagadnieniach jak samoocena i samoakceptacja, zdrowe odżywianie się i styl życia, anoreksja i bulimia psychiczna. Treści skierowane do pracowników szkoły obejmują zagadnienia dot. zaburzeń odżywiania oraz ich pedagogicznej diagnozy i profilaktyki. Program zakłada pięć 45-minutowych spotkań z uczniami, 7-godzinny cykl warsztatów z pracownikami szkoły oraz 4-godzinne konsultacje dla rodziców. Kowalczyk przeprowadziła także badania własne łącznie w 35 klasach w trzech bardzo dobrych szkołach w województwie podlaskim. Ewaluacja programu obejmowała autorską ankietę „Moja ocena programu”, wypełnianą przez uczestników. Uczniowie oraz nauczyciele ocenili, że dzięki programowi mieli możliwość pogłębienia swojej wiedzy o zaburzeniach odżywiania. Pozytywnie ocenili także dobór treści i sposób ich realizacji. W niniejszym badaniu nie analizowano wpływu udziału w programie na czynniki ryzyka oraz wystąpienie zaburzeń odżywiania. Z kolei Eder i wsp. [31] opisują zorganizowaną przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland akcję informacyjną dotyczącą zaburzeń odżywiania, skierowaną do młodzieży. W artykule nie zostały podane konkretne liczby, natomiast akcja odbyła się najpierw w oddziale białostockim, a następnie w zespole szkół w Poznaniu. Obejmowała jednorazowe warsztaty w klasach, które prowadzili przeszkoleni członkowie stowarzyszenia. Miały one charakter psychoedukacyjny i obejmowały takie treści jak objawy anoreksji i bulimii, zagrożenia związane z późną diagnozą, możliwości

terapeutyczne czy zafałszowany obraz „szczęśliwych, szczupłych ludzi” prezentowany przez media. Autorzy opisują, że akcja spotkała się z dużym zainteresowaniem uczniów.

Wnioski

Biorąc pod uwagę niewielką liczbę polskich publikacji dotyczących profilaktyki zaburzeń odżywiania oraz brak rzetelnych analiz skuteczności interwencji, uwzględniających czynniki ryzyka oraz wystąpienie tychże zaburzeń, istnieje potrzeba poszukiwania oddziaływań o udowodnionej skuteczności, które jednocześnie są łatwo dostępne, możliwe do zaadaptowania do polskich warunków instytucjonalnych oraz nie generujące wysokich kosztów. Takie warunki może spełnić opisany w niniejszym artykule „Projekt Ciało”, który mógłby znaleźć zastosowanie w różnych podmiotach edukacyjnych oraz zdrowotnych, a także fundacjach czy stowarzyszeniach zajmujących się leczeniem lub profilaktyką zdrowotną. Możliwa byłaby także realizacja niniejszego programu przez przeszkolonych studentów psychologii lub innych kierunków związanych z szeroko pojętym obszarem zdrowia człowieka, pod stosowną opieką merytoryczną — w ramach kursu przedmiotowego lub koła naukowego. Analiza skuteczności niniejszego programu na gruncie polskim mogłaby także stać się przedmiotem grantu naukowo-badawczego. Ponieważ dotychczasowe analizy skuteczności programów opartych na indukcji dysonansu poznawczego w kontekście profilaktyki zaburzeń odżywiania przedstawiają obiecujące wyniki, można mieć nadzieję, że ich sukces zostanie powtórzony także w Polsce.

Podziękowania

Pragnę podziękować dr hab. n. med. Monice Mak za konsultację merytoryczną.

Piśmiennictwo:

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6): 336–339, doi: [10.1097/YCO.000000000000282](https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000282), indexed in Pubmed: [27608181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27608181/).
3. Józefik B. Kultura, ciało, (nie)jedzenie. *Terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
4. Wolska M. Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej. In: Józefik B. ed. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

5. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26(6): 543–548, doi: [10.1097/YCO.0b013e328365a24f](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f), indexed in Pubmed: [24060914](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24060914/).
6. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6): 340–345, doi: [10.1097/YCO.0000000000000278](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278), indexed in Pubmed: [27662598](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/).
7. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6): 346–353, doi: [10.1097/YCO.0000000000000276](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000276), indexed in Pubmed: [27532942](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27532942/).
8. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk T, Żechowski C, et al. Standardy leczenia zaburzeń odżywiania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2008; 8(1): 20–40.
9. Brown T, Klein K, Keel PK. The “natural” course of eating disorders. In: Smolak L, Levine MP. ed. *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Wiley 2015.
10. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, et al. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(5): 727–735, doi: [10.1016/j.cpr.2011.03.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004), indexed in Pubmed: [21501580](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21501580/).
11. Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther*. 2011; 49(10): 622–627, doi: [10.1016/j.brat.2011.06.009](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009), indexed in Pubmed: [21764035](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21764035/).
12. Runfola CD, Von Holle A, Trace SE, et al. Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. *Eur Eat Disord Rev*. 2013; 21(1): 52–59, doi: [10.1002/erv.2201](https://doi.org/10.1002/erv.2201), indexed in Pubmed: [22949165](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22949165/).
13. Crow S, Eisenberg ME, Story M, et al. Psychosocial and behavioral correlates of dieting among overweight and non-overweight adolescents. *J Adolesc Health*. 2006; 38(5): 569–574, doi: [10.1016/j.jadohealth.2005.05.019](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.05.019), indexed in Pubmed: [16635769](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16635769/).
14. Stice E, Hayward C, Cameron R, et al. Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000; 109(3): 438–444, doi: [10.1037/0021-843x.109.3.438](https://doi.org/10.1037/0021-843x.109.3.438).
15. Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2004; 130(2): 206–227, doi: [10.1037/0033-2909.130.2.206](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.206), indexed in Pubmed: [14979770](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14979770/).
16. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007; 3: 207–231, doi: [10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447), indexed in Pubmed: [17716054](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716054/).
17. Stice E, Mazotti L, Weibel D, et al. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; 27(2): 206–217, doi: [10.1002/\(sici\)1098-108x\(200003\)27:2<206::aid-eat9>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200003)27:2<206::aid-eat9>3.0.co;2-d).
18. Festinger L. *Teoria dysonansu poznawczego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
19. Aronson E. The theory of cognitive dissonance: a current perspective. In: Berkowitz L. ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press, New York 1969.

20. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Psychologia społeczna. Serce i umysł. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1994.
21. Freijy T, Kothe EJ. Dissonance-based interventions for health behaviour change: a systematic review. *Br J Health Psychol.* 2013; 18(2): 310–337, doi: [10.1111/bjhp.12035](https://doi.org/10.1111/bjhp.12035), indexed in Pubmed: [23480429](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23480429/).
22. Festinger L, Carlsmith JM. Cognitive consequences of forced compliance. *J Abnorm Psychol.* 1959; 58(2): 203–210, doi: [10.1037/h0041593](https://doi.org/10.1037/h0041593), indexed in Pubmed: [13640824](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13640824/).
23. Stice E, Ziemba C, Margolis J, et al. The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: Testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy.* 1996; 27(4): 531–549, doi: [10.1016/s0005-7894\(96\)80042-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(96)80042-6).
24. Stice E, Presnell K, Gau J, et al. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. *J Consult Clin Psychol.* 2007; 75(1): 20–32, doi: [10.1037/0022-006X.75.1.20](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.20), indexed in Pubmed: [17295560](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17295560/).
25. Stice E, Shaw H, Becker CB, et al. Dissonance-based Interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. *Prev Sci.* 2008; 9(2): 114–128, doi: [10.1007/s11121-008-0093-x](https://doi.org/10.1007/s11121-008-0093-x), indexed in Pubmed: [18506621](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18506621/).
26. Stice E, Marti CN, Shaw H, et al. Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clin Psychol Rev.* 2019; 70: 91–107, doi: [10.1016/j.cpr.2019.04.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.004), indexed in Pubmed: [31004832](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31004832/).
27. Stice E, Rohde P, Shaw H, et al. Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2020; 88(5): 481–494, doi: [10.1037/ccp0000493](https://doi.org/10.1037/ccp0000493), indexed in Pubmed: [32091226](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32091226/).
28. Pilecki MW, Nowak A, Zdenkowska-Pilecka M. Change in the frequency of consultations concerning eating disorders in the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Kraków (Poland) in the years 1988-2004. *Arch Psych Psychotherap.* 2009; 2: 35–40.
29. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (12.09.2020).
30. Kowalczyk M. Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
31. Kraków: P, Stawczyk K, Lehmann A, et al. Czy i jak można zapobiegać zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży – słów kilka o akcji informacyjnej dotyczącej anoreksji i bulimii organizowanej przez poznański oddział IFMSA-Poland. *Nowiny Lekarskie.* 2007; 76(3): 242–245.