

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Katarzyna Markowska-Regulska

**Strategie radzenia sobie z lękiem u osób z zaburzeniami odżywiania.**

Praca na stopień doktora nauk medycznych

Promotor: Prof. dr hab. Andrzej Rajewski

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Kierownik: Prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

Poznań 2014



## Spis treści

Wstęp.....	5
Rozdział 1. Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania.....	7
1.1 Wybrane stanowiska dotyczące pojęcia stresu i radzenia sobie ze stresem. ....	7
1.2 Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania. Przegląd literatury.....	12
1.3 Charakterystyka lęku w zaburzeniach odżywiania.....	16
Rozdział 2. Problem i metoda badań własnych.....	22
2.1 Wprowadzenie. ....	22
2.2 Cele i problemy badawcze. ....	22
2.3 Definicje i struktura badanych zmiennych. ....	23
2.4 Hipotezy badawcze.....	23
2.5 Plan i etapy badań.....	24
2.6 Opis badanej grupy.....	25
2.7 Narzędzia badawcze.....	25
2.7.1 Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. ....	25
2.7.2 Skala "Jak sobie radzisz?"......	26
2.7.3 Skala Spostrzeganego Stresu PSS-10. ....	27
2.7.4 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI, STAI-C).....	27
2.7.5 Skala objawów lękowych Rachel Gittelman (wersja dla rodziców i opiekunów). ..	28
2.7.6 Kwestionariusz do badania natężenia lęku związanego z odżywianiem. ....	28
2.7.7 Skala do pomiaru Typu D-DS-14. ....	28
2.8 Obliczenia statystyczne.....	29
Rozdział 3. Wyniki. ....	30
3.1 Dane kliniczne uzyskane z wywiadu od osób z grupy badanej.....	30
3.1.1 Wiek i wskaźnik masy ciała BMI. ....	30
3.1.2 Miejsce zamieszkania osób z grupy badanej. ....	32
3.1.3 Struktura rodziny osób z grupy badanej.....	33
3.1.4 Odżywianie.....	36
3.1.5 Czas wolny.....	40
3.1.6 Ocena relacji z rodziną i rówieśnikami. ....	43
3.2 Dane uzyskane z badań testami psychometrycznymi. ....	45
3.2.1 Ocena nasilenia lęku u osób badanych. ....	45
3.2.2 Ocena strategii radzenia sobie ze stresem u osób badanych. ....	47

3.2.3 Subiektywna ocena natężenia stresu przez osoby badane.....	49
3.2.4 Cechy osobowości typu D.....	50
3.2.5 Ocena związków między natężeniem lęku a strategiami radzenia sobie w grupie klinicznej.....	51
Rozdział 4. Dyskusja.....	53
4.1 Charakterystyka grupy badanej.....	53
4.2 Ocena natężenia lęku u osób z zaburzeniami odżywiania.....	54
4.2 Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania.....	57
Rozdział 5. Wnioski.....	61
Streszczenie.....	62
Spis tabel i wykresów.....	64
Bibliografia:.....	66
Spis skrótów.....	74
Załączniki.....	75
Załącznik 1. Ocena strategii radzenia sobie ze stresem: aktywnej, emocjonalnej oraz poszukiwania wsparcia społecznego przez osoby badane.....	75
Załącznik 2. Kwestionariusze użyte do badania.....	78
2.1 Kwestionariusz osobowy.....	78
2.2 Kwestionariusz CISS.....	82
2.3 Jak sobie radzisz?.....	84
2.4 PSS 10.....	86
2.5 Jak się czujesz?.....	87
2.6 Skala objawów lękowych Rachel Gittelman, wersja dla rodziców.....	88
Ocena.....	90
Suma punktów.....	90
Po 4 tygodniach.....	90
Po 6 tygodniach.....	90
2.7 Kwestionariusz do badania natężenia lęku związanego z odżywianiem.....	91
2.8 Kwestionariusz DS-14.....	93
Załącznik 3. Pismo wyjaśniające brak konieczności zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badań.....	94

## **Wstęp**

Brak umiejętności efektywnego radzenia sobie z lękiem i stresem pełnią kluczową rolę w psychopatologii zaburzeń odżywiania. Osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania częściej i intensywniej doświadczają lęku i stresu, a także stosują dezadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem. Potwierdzają to badania nad neurobiologią i genetyką zaburzeń odżywiania (Connan, Campbell i wsp. 2003; Ellison, Foong i wsp. 1998) oraz modele poznawcze zaburzeń lękowych (Beck, Emery i wsp. 1985; Beck, Clark 1997) i zaburzeń odżywiania (Fairburn, Cooper i wsp. 2003).

Beck (Beck i wsp. 1985) opisuje lęk jako wynik sytuacji, w której osoba ocenia sytuację, w której się znajduje, jako zagrażającą oraz jednocześnie dochodzi do wniosku, że nie jest w stanie sobie z nią poradzić. Pallister i Waller (2008) wykorzystali założenia teoretyczne modelu Becka to wykazania związku między lękiem, strategiami radzenia sobie i zaburzeniami odżywiania (za Fitzsimmons, Bardone-Cone 2010).

Zaburzenia odżywiania są opisywane w literaturze, jako zaburzenia poznawcze (Fairburn 1985; Garner, Bemis 1985; Fairburn i wsp. 2003). W myśleniu chorych identyfikuje się wiele zniekształceń poznawczych o treściach charakterystycznych dla zaburzeń jedzenia oraz sztywność poznawczą. Specyficzną dla zaburzeń odżywiania jest tendencja do oceniania własnej wartości głównie na podstawie wagi i wyglądu swojego ciała. W modelu transdiagnozy przeżywanie niepokoju dotyczącego sylwetki i wagi jest cechą pierwotną do innych objawów zaburzeń odżywiania (Fairburn i wsp. 2003; Fairburn 2006). Fairburn (2006, str. 197) przywołuje słowa Russella, który opisując bulimię pisze o "patologicznym strachu przed otyłością". Model transdiagnozy łączy ze sobą specyficzne przekonania, emocje i zachowania, co umożliwia szersze spojrzenie na patomechanizm zaburzeń odżywiania. Nadto pozwala na elastyczne podejście do terapii zaburzeń odżywiania.

Związek pomiędzy lękiem i stresem a zaburzeniami odżywiania jest wielowymiarowy. Zaburzenia lękowe lub tendencja do nadmiernego przeżywania lęku mogą poprzedzać wystąpienie zaburzeń odżywiania, współwystępować z nimi oraz pełnią rolę czynnika utrudniającego przebieg leczenia.

Skłonność do nadmiernego przeżywania lęku może pojawić się przed wystąpieniem objawów zaburzeń odżywiania. Przykładowo, lęk przed oceną społeczną doświadczany w dzieciństwie, może stać się impulsem do refleksji o sposobie jedzenia, własnym wyglądzie i wadze, a tym samym być jednym z czynników uruchamiających patomechanizm zaburzeń odżywiania (Eisele i wsp. 1986; Graber i wsp. 1994 w: Fitzsimmons i wsp. 2010). Ważną rolę może odegrać również brak umiejętności radzenia sobie z emocjami opisywany przez Fairburna i współpracowników jako "mood intolerance" (Fairburn i wsp. 2003), który może stać się czynnikiem ryzyka pojawienia się zaburzonych form zachowania mającego związek z odżywianiem w celu poprawienia nastroju (Fitzsimmons i wsp. 2010).

Diagnozę zaburzeń lękowych uznaje się za czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania (Bulik i wsp. 1997). Według niektórych danych epidemiologicznych nawet u ponad połowy osób chorujących na jadłowstręt psychicznych i bulimię współwystępowały zaburzenia lękowe (Buckner i wsp. 2010).

Zarówno współwystępowanie tych zaburzeń, jak i uwarunkowana biologicznie skłonność do częstszego i silniejszego przeżywania lęku źle rokują efektem leczenia.

Nadmierne przeżywanie lęku, nieprawidłowe zachowania związane z odżywianiem, sztywne schematy poznawcze mają ścisły związek z rodzajem stosowanej strategii radzenia sobie z lękiem i stresem.

Głównym celem niniejszej pracy jest zidentyfikowanie strategii radzenia sobie z lękiem i stresem u osób z zaburzeniami odżywiania. W pierwszej części pracy zostaną przedstawione podejścia teoretyczne związane z problematyką lęku, stresu oraz strategii radzenia sobie ze stresem w kontekście zaburzeń odżywiania. Druga część poświęcona jest analizie badań własnych.

## **Rozdział 1. Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania.**

### **1.1 Wybrane stanowiska dotyczące pojęcia stresu i radzenia sobie ze stresem.**

Historia badań naukowych nad stresem mają bardzo długą historię. Zaczyna się od badań nad fizjologią ludzkiej komórki i prowadzi nas do interdyscyplinarnych badań opisujących zależności między funkcjonowaniem biologicznym, psychologicznym i społecznym człowieka. W pierwszej kolejności zostaną opisane wybrane teorie biologiczne i psychologiczne a następnie koncepcje radzenia sobie ze stresem.

Pojęcie stresu wywodzi się z prac fizjologa Waltera Cannona i Hansa Seylego. Walter Cannon definiował stres, jako reakcję "walki lub ucieczki" na bodźce zaburzające funkcjonowanie organizmu. Hans Seyle definiował stres jako: „niespecyficzną reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu wymagania”, czyli zaburzenie homeostazy poprzez działanie różnorodnych stresorów. Wprowadził do nauki koncepcję ogólnego zespołu przystosowawczego (ang. GAS; general adaptation syndrome) (Selye 1956), która tłumaczy przebieg reakcji stresowej oraz zależności między fizjologią a rodzajem stresora. W trakcie eksperymentów nad zwierzętami Seyle zaobserwował, że doświadczanie bólu doprowadza do zmian fizycznym w organizmie, co doprowadziło go do wniosku, iż stres może mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie somatyczne. Według teorii Seylego reakcja stresowa dzieli się na trzy główne stadia. Reakcja alarmowa jest pierwszą odpowiedzią organizmu wywołaną przez działanie stresora i składa się na nią szereg zmian fizjologicznych. Drugą fazę stanowi stadium odporności, kiedy organizm wytwarza odpowiedź w zależności od rodzaju stresora. Jeśli działanie stresora nie zostanie w zadowalający sposób zredukowane dochodzi do stadium wyczerpania, kiedy organizm nie potrafi dłużej przystosowywać się do utrzymującego się stresu. Nadto Seyle podzielił wpływ stresu na funkcjonowanie organizmu na adaptacyjny i dezadaptacyjny. Stres w pewnym natężeniu może działać na człowieka motywująco i sprawić, że zastosuje skuteczne strategie radzenia sobie (*eustres*). Zbyt wysokie natężenie stresu będzie czynnikiem utrudniającym bądź wykluczającym poradzenie sobie (*dystres*). Koncepcja ogólnego zespołu adaptacyjnego przyczyniła się do lepszego rozumienia mechanizmu powstawania zaburzeń psychosomatycznych.

Zdaniem Seyle pojęcie homeostazy nie wyjaśniało w zadowalający sposób odpowiedzi organizmu na stres, dlatego wprowadził pojęcie heterostazy, przez które rozumie się zakłócenie pracy na niższym poziomie (fizjologicznym bądź psychologicznym) w celu zachowania równowagi na poziomie wyższym.

Sterling i Eyer (1988) kontynuując myśl Seylego stworzyli koncepcję allostazy, które definiuje się jako "stałość w zmianie" czy "osiągnięcie stabilności poprzez zmiany". Za pomocą pojęcia homeostazy można tłumaczyć procesy, w których wymagane jest utrzymanie określonej i stałej wartości parametru. Dążenie do allostazy uzupełnia ten proces o dynamiczne dopasowywanie się do zmieniających się warunków zewnętrznych.

Opisane dotychczas teorie biologiczne skupiają się głównie na rodzaju i sile stresora oraz fizjologii reakcji stresowej. W teoriach psychologicznych przez stres rozumie się jako: bodziec (stresor), wewnętrzną reakcję na stres oraz relację między nimi. W wyniku sytuacji zewnętrznej człowiek przeżywa napięcie emocjonalne, które utrudnia mu funkcjonowanie. Stres można rozumieć jako przeżywanie dyskomfortu psychicznego w wyniku działania stresorów w określonych sytuacjach (Mechanic D., 1962). Na bazie takiego rozumienia stresu powstały interakcyjne teorie stresu.

Reykowski (1966), twórca regulacyjnej teorii osobowości, uważa, że czynnikami odpowiedzialnymi za stres psychologiczny są docierające do podmiotu informacje typu: zadanie (informacje wytwarzające dążenie do określonej aktywności), trudność (informacje o przeszkodzie w dążeniu do określonego celu) i porażka (informacje o tym, że cel nie jest możliwy do osiągnięcia), które obciążają system regulacji. Zakłócenia, zagrożenia i porażki obciążają system regulacji i zmuszają go do dodatkowej aktywności oraz reorganizacji wcześniej utworzonego porządku, przez co zapowiadają możliwość deprywacji lub straty. To w pewnym stopniu przyczynia się do dezorganizacji utrwalonych struktur (np. potrzeb, wartości, obrazu własnej osoby). W przebiegu zaburzeń odżywiania stres na różnych etapach choroby będzie doświadczany przez jednostkę w różnym natężeniu. Początkowo realizowanie planu polegającego na obniżeniu wagi wiąże się z doświadczaniem pozytywnych emocji i poczuciem satysfakcji. W sytuacji znacznego spadku wagi zagrażającemu zdrowiu i życiu czy dysregulacji sposobu odżywiania stres może się



wiązać z poczuciem porażki, ponieważ ani masa ciała ani wygląd nie jest w pełni satysfakcjonujący.

Tomaszewski stworzył koncepcję sytuacji trudnej, za którą uważa „taką sytuację, w której zachodzi rozbieżność między potrzebami lub zadaniami człowieka, a możliwością, zaspokojenia tych potrzeb lub wykonania zadań” (za Terelak 2001). Tak rozumianą sytuację trudną autor dostrzega w zadaniach ponad siły, przeszkodach, konfliktach, naciskach i zadaniach o zmiennej i niezrozumiałej strukturze, nadając im status stresu psychologicznego. Sytuacja choroby psychicznej lub somatycznej może być pojmowana jako sytuacja trudna.

W swojej koncepcji Strelau (Strelau w: Heszten-Niejodek 1996) stres jest efektem dysharmonii między możliwościami a wymaganiami stawianymi osobie, pod warunkiem, że ma ona motywację do sprostania tym wymaganiom. Zarówno wymagania, jak i możliwości występują w postaci obiektywnej i subiektywnej. Dana sytuacja może mieć charakter obiektywnego zagrożenia (traumatyczne i ekstremalne wydarzenia życiowe) lub być oceniana przez jednostkę jako zagrożenie. Holmes i Rahe (1967) wykazali, że istnieje duża zgodność między ludźmi co do znaczenia zdarzeń życiowych, co może prowadzić do wniosku, że istnieje grupa obiektywnych i uniwersalnych stresorów.

Najistotniejsza, z punktu widzenia niniejszej pracy jest poznawczo-transakcyjna koncepcja Lazarusa i Folkman, w której stres jest definiowany jako: "relacja pomiędzy osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez tę jednostkę, jako obciążająca jej zasoby i narażająca na szwank jej dobre samopoczucie" (Lazarus, 1984, str.19). Stres jest w tej koncepcji rozumiany jako transakcja, co oznacza, że jest rozumiany nie tylko jako interakcja jednostki z otoczeniem, ale uwzględnia także jej konsekwencje. Analiza sytuacji i odwołania się do swojej wiedzy oraz doświadczeń związanych z tą sytuacją (subiektywna ocena) prowadzi do podjęcia decyzji, czy jednostka znajduje się w stanie zagrożenia czy nie. Wymagania otoczenia są konfrontowane z własnymi możliwościami poprzez ocenę poznawczą pierwotną (określenie przez jednostkę znaczenia bodźca) oraz wtórną (ocenę zasobów jednostki do poradzenia sobie z bodźcem). Jeśli transakcja między jednostką a otoczeniem jest oceniana przez jednostkę, jako przekraczająca jej możliwości poradzenia sobie, wtedy doświadcza stresu. Lazarus i Folkman (1986)

wyróżniają trzy poziomy stresu: społeczny (dotyczący relacji między jednostką a innymi ludźmi), psychologiczny (powiązany z subiektywną oceną sytuacji, reakcjami emocjonalnymi i zachowaniem) oraz biologiczny (zmiany w organizmie). Przeżywanie stresu wiąże się z doświadczaniem wielu emocji, w tym lęku, kiedy jednostka ocenia sytuację jako zagrożenie. Interpretowanie sytuacji w kategoriach wyzwania również będzie wzbudzało lęk, ale pozwoli jednostce na przeżywanie pozytywnych emocji w związku z oczekiwanymi korzyściami.

Ze względu na złożoną etiopatologię wielu zaburzeń i chorób odchodzi się od rozumienia stresu jako bodźca czy reakcji, ale kontynuowane są badania nad interakcją między jednostką a otoczeniem, które występują w sytuacjach stresowych.

Współcześnie przedmiotem badań jest nie tylko samo zjawisko stresu, ale również podejmowanie przez człowieka aktywności mającej na celu poradzenie sobie w sytuacjach trudnych, czyli strategie radzenia sobie (ang. coping).

W kontekście radzenia sobie, w literaturze możemy się spotkać z pojęciem procesu, strategii i stylu radzenia sobie. Według Lazarusa i Folkman (Lazarus, Folkman 1984, Lazarus 1993) radzenie sobie jest procesem, podczas którego jednostka podejmuje próbę uporania się „z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę, jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus, Folkman za: Heszen, Sęk 2007, str.150). Proces radzenia sobie jest dynamiczny, przebiega w dużej zależności od zmian kontekstu oraz zasobów jednostki. Ze względu na to, że koncepcja Lazarusa i Folkman koncentruje się głównie na procesie różnorodnych zmian i subiektywnej ocenie sytuacji przez jednostkę, stres jest pojęciem trudnym do zoperacjonalizowania i zmierzenia, co jest głównym ograniczeniem tej teorii. Lazarus i Folkman (1984) wyróżnili dwie główne funkcje radzenia sobie: instrumentalną, związaną ze strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na problemie/zadaniu (ang. *problem-/task-oriented*) oraz regulacyjną obejmującą emocjonalne strategie radzenia sobie (ang. *emotion-oriented*).

Radzenie sobie można definiować jako styl, czyli względnie stałą, specyficzną dla jednostki tendencję do radzenia sobie ze stresem. Styl radzenia sobie jest traktowany jako zmienna osobowościowa. Miller (1987) uważa, że w radzeniu sobie kluczową rolę odgrywa stosunek jednostki do informacji stresowej, który jest

względnie stały. Podzieliła style radzenia sobie ze stresem na konfrontacyjny oraz unikowy. Styl konfrontacyjny oznacza tendencję do poszukiwania informacji (ang. monitoring), styl unikowy wiąże się z unikaniem informacji (ang. blunting). Stylem radzenia sobie określa się: "zgeneralizowaną tendencję do określonych zachowań przejawiającą się w różnych, spójnych z tą tendencją sytuacjach" (Strelau 2002, s. 27) mającą na celu usunięcie lub redukcję stanu stresu. Pojęcie stylu uwzględnia stałe różnice indywidualne w sposobie radzenia sobie i są częściowo genetycznie uwarunkowane (Siwy, Kozak 2004). Należy pamiętać, że na styl radzenia sobie mają wpływ osobowość, aktualny stan psychofizyczny czy wreszcie sama sytuacja stresowa.

Endler i Parker nawiązując do teorii Lazarusa i Folkman (Endler, Parker 1990) wyróżnili trzy style radzenia sobie w sytuacjach stresowych: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach i styl skoncentrowany na unikaniu, który przyjmuje dwie formy: angażowania się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Na podstawie powyższej klasyfikacji stworzono kwestionariusz CISS (ang. The Coping Inventory for Stressful Situations), którego użyto w polskiej adaptacji w badaniach do niniejszej pracy.

Strategie radzenia sobie to określone działania i reakcje podejmowane w konkretnej sytuacji stresowej. Opisując styl radzenia sobie bierze się pod uwagę cechy osobowości i oddziaływania środowiska, które determinują podjęcie konkretnych zachowań mających na celu redukcję stresu. Wiązą się ściśle z pojęciem stylu, ponieważ na decyzję o podjęciu określonych zachowań wpływają cechy osobowości jednostki oraz oddziaływanie środowiska. Reasumując granice pomiędzy pojęciami opisującymi radzenie sobie ze stresem są płynne.

## 1.2 Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania.

### Przegląd literatury.

Stres i dezadaptacyjne strategie radzenia sobie odgrywają istotną rolę w obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania. Źródłem stresu są dla chorych z zaburzeniami jedzenia przede wszystkim zniekształcenia poznawcze oraz biologicznie uwarunkowana podatność na przeżywanie lęku. Trudności w radzeniu sobie ze stresem są efektem ego syntoniczności zaburzeń odżywiania oraz sztywności w myśleniu, działaniu i przeżywaniu emocji.

Wyróżnia się trzy podstawowe sposoby radzenia sobie ze stresem: strategię zadaniową, strategię unikową oraz strategię opartą na emocjach (Endler, Parker 1990). Strategia zadaniowa jest uważana za najbardziej skuteczną, a osoby radzące sobie ze stresem w sposób zadaniowy rzadziej przeżywają lęk (Troop i wsp., 1994). Strategie unikowe i oparte na emocjach opisuje się jako dezadaptacyjne, a stosowanie ich wiąże się z przeżywaniem silnego napięcia (Endler i wsp. 1993; Hathaway, McKinley 1989). Ze względu na silny lęk i przeżywanie dystresu osoby chorujące na zaburzenia odżywiania nie są w stanie radzić sobie z problemami w sposób aktywny. Moos (1993) opisuje w ramach strategii opartych na unikaniu: komponent poznawczy i behawioralny. Na komponent poznawczy składają się przekonania dotyczące własnej bezradności w poradzeniu sobie z problemem, nasilające stres i obniżające samoocenę. Komponent behawioralny manifestuje się przerwaniem zbierania informacji na temat aktualnego stresora i poszukiwaniem alternatywnego źródła wzmocnień pozytywnych, wycofaniem się z dotychczasowych zachowań nie dających poczucia satysfakcji. U osób, które preferują unikowy styl radzenia sobie diagnozowano wysoki poziom lęku (Rutherford, Endler 1999).

Strategie radzenia sobie kształtują się od wczesnego dzieciństwa w wyniku interakcji jednostki z otoczeniem. Są one przez jednostkę testowane w różnych sytuacjach i oceniane pod kątem skuteczności. Wtedy tworzą się też przekonania kluczowe dotyczące możliwości kontroli nad przeżywaniem stresu, co determinuje preferencje w doborze strategii (Rutherford, Endler 1999). Koncepcja *resilience* (Mangham i wsp. 1995) opisuje proces radzenia sobie ze stresem oraz właściwości jednostki, które pozwalają jej na pokonanie trudności. Według autorów osoba, która w zależności od wymagań otoczenia i potrzeb elastycznie stosuje różne strategie

radzenia sobie oraz posiada umiejętność wzbudzania pozytywnych emocji będzie bardziej odporna na przeżywanie stresu. W badaniach nad *resilience* potwierdzono, iż zdolność postrzegania sytuacji trudnej jako wyzwania i świadome przeżywanie pozytywnych emocji chroni przed depresyjnymi zaburzeniami nastroju oraz pozwala na skuteczne radzenie sobie ze stresem (Tugade i wsp. 2004). Prawdopodobnie większość strategii radzenia sobie może mieć charakter adaptacyjny (za: Sęk, Cierpiałkowska 2002), ale ogromne znaczenie ma elastyczność w ich stosowaniu oraz ich celowość. Nie wszystkie sytuacje stresowe można rozwiązać w sposób aktywny, ale trzeba być świadomym konsekwencji stosowania poszczególnych strategii. Niewątpliwie stosowanie wyłącznie jednego stylu radzenia sobie świadczy o sztywności poznawczej i behawioralnej, która jest specyficzna dla osób z zaburzeniami odżywiania. Z dużym prawdopodobieństwem osoby przed zachorowaniem na zaburzenia odżywiania również stosują strategie unikowe i emocjonalne. W momencie, gdy przestają one redukować codzienny stres w zadowalający sposób, osoba zamiast szukać aktywnie rozwiązania problemu zaczyna regulować swój nastrój przez jedzenie (Heatherton, Baumaister, 1991). Poprzez kontrolę nad ilością i jakością przyjmowanego pokarmu, osoba chora ma złudne poczucie kontroli nad swoim życiem. Koncentrując się na swoim wyglądzie i wadze jest niejako „uwolniona” od myślenia o bieżących trudnościach. Pacjentki z jadłowstrętem radzą sobie poprzez unikanie sytuacji trudnych, a pacjentki z bulimią stosując strategie emocjonalne i w równie zaburzony sposób regulują swój nastrój. Wydaje się, że nieprawidłowa ocena sytuacji i zasobów własnych, oraz niewystarczające wsparcie ze strony otoczenia uniemożliwia pacjentkom z zaburzeniami odżywiania prawidłowe zidentyfikowanie i nazwanie problemu, a w związku z tym podjęcie próby jego rozwiązania.

W koncepcji poznawczo-behawioralnej zaburzenia odżywiania traktuje się, jako zaburzenia poznawcze, w których charakterystyczny zbiór przekonań dotyczących wagi i wyglądu podtrzymuje przeżywanie napięcia emocjonalnego i prowokuje zachowania służące unikaniu jedzenia (Fairburn, Clark 2006).

Koncepcje psychodynamiczne opisują patomechanizm zaburzeń odżywiania jako efekt ukształtowania się ego podatnego na zranienia oraz trudności w rozwoju autonomii we wczesnych etapach rozwojowych. Dodatkowo koncepcje te podkreślają rolę nadmiernej kontroli rodziców, co wzmacnia zależność między nimi a dzieckiem i

utrudnia poradzenie sobie z lękiem separacyjnym (Bruch 1973). W toku dojrzewania osoba doświadcza szeregu wewnętrznych konfliktów, stosuje niedojrzałe mechanizmy obronne, głównie zaprzeczanie (Couturier, Lock 2006). Chore na zaburzenia odżywiania zaprzeczają docierającym do nich informacjom, by uniknąć negatywnych emocji.

W paradygmacie systemowym badano wpływ rodziny na rozwój zaburzeń odżywiania. Do charakterystycznych cech rodziny anorektycznej zalicza się: uwikłanie, nadopiekuńczość, nadmierną sztywność, brak umiejętności radzenia sobie z problemami (Minuchin i wsp. 1978). Można więc założyć, że kontekst rozwoju i uczenie się zachowań w procesie modelowania jest bardzo ważnym czynnikiem w psychopatologii zaburzeń odżywiania.

Opierając się definicji stresu Lazarusa i Folkman zakłada się, że osoba chora na zaburzenia odżywiania dokonuje subiektywnej oceny sytuacji stresowej oraz własnych zasobów. Osoby z zaburzeniami zachowania mają obniżoną samoocenę oraz niskie poczucie skuteczności w radzeniu sobie ze stresem (Lobera i wsp. 2009). Nadto chore na jadłowstręt i bulimię mają tendencję do myślenia w sposób sztywny oraz irracjonalny. Ich schematy poznawcze dotyczące własnej osoby zawierają błędy poznawcze, takie jak myślenie dychotomiczne, selektywna uwaga, myślenie magiczne czy myślenie życzeniowe. Tego rodzaju myślenie wynika z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem, którego składowym elementem jest lęk, m.in. lęk przed przytyciem czy lęk przed dojrzewaniem. Stąd osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania mają tendencję do unikania sytuacji wzbudzających lęk poprzez stosowanie dezadaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie, zarówno behawioralnych, jak i poznawczych. Do strategii behawioralnych możemy w tym przypadku zaliczyć nieprawidłowe nawyki żywieniowe, które są podtrzymywane przez dysfunkcjonalne przekonania o sobie i o swoim wyglądzie.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a zaburzeniami odżywiania. Osoby z zaburzeniami odżywiania stosują dezadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem polegające głównie na unikaniu problemu lub/i strategii oparte na emocjach. Mało skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem są jednocześnie czynnikiem ryzyka, jak i podtrzymującym zaburzenia odżywiania (Koff, Sangani 1997; Ghaderi, Scott 2001).

Strategie emocjonalne częściej występują u osób chorujących na bulimię (Janzen i wsp. 1992), natomiast strategie unikowe są bardziej charakterystyczne dla osób z jadłowstrętem psychicznym (Ghaderi, Scott 2000; Ghaderi 2002). Dobór strategii radzenia sobie wskazuje na różnice w obrazie klinicznym różnych zaburzeń odżywiania. Egosyntoniczność objawów w przebiegu jadłowstrętu skutkuje unikaniem treści, które podważają choćby w najmniejszym stopniu własne schematy poznawcze. Osoby chorujące na bulimię są bardziej otwarte na przyjęcie wsparcia z zewnątrz, są w większym stopniu krytyczne wobec objawów choroby. Wysoki poziom perfekcjonizmu u pacjentek z jadłowstrętem ściśle wiąże się z wysokim poziomem lęku oraz tendencją do myślenia dychotomicznego oraz magicznego, co jest jedną z przyczyn ich wycofania z relacji społecznych. Brytek i Charzyńska (2008) w swoich badaniach stwierdziły ujemną korelację między perfekcjonizmem a szukaniem wsparcia społecznego.

Badania Troop i wsp. (1998) wykazały, że osoby chorujące na zaburzenia odżywiania (badano osoby chorujące na jadłowstręt psychiczny i bulimię) w porównaniu do zdrowych osób z grupy kontrolnej mają większą tendencję do stosowania strategii unikowych (głównie unikanie poznawcze) lub strategii opartych na emocjach. Troop wskazał na tendencję do ruminacji i zamartwiania się u osób z bulimią w większym stopniu niż u osób z jadłowstrętem. Pacjentki chorujące na bulimię w porównaniu do grupy pacjentek z jadłowstrętem i grupy kontrolnej prezentowały tendencję do obwiniania siebie.

Wyniki badań Villa i in. (2009) baterią COPE (Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem) wskazują, że osoby z zaburzeniami odżywiania stosują mniej efektywne niż grupa kontrolna strategie radzenia sobie. Nadto osoby z zaburzeniami jedzenia oceniają nisko swoje umiejętności radzenia sobie, są mniej pewne swoich decyzji, nie liczą na wsparcie innych osób w trudnych sytuacjach. Nie potrafią także reinterpretować problemu w taki sposób, by można było znaleźć konstruktywne rozwiązanie.

W badaniach Lobera i wsp. (2009) osoby chore na zaburzenia odżywiania oceniły swoje poczucie skuteczności w radzeniu sobie za stresem o wiele niżej niż zrobiły to osoby zdrowe z grupy kontrolnej. Pacjentki były bardziej krytyczne wobec siebie, aniżeli osoby z grupy kontrolnej i przeżywały więcej napięcia emocjonalnego.

Sternheim i in. badali umiejętności rozwiązywania problemów społecznych przez osoby z jadłowstrętem psychicznym (Sternheim i wsp., 2012). W porównaniu do grupy kontrolnej pacjentki generowały rozwiązania mało efektywne i polegające głównie na unikaniu problemu. Podobne do osób z zaburzeniami odżywiania wyniki, w innym badaniu, otrzymały osoby z wysoko funkcjonującym Zespołem Aspergera (Oldershaw i wsp. 2011), co wskazuje na podobieństwo obu zaburzeń w zakresie sztywności poznawczej i zakłóceń rozwoju emocjonalnego.

Reasumując, osoby z zaburzeniami odżywiania stosują uporczywie mało skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem. Są to sposoby stosowane zanim doszło do zachorowania oparte na unikaniu lub koncentracji na emocjach. Częsta ekspozycja na stres i niska skuteczność dostępnych strategii w połączeniu z tendencją do sztywności w myśleniu i zachowaniu powoduje, że zamiast szukać nowych rozwiązań, pacjentki w mechanizmie obronnym koncentrują się na wąskim wycinku swojego życia, jaki stanowi odżywianie (Brytek 2006).

### **1.3 Charakterystyka lęku w zaburzeniach odżywiania.**

Lęk przyczynia się do powstawania i podtrzymywania wielu zaburzeń psychicznych, wiąże się z przeżywaniem wewnętrznego napięcia psychicznego i fizycznego (Kępiński 2002). Lęk należy różnicować z emocją strachu. Strach jest reakcją na prawdopodobne i realne zagrożenie, lęk występuje wtedy, gdy niebezpieczeństwo jest mało realne, a jego źródło jest niejasne i trudne do zidentyfikowania (za: Cierpiałkowska 2007). Osoba doświadczająca lęku nie jest w stanie określić jego źródła, w przeciwieństwie do sytuacji odczuwania strachu, kiedy bodziec wywołujący poczucie zagrożenia można zidentyfikować. Zdaniem Horney (1993) lęk jest niebezpieczeństwem powstałym w efekcie wyolbrzymienia czynników psychicznych, co prowadzi do poczucia bezradności i bezsilności własnych postaw.

Związek między zaburzeniami jedzenia a skłonnością do reagowania lękiem jest złożony. Osoby z zaburzeniami jedzenia mają niższy próg reagowania lękiem i są podatne na stres jeszcze przed zachorowaniem, a dodatkowo przeżywają lęki specyficzne dla zaburzeń odżywiania (m.in. lęk przed przytyciem). Możemy więc mówić o stałej dyspozycji do reagowania lękiem, na bazie której nadbudowują się lęki specyficzne dla zaburzeń odżywiania. O tym, w jaki sposób osoba reaguje lękiem



decyduje szereg czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, środowiskowych i kulturowych. W niniejszej pracy opisano tylko te czynniki, które wiążą się z problematyką lęku w zaburzeniach odżywiania i strategiami radzenia sobie.

Mechanizmy neurobiologiczne leżące u podłoża zaburzeń odżywiania wynikają z zakłóceń aktywności struktur OUN i AUN oraz zaburzeń w zakresie neuroprzebieżnictwa (Kaye 2007, 2013). Wydaje się, że objawy zaburzeń odżywiania mają na celu redukcję bądź obronę osoby przed stresem i lękiem, w wymiarze fizjologicznym i psychologicznym.

Wspólne dla obrazu klinicznego zaburzeń odżywiania są zakłócenia w neuroprzebieżnictwie serotoniny i dopaminy, w efekcie których zwiększa się nasilenie lęku. W przypadku anoreksji manifestuje się także zachowaniami mającymi na celu unikanie szkody, w większym stopniu niż u chorych na bulimię. W badaniach z wykorzystaniem Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera unikanie szkody jest cechą temperamentu związaną z działaniem układu serotonergicznego posiadającą cztery zmienne obserwacyjne, które opisujemy na wymiarach: pesymizm vs łatwość odzyskiwania równowagi po stresie, lęk przed niepewnością vs pewność siebie, lęk społeczny vs towarzyskie angażowanie się oraz męczliwość i astenia vs wigor (za: Hornowska 2003). Januszewski (2009) na podstawie swoich badań nad zdrową młodzieżą stwierdził, że unikanie szkody częściej występuje u dziewcząt. Z badań genetycznych (za: Hauser i wsp. 2003) wynika, że krótszy allel genu 5-HTT powoduje gorszą ekspresję tego genu i gorsze funkcjonowanie nośnika serotoniny, co ostatecznie zaburza przebieżnictwo 5-HT i powoduje występowanie cech neurotyczności i zachowań lękowo-unikowych. Receptory serotoniny 5-HT 1A i 2A znajdujące się środkowej części kory przedczołowej i jej okolicach odpowiadają także za występowanie impulsywności, uwagi, skłonności do persewencji oraz otwartości na nowe doświadczenia dzięki połączeniom z układem limbicznym (Kaye, 2013). Zmniejszenie natężenia tryptofanu (prekursor 5-HT) zmniejsza aktywność 5-HT, a tym samym obniża lęk u pacjentek z anoreksją jednocześnie ucząc je regulowania afektu poprzez ograniczanie jedzenia (Kaye 2003). Zaburzenia w zakresie neuroprzebieżnictwa dopaminy (DA D2/D3), zwłaszcza w prążkowie, gdzie znajduje się jądro półleżące będące częścią układu nagrody w mózgu zniekształcają sposób spostrzegania jedzenia, motywację i funkcje wykonawcze (Kaye 2007, 2013).

Czynnikami wyzwalającymi zaburzenia odżywiania w okresie adolescencji u dziewcząt jest zwiększenie wydzielnictwa hormonów płciowych, zmiany zachodzące w mózgu dotyczące aktywności różnych obszarów oraz stres (Kaye, 2013). Pojawiły się wstępne doniesienia dotyczące "efektu ubocznego" podawania dziewczętom z jadłowstrętem estrogenu (w celu zapobiegania osteoporozie) w postaci obniżenia poziomu lęku (źródło: <https://www.endocrine.org/news-room/current-press-releases/estrogen-replacement-therapy-helps-reduce-anxiety-in-anorexia-nervosa> 29.11.2013).

Wysokie natężenie lęku-cechy także wskazuje na uwarunkowaną genetycznie skłonność do reagowania lękiem. Obecność lęku-cechy u chorych jest niezależna od stanu niedożywienia (Wagner 2006). W badaniach potwierdzono, że osoby z zaburzeniami odżywiania w porównaniu do osób zdrowych mają większe natężenie lęku-cechy, co wskazuje na ich względnie trwałą tendencję do reagowania lękiem w różnych sytuacjach (Holtkamp i wsp. 2005; Stein i wsp. 2002). Lęk w przebiegu zaburzeń odżywiania jest prawdopodobnie czynnikiem uruchamiającym i podtrzymującym mechanizm selektywnej uwagi na własnym wyglądzie oraz strategię poznawcze i behawioralne charakterystyczne dla zaburzeń lękowych (Smith, Rieger 2010).

Osoby z zaburzeniami odżywiania są aleksytymiczne, mają trudności w identyfikowaniu i opisywaniu własnych stanów emocjonalnych (Zonneville-Bender i wsp. 2004). Aleksytymię definiuje się, jako: trudności w odróżnianiu stanów emocjonalnych od doznań fizycznych, trudność w opisywaniu emocji, skłonność do koncentrowania się na zewnętrznych aniżeli wewnętrznych doświadczeniach oraz upośledzenie w zakresie symbolizacji (za: Maruszewski, Ścigała 1998). Aleksytymicy nie potrafią odróżnić pobudzenia emocjonalnego od fizjologicznego, skupiają się na fizjologicznych objawach towarzyszących przeżywaniu emocji i przypisują im zewnętrzne źródła. Wykazano związek między aleksytymią a neurotyzmem, lękiem i pobudzeniem fizjologicznym. Aleksytymicy, podobnie jak neurotycy mają bardzo niski próg pobudzenia fizjologicznego, przy jednoczesnej podatności na przeżywanie negatywnych emocji (Pandey, Mandal 1996). W przeciwieństwie do neurotyków aleksytymicy nie potrafią odróżnić i okazywać emocji. Pierwotna aleksytymia jest efektem deficytów neurobiologicznych (m.in. zaburzenia w funkcjonowaniu zakrętu obręczy), aleksytymia wtórna jest wynikiem stresującej sytuacji i jest ograniczona w

czasie (Freyberger 1977). Fairburn i wsp. (2003) podaje, że nietolerancja emocji (ang. *mood intolerance*) skutkuje podjęciem działań mających na celu ich regulację bądź unikanie poprzez kontrolę ilości przyjmowanego pokarmu. Podobnie jak lęk, aleksytymię można opisać na wymiarze stan-cecha (Sexton i wsp. 1998). Hendryx i wsp. (1991) wskazuje, że funkcją aleksytymii jest zablokowanie negatywnych emocji związanych z doświadczaniem stresu. Wykazano, że rodzice pacjentów prezentują wyższy poziom aleksytymii (częściej matki) oraz lęku w porównaniu do grupy kontrolnej (Espina 2003). Głównym skutkiem aleksytymii są deficyty w zakresie regulacji emocji u osób z zaburzeniami odżywiania manifestujące się ograniczeniem możliwości redukcji negatywnych emocji w sytuacjach stresowych oraz ekspresji emocjonalnej.

Kolejnym czynnikiem potwierdzającym zaburzenia regulacji emocji jest niski poziom świadomości interoceptywnej, czyli zdolności radzenia sobie z rozpoznawaniem i odpowiedzią na pojawiające się stany emocjonalne i wrażenia płynące z ciała (Miller i wsp. 2003). Pacjentki deklarują przeżywanie negatywnego afektu, ale jest to rozbieżne z ich reakcjami fizjologicznymi. Nie obserwuje się u nich wskaźników pobudzenia autonomicznego układu nerwowego typowego dla reakcji stresowej u zdrowych osób. Deficyty w zakresie interoceptywnej świadomości uniemożliwiają pacjentkom prawidłową interpretację sygnałów związanych z głodem, smakiem i bólem, co podtrzymuje psychopatologię zaburzeń odżywiania. Za integrację informacji interoceptywnych w OUN odpowiada wyspa, która ma połączenie z płacami czołowymi, wzrokowymi, ciałem migdałowatym, jądrami podstawy, wgórzem, podwzgórzem i wieloma innymi obszarami mózgu (Damasio 1996; Nagai i wsp. 2007). Wyspa jest mostem między "mózgiem myślącym" a "mózgiem odczuwającym" (Nunn i wsp. 2008). Do pozostałych funkcji wyspy istotnych dla obrazu klinicznego zaburzeń odżywiania należą: regulacja autonomicznego układu nerwowego, regulacja apetytu, monitorowanie stanu swojego ciała, integracja myśli i uczuć, regulacja progu bólowego, poziomu empatii oraz poczucia obrzydzenia. U pacjentek z anoreksją obserwuje się mniejszą niż u grup kontrolnych aktywację wyspy, m.in. w odpowiedzi na bodziec smakowy lub widok jedzenia, także w fazach remisji (Nunn i wsp. 2011). Także dysfunkcje poznawcze charakterystyczne dla zaburzeń jedzenia (sztywność myślenia, niska

przerzutność uwagi, problemy z podjęciem decyzji, zaburzenia spostrzegania i in.) można w dużym stopniu tłumaczyć przez zaburzenia funkcjonowania wyspy.

W modelu dyskoneksji (Tantillo, Kreipe 2011) zwrócono uwagę, że u pacjentów z zaburzeniami odżywiania można obserwować obniżoną zdolność nie tylko do integrowania informacji na poziomie biologicznym, ale także na poziomie psychicznym i społecznym, co odpowiada trzem podstawowym poziomom stresu wyróżnionym przez Lazarusa i Folkman. Na poziomie psychicznym dyskoneksja manifestuje się obniżonym rozumieniem związku między myśleniem, emocjami i zachowaniem, niskim poziomem refleksyjności i samoświadomości. Na poziomie społecznym obserwuje się tendencję do unikania kontaktów społecznych.

Ze względu na uwarunkowania neurobiologiczne osoby z zaburzeniami odżywiania, w odróżnieniu od reszty populacji będą częściej reagowały lękiem, a sytuacje stresowe mogą pełnić funkcję wyzwalacza zaburzeń jedzenia. Zaburzenia lękowe często współwystępują z zaburzeniami odżywiania. W najnowszych badaniach podaje się, że osoby z zaburzeniami odżywiania spełniają kryteria diagnostyczne różnych zaburzeń lękowych, a dużo mniejszy procent osób z zaburzeniami lękowymi choruje jednocześnie na zaburzenia odżywiania (Swinbourne 2012). Pallister i Waller (2008) podają, że zaburzenia odżywiania i zaburzenia lękowe mają prawdopodobnie wspólną etiologię. Zaburzenia odżywiania współwystępują najczęściej z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz fobią społeczną (Kaye 2008). U pacjentek z zaburzeniami odżywiania, podobnie jak u osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (OCD), stwierdzono większą aktywację kory przedczołowej i jąder podstawy (czego efektem jest występowanie myśli i czynności natrętnych) oraz pobudzenie tylnej kory zakrętu obręczy odpowiedzialnej za przetwarzanie procesów emocjonalnych typowe w sytuacji przeżywania lęku (Davis, Kaptein 2005). Myśli dotyczące jedzenia, wagi i wyglądu ciała oraz intensywne ćwiczenia fizyczne mają bardzo często charakter natrętny. Z dużym prawdopodobieństwem można więc przyjąć, że objawy OCD i zaburzeń odżywiania mają na celu redukcję uciążliwego poczucia napięcia i lęku. W tym kontekście można je rozumieć, jako dezadaptacyjne mechanizmy radzenia sobie.

Wspólnym i specyficznym dla psychopatologii zaburzeń odżywiania jest lęk przed przybraniem na wadze, jest on jednym z kryteriów diagnostycznych

jadłowstrętu psychicznego. Bulimia psychiczna również charakteryzuje się przeżywaniem skrajnych niepokojów o figurę i wagę. W modelu transdiagnostycznym (Fairburn i wsp. 2003) podkreśla, że elementem łączącym zaburzenia odżywiania jest lęk przed przytyciem (ang. *fat phobia*). Ze względu na różnice międzykulturowe lęk przed przytyciem jest statystycznie częściej zgłaszany przez pacjentki wychowujące się w krajach zachodnich (Kam, Lee 1996). Na przestrzeni lat w doniesieniach naukowych dotyczących zaburzeń odżywiania różnica między natężeniem lęku przed przytyciem w kulturach wschodnich i zachodnich zmniejsza się, co można tłumaczyć procesem globalizacji (Lai 2000).

Do podstawowych przyczyn środowiskowych reagowania lękowo można zaliczyć występowanie lęku separacyjnego bądź doświadczenie traumy w dzieciństwie, co może być predyktorem poważniejszych, niż w przypadku braku lęku w wywiadzie, objawów zaburzeń jedzenia, np.: niższego BMI (Raney, 2008; Dellava, 2010). Rodzice osób z zaburzeniami odżywiania prezentują wyższy poziom lęku i aleksytymii, co skutkuje modelowaniem nieprawidłowych reakcji, podnosi poziom lęku, zmniejsza poczucie bezpieczeństwa, a w efekcie nie uczy adaptacyjnych strategii radzenia sobie (Espina, 2003).

Reasumując, ilość i złożoność czynników regulujących natężenie lęku pozwala jednoznacznie potwierdzić jego ogromne znaczenie w obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania. Stała dyspozycja do nasilonego przeżywania lęku jest prawdopodobnie jednym z prekursorów zaburzeń odżywiania, czynnikiem wyzwalającym i podtrzymującym objawy. Lęk jest podstawowym stresorem, który wymusza na pacjentkach z zaburzeniami odżywiania podjęcie łatwo dostępnych, aczkolwiek mało adaptacyjnych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

## **Rozdział 2. Problem i metoda badań własnych.**

### **2.1 Wprowadzenie.**

W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiony i uszczegółowiony problem badań własnych oraz poszczególne hipotezy badawcze. Zaprezentowana zostanie także strona metodologiczna przeprowadzonych badań, szczegółowy opis metod badawczych oraz sposób statystycznej analizy uzyskanych danych.

### **2.2 Cele i problemy badawcze.**

Występowanie lęku w obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania zostało potwierdzone w wielu badaniach. Istnieje mało doniesień na temat radzenia sobie ze stresem u chorych na bulimię i jadłowstręt psychiczny. W związku z powyższym nie wiadomo, czy i w jaki sposób poziom lęku wpływa na dobór strategii radzenia sobie.

Problemem istotnościowym pracy jest pytanie o to w jaki sposób radzą sobie ze stresem osoby z jadłowstrętem psychicznym, z bulimią i osoby zdrowe oraz czy dobór strategii radzenia sobie jest uwarunkowany poziomem lęku.

Problemem zależnościowym pracy brzmi: Czy między osobami z jadłowstrętem i osobami z bulimią istnieją podobieństwa/różnice w zakresie wybranych charakterystyk i czy charakterystyki te różnicują je od osób z grupy kontrolnej?

W związku z powyższym ustalono trzy główne cele niniejszej pracy:

1. Porównanie poziomu lęku i określenie rodzaju strategii radzenia sobie ze stresem z uwzględnieniem różnic między osobami z zaburzeniami odżywiania i osobami zdrowymi.
2. Określenie rodzaju strategii radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania z uwzględnieniem różnic między pacjentkami z jadłowstrętem i bulimią.
3. Zbadanie natężenie lęku cechy i stanu u pacjentek z zaburzeniami odżywiania z uwzględnieniem różnic między pacjentkami z jadłowstrętem i bulimią.

### **2.3 Definicje i struktura badanych zmiennych.**

Główną zmienną zależną jest sposób radzenia sobie ze stresem, wyrażający się w obrębie takich czynników jak styl i strategie radzenia sobie, ocena natężenia stresu, natężenie negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego.

Zmienna niezależna, czyli wykazywany przez osobę poziom psychopatologii, jest zmienną kryterialną przyjmującą trzy wymiary reprezentowane przez trzy badane grupy:

1. Grupę osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego.
2. Grupę osób z rozpoznaniem bulimii psychicznej.
3. Grupę osób zdrowych-kontrolną.

Główną zmienną niezależną jest natężenie lęku.

### **2.4 Hipotezy badawcze.**

Na potrzeby niniejszej pracy sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1. Osoby z zaburzeniami odżywiania prezentują wyższy poziom lęku stanu i lęku cechy niż osoby zdrowe.

H2. Osoby z jadłowstrętem psychicznym kończąc hospitalizację będą prezentowały większy poziom lęku stanu i cechy niż osoby z bulimią psychiczną.

H3. Osoby z zaburzeniami odżywiania rzadziej niż osoby zdrowe stosują aktywne i zadaniowe sposoby radzenia sobie ze stresem.

H4. W porównaniu do osób zdrowych i pacjentek z jadłowstrętem, u pacjentek z bulimią będzie dominował styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu i skoncentrowany na emocjach.

H5. W porównaniu do osób zdrowych i pacjentek z bulimią u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym będzie dominował styl skoncentrowany na unikaniu.

H6. Osoby z bulimią kończące hospitalizację będą częściej radziły sobie w sposób zadaniowy niż osoby z jadłowstrętem.

H7. Osoby z zaburzeniami odżywiania będą prezentowały więcej cech osobowości typu D niż osoby zdrowe.

## **2.5 Plan i etapy badań.**

Pacjentki były badane za pomocą kwestionariuszy samoopisowych przy przyjęciu i przy wypisie ze szpitala. Dodatkowo rodzice pacjentek wypełniali, również dwukrotnie, kwestionariusz dotyczący symptomów lęku obserwowanych u swoich córek. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu zostały poinformowane czego dotyczy badanie oraz, że uczestnictwo w nim jest dobrowolne. W przypadku osób niepełnoletnich zgoda na przeprowadzenie badania była uzyskiwana także od rodziców. Badanie na terenie instytucji zostało przeprowadzone za zgodą dyrekcji owej instytucji.

Ze względu na charakter badań nie była wymagana zgoda Komisji Bioetycznej (pismo uzasadniające brak konieczności uzyskania zgody Komisji Bioetycznej znajduje się w Załączniku 3).

Badania do niniejszej pracy przeprowadzono metodą kwestionariuszową za pomocą testów psychometrycznych: Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS (Strelau i wsp. 2009); Skali Odczuwanego Stresu PSS-10, Skali "Jak sobie radzisz?"-JSR, Skali do Pomiaru Typu D-DS14 (Jurczyński i wsp. 2009); Inwentarza Lęku Stanu i Cechy w wersji STAI i STAI-C (dla osób poniżej 16 roku życia) (Wrześniewski 2006; Jaworowska 2005), Skali Objawów Lękowych Rachel Gittelman oraz Kwestionariusza Osobowego i Kwestionariusza do Badania Lęku Związanego z Odżywianiem (praca własna).

Dodatkowo osoby badane wypełniały kwestionariusz osobowy, w którym pytano o wiek, masę ciała i wzrost (celem obliczenia wskaźnika BMI), miejsce zamieszkania, strukturę rodziny, sposób odżywiania, sposób spędzania wolnego czasu oraz ocenę relacji z członkami rodziny i rówieśnikami.

Zestaw kwestionariuszy użytych do badań w niniejszej pracy został zamieszczony w Załączniku 2.



## **2.6 Opis badanej grupy.**

W badaniu wzięły udział osoby skupione w dwie grupy badawcze.

W skład pierwszej z nich, grupy klinicznej weszły pacjentki po raz pierwszy hospitalizowane z powodu jądłowstrętu psychicznego (N=23) pacjentki po raz pierwszy hospitalizowane z powodu bulimii (N=11) w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu. Średni wiek osób w grupie klinicznej wynosił 15,971 przy odchyleniu standardowym równym 1,381.

Drugą grupę, grupę kontrolną, stanowiły uczennice gimnazjum oraz liceum. W skład grupy kontrolnej weszło 48 dziewcząt, uczennic gimnazjum z Lubonia oraz liceum ogólnokształcącego z Poznania. Średni wiek osób w grupie kontrolnej wynosił 16,083 przy odchyleniu standardowym równym 1,596.

## **2.7 Narzędzia badawcze.**

### **2.7.1 Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.**

Endler i Parker (1990) skonstruowali narzędzie do badania sposobów radzenia sobie ze stresem w oparciu o transakcyjne modele stresu. Radzenie sobie ze stresem to działanie świadome zachodzące w konkretnej sytuacji stresowej i jest efektem interakcji pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie. Styl radzenia sobie to typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych. Autorzy wyróżnili trzy style radzenia sobie: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl oparty na unikaniu. W polskiej adaptacji (Strelau i wsp. 2009) tak jak w oryginalnej wersji, Kwestionariusz składa się z 48 stwierdzeń, na które udziela się odpowiedzi na skali 1-5 określającej częstotliwość podejmowanej czynności. Na każdą skalę składa się 16 pozycji kwestionariusza, osoby badane mogą uzyskać w każdej z nich od 16 do 80 punktów. Wynik surowy odnosi się do norm stenowych. Po przeprowadzeniu polskich badań normalizacyjnych można stwierdzić, że CISS jest trafnym i rzetelnym do pomiaru radzenia sobie ze stresem dla osób między 16 a 79 rokiem życia.

Skala styl oparty na zadaniu (SSZ) opisuje radzenie sobie ze stresem poprzez podejmowanie planowych działań mających na celu poradzenia sobie w trudnej sytuacji. Osoby, które preferują zadaniowy styl radzenia sobie w sytuacjach

stresowych usiłują rozwiązać problem aktywnie: poprzez poznawcze przekształcenia lub próbę zmiany warunków zewnętrznych. Są skoncentrowane na zadaniu i planowaniu rozwiązania problemu. Badania z wykorzystaniem kwestionariusza EPQ-R (Costa i wsp. 1996; Hooker i wsp. 1994) wykazały, że osoby charakteryzujące się sumiennością preferują zadaniowy styl radzenia sobie.

Osoby preferujące styl oparty na emocjach (SSE) w sytuacjach stresowych koncentrują się na sobie i przeżywaniu negatywnych emocji. W celu zmniejszenia napięcia stosują często myślenie życzeniowe, fantazjują. Zniekształcenia poznawcze są jednak źródłem dodatkowego stresu i w tym sensie styl ten w niektórych sytuacjach jest mało adaptacyjny. SSE występuje częściej niż u zdrowych osób w grupie osób uzależnionych od alkoholu. W badaniach z wykorzystaniem STAI SSE koreluje dodatnio z lękiem stanem i lękiem cechą (Wrześniewski i wsp. 2002).

Skala Styl oparty na unikaniu (SSU) określa taki sposób radzenia sobie, gdy osoba unika myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Styl ten przyjmuje dwie formy: angażowania się w czynności zastępcze (ACZ) albo poszukiwania kontaktów towarzyskich (PKT). W badaniach z wykorzystaniem kwestionariusza FCZ-KT Zawadzkiego (Szczepaniak 1996) SSU korelowało dodatnio z reaktywnością i perseweratywnością, a ujemnie z wytrzymałością.

### **2.7.2 Skala "Jak sobie radzisz?".**

Skala "Jak sobie radzisz?" została stworzona przez Zygryda Jurczyńskiego i Ninę Ogińską Bulik (2004). Nawiązuje ona do paradygmatu badań Lazarusa i Folkman (1984). Skala ocenia dyspozycyjne i sytuacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem. Dyspozycyjne sposoby radzenia (DRS) sobie to charakterystyczny dla jednostki repertuar strategii stosowanych w sytuacjach stresowych. Wynik tej skali odpowiada na pytanie, jak na ogół osoba zachowuje się w sytuacji stresowej. Sytuacyjne sposoby radzenia sobie (SRS) to strategie wykorzystywane w konkretnej, doświadczanej sytuacji stresowej. Skala bada, czy osoba radzi sobie w sposób aktywny (ARS), koncentruje się na emocjach (KE) lub poszukuje wsparcia społecznego (PWS). Na podstawie polskich badań normalizacyjnych stwierdzono zadowalający poziom rzetelności i trafności narzędzia.

### **2.7.3 Skala Spostrzeganego Stresu PSS-10.**

Skala Spostrzeganego Stresu (ang. *Perceived Stress Scale*) została opracowana przez Sheldona Cohena i współpracowników w 1983 roku. Mierzy ona reakcję jednostki na stresujące wydarzenia. W polskiej adaptacji narzędzie nazywa się Skalą Odczuwanego Stresu, służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Skalę PSS-10 można wykorzystać do identyfikacji osób potrzebujących pomocy psychoterapeutycznej i medycznej. Osoby chore somatycznie i psychicznie z reguły uzyskują wyższe wyniki niż osoby zdrowe. W badaniach potwierdzono korelację nasilenia stresu mierzoną PSS-10 z poziomem lęku badanym przy pomocy kwestionariusza STAI (Stauder, Semmelweis 2006). Skala składa się z 10 stwierdzeń. Osoba badana zaznacza odpowiedzi na skali 0-10, która określa częstość występowania subiektywnych odczuć związanych z problemami, sytuacjami trudnymi oraz zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Wyniki surowe uzyskane w badaniu odnosi się do norm stenowych. Rzetelność i trafność testu w polskiej normalizacji jest zadowalająca.

### **2.7.4 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI, STAI-C).**

W celu zbadania związku między stylem radzenia sobie a lękiem użyto Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI oraz Inwentarza Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAI-C (Wrześniewski i wsp. 2006). STAI jest adaptacją amerykańskiego kwestionariusza Spielbergera, Gorsucha i Lushene (1970). STAI bada lęk stan (L-stan) oraz lęk cechę (L-cecha). Lęk stan to negatywna reakcja emocjonalna o charakterze przejściowym, któremu towarzyszy aktywacja autonomicznego układu nerwowego. Lęk stan zmienia się w zależności od czynników zagrażających. Lęk cecha oznacza nabytą dyspozycję behawioralną do postrzegania obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających. Wysokie natężenie lęku cechy wiąże się z kształtowaniem się osobowości lękowej. Lęk-cecha koreluje dodatnio z neurotycznością (badania z wykorzystaniem kwestionariusza MPI (Radomski, 1982 w: Wrześniewski i wsp. 2006, str. 23) oraz reaktywnością emocjonalną i perseweratywnością (Zalewska, 2005 za: Wrześniewski i wsp. 2006, str. 23). Wysoki lęk wiąże się ze skupianiem uwagi na negatywnych emocjach. Osoby z wysokim poziomem lęku unikają kontaktów społecznych. Kwestionariusz składa się z dwóch skal (w oryginale i polskiej adaptacji): X-1 służy do badania lęku stanu oraz X-2

ocenia nasilenie lęku cechy. Każda ze skal składa się z 20 stwierdzeń. Kwestionariusze STAI i STAI-C w polskiej adaptacji wykazuje wysoką rzetelność i trafność.

### **2.7.5 Skala objawów lękowych Rachel Gittelman (wersja dla rodziców i opiekunów).**

Skala została przetłumaczona przez autorkę niniejszej pracy z języka angielskiego (Gittelman, 1985). Składa się 47 stwierdzeń opisujących zachowania dziecka świadczące o przeżywaniu lęku. Skalę wypełniają opiekunowie dziecka.

### **2.7.6 Kwestionariusz do badania natężenia lęku związanego z odżywianiem.**

Narzędzie spełnia funkcję wywiadu w kierunku występowania lęku i przekonań lękowych związanych z odżywianiem. Składa się z 21 stwierdzeń, na które osoba badana odpowiada na skali od 1-4 oceniającej natężenie lęku. W Kwestionariuszu znajdują się stwierdzenia dotyczące lęku przed: przytociem, jedzeniem, dojrzewaniem fizycznym, wejściem w role społeczne, oceną społeczną, przyszłością, konsekwencjami sposobu odżywiania.

### **2.7.7 Skala do pomiaru Typu D-DS-14.**

Skala DS-14 w wersji oryginalnej powstała w 2005 roku (Denollet, 2005). Polska adaptacja została przeprowadzona przez Ogińską-Bulik, Jurczyńskiego i Denolleta w ramach międzynarodowego projektu badań nad jakością życia chorych kardiologicznie. Na osobowość typu D składają dwa wymiary: negatywna emocjonalność (NE) oraz hamowanie społeczne (HS). Negatywna emocjonalność oznacza skłonność jednostki do przeżywania silnych negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew czy wrogość. Wiąże się z tendencją do katastroficznego widzenia rzeczywistości, oceniania większości zdarzeń jako zagrażających oraz skłonnością do zamartwiania się. Hamowanie społeczne oznacza tendencję jednostki do świadomego powstrzymywania się od wyrażania negatywnych emocji z obawy przed odrzuceniem ze strony innych ludzi. Osoby uzyskujące wyniki w tym wymiarze rzadziej poszukują wsparcia społecznego, mają niskie poczucie własnej wartości oraz skłonność do izolowania się. Konstrukcja osobowości typu D jest zbliżony do neurotycznej introwersji (Jurczyński, Ogińska-Bulik; 2004). Osobowość

typu D wiąże się ze zwiększoną reaktywnością na stres i osłabieniem aktywności układu immunologicznego oraz tendencją do zachowań niekorzystnych dla zdrowia (również do uzależnień), które są czynnikami ryzyka wystąpienia chorób somatycznych. Skala wykazuje dobre właściwości psychometryczne. Skala składa się z 14 stwierdzeń, z których siedem ocenia natężenie negatywnej emocjonalności, a pozostałe siedem poziom hamowania społecznego.

## **2.8 Obliczenia statystyczne.**

Wyniki opracowano posługując się licencjonowanymi wersjami programu Statistica ver. 8 i SPSS ver. 20.

Dla wszystkich zmiennych policzono średnią, medianę, odchylenie standardowe, wartości minimalne i maksymalne.

Istotność różnic pomiędzy badanymi zmiennymi obliczono testem Mana-Whitneya, testem Wilcoxoną oraz t-studenta dla zmiennych powiązanych i niepowiązanych oraz testami Fishera. Korelacje badano testem korelacji Spearmana.

## Rozdział 3. Wyniki.

### 3.1 Dane kliniczne uzyskane z wywiadu od osób z grupy badanej.

#### 3.1.1 Wiek i wskaźnik masy ciała BMI.

Cała grupa badana była jednorodna pod względem wieku. Wskaźnik BMI zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie był istotnie niższy w grupie klinicznej od wartości BMI w grupie kontrolnej (Tabela 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe grupy kontrolnej i klinicznej. Wiek i wskaźnik masy ciała BMI.

	<b>Statystyka</b>	<b>Grupa kontrolna</b>	<b>Grupa kliniczna</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
<b>Wiek</b>	N	48	34	p=0,661*
	średnia	16,083	15,971	
	odchylenie standardowe	1,596	1,381	
	minimum	14	14	
	maksimum	18	18	
	mediana	17	16	
<b>BMI przyjęcie</b>	średnia	18,396	16,235	p=0,0001*
	odchylenie standardowe	1,888	1,236	
	minimum	18	14,5	
	maksimum	31	19	
	mediana	18	16	
<b>BMI wypis</b>	średnia	18,396	17,221	p=0,0001*
	odchylenie standardowe	1,888	0,567	
	minimum	18	16	
	maksimum	31	18,5	
	mediana	18	17	

\* test U Manna-Whitneya

Grupa kliniczna była także jednorodna pod względem wieku. Osoby z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego przy przyjęciu i przy wypisie miały istotnie niższe BMI od osób z rozpoznaniem bulimii (Tabela 2.).

Tabela 2. Statystyki opisowe grupy klinicznej. Wiek i wskaźnik masy ciała BMI.

	<b>Statystyka</b>	<b>AN</b>	<b>BN</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
<b>Wiek</b>	N	23	11	p= 0,118*
	średnia	15,696	16,545	
	odchylenie standardowe	1,490	0,934	
	minimum	14	15	
	maksimum	18	18	
	mediana	15	16	
<b>BMI przyjęcie</b>	średnia	15,5	17,773	P=0,0001*
	odchylenie standardowe	0,622	0,61	
	minimum	14,5	17	
	maksimum	16,5	19	
	mediana	15,5	18	
<b>BMI wypis</b>	średnia	17,022	17,636	P=0,006*
	odchylenie standardowe	0,464	0,552	
	minimum	16	17	
	maksimum	18	18,5	
	mediana	17	18	

\* test U Manna-Whitneya

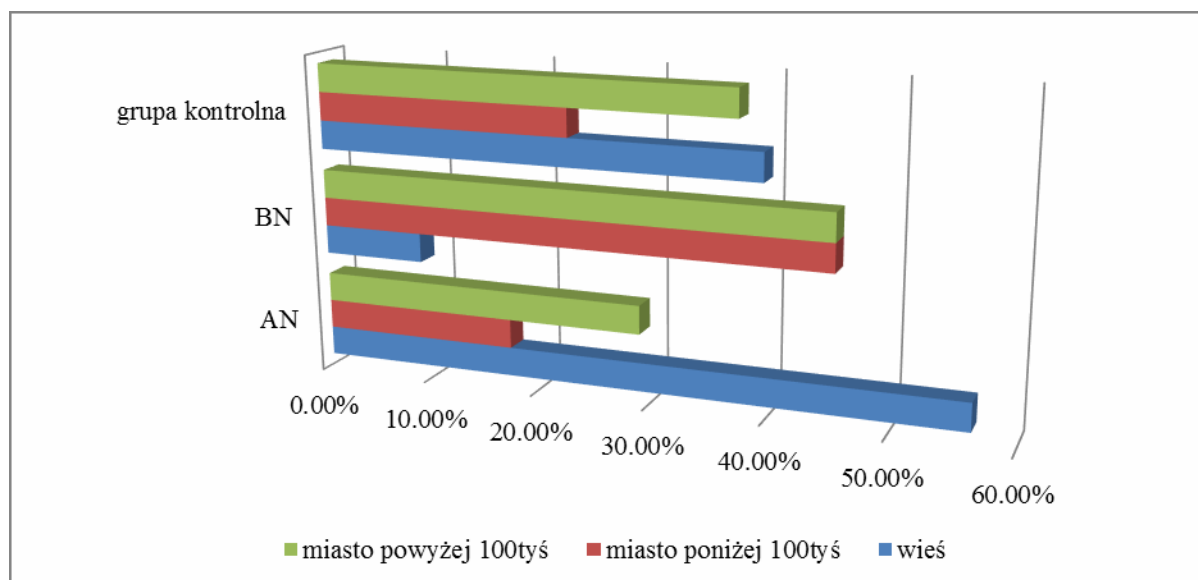
### 3.1.2 Miejsce zamieszkania osób z grupy badanej.

Większość osób z jadłowstrętem psychicznym (56,52%) i z grupy kontrolnej (39,58%) pochodziła ze wsi. Osoby z bulimią biorące udział w badaniu pochodziły w większości z miasta (Tabela 3, Wykres 1).

Tabela 3. Miejsce zamieszkania osób z grupy badanej.

Liczba osób w grupie	Wieś	Miasto poniżej 100 tys	Miasto powyżej 100 tys
AN	13	4	6
%wiersza	56,52%	17,39%	26,09%
BN	1	5	5
%wiersza	9,09%	45,45%	45,45%
kontrolna	19	11	18
% wiersza	39,58%	22,92%	37,50%

Wykres 1. Miejsce zamieszkania osób z grupy badanej.





### 3.1.3 Struktura rodziny osób z grupy badanej.

Osoby badane pytano w wywiadzie o strukturę rodziny. Między grupą kliniczną i kontrolną nie wykazano istotnie statystycznej różnicy w zakresie struktury rodziny (Tabela 4, Wykres 2). Rodzice osób z bulimią byli częściej rozwiedzeni w porównaniu do rodziców osób z jadłowstrętem psychicznym (Tabela 5).

Tabela 4. Porównanie struktury rodziny w grupie klinicznej i kontrolnej.

Grupa	Rodzina pełna	Rodzice rozwiedzeni	Istotność statystyczna
Kliniczna	24	10	p=0,187*
%wiersza	70,59%	29,41%	
Kontrolna	40	8	
%wiersza	83,33%	16,67%	

\*test dokł. Fishera dwustronny

Wykres 2. Struktura rodziny osób z grupy badanej.

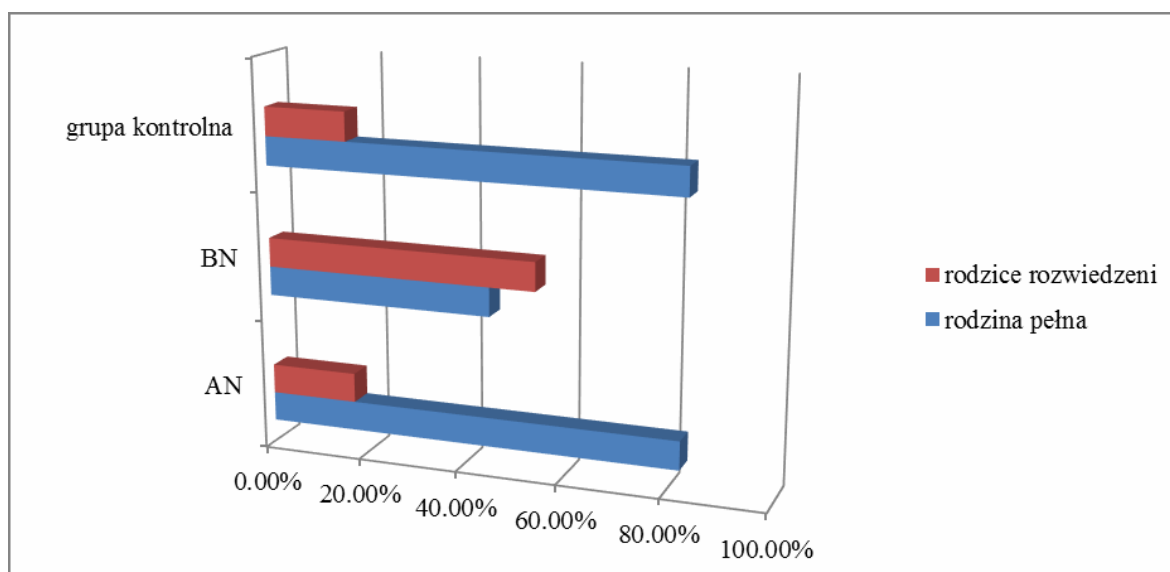


Tabela 5 Porównanie struktury rodziny w grupie klinicznej.

<b>Grupa</b>	<b>Rodzina pełna</b>	<b>Rodzice rozwiedzeni</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
AN	19	4	p=0,045
%wiersza	82,61%	17,39%	
BN	5	6	
%wiersza	45,45%	54,55%	

\*test dokł. Fishera dwustronny

Dokładny rozkład liczby rodzeństwa w badanych grupach znajduje się w Tabeli 6.

Tabela 6. Liczba rodzeństwa w grupie badanej.

<b>Ilość rodzeństwa</b>	<b>AN</b>	<b>BN</b>	<b>Grupa kontrolna</b>
0	7 (30,43%)	5 (45,45%)	31 (64,58%)
1	7 (30,43%)	5 (45,45%)	8 (16,67%)
2	7 (30,43%)	0 (0%)	8 (16,67%)
3	1 (4,35%)	1 (9,09%)	1 (2,08%)
7	1 (4,35%)	0 (0%)	0 (0%)

Osoby z grupy kontrolnej rzadziej posiadały rodzeństwo w porównaniu do grupy klinicznej (Tabela 7).

Tabela 7. Porównanie liczby rodzeństwa w grupie klinicznej i kontrolnej.

<b>Grupa</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odchylenie standardowe</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Mediana</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
Kliniczna	1,147	1,374	0	7	1	p= 0,016*
Kontrolna	0,563	0,848	0	3	0	

\*test U Manna-Whitneya

Osoby z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego i bulimii nie różniły się statystycznie pod względem liczby posiadanego rodzeństwa (Tabela 8).

Tabela 8. Porównanie liczby rodzeństwa w grupie klinicznej.

<b>Grupa</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odchylenie standardowe</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Mediana</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
AN	1,348	1,526	0	7	1	p=0,182*
BN	0,727	0,905	0	3	1	

\*test U Manna-Whitneya

### 3.1.4 Odżywianie.

W wywiadzie pytano pacjentki o ilość spożywanymi posiłków z rodziną w ciągu tygodnia, miejsce spożywania posiłków, porę spożywania posiłków, rodzaj posiłków, powód niejedzenia oraz wpływ jedzenia na zdrowie.

Pacjentki z grupy klinicznej istotnie częściej od dziewczyn z grupy kontrolnej spożywały posiłki z rodziną. Osoby z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego spożywały posiłki z rodziną częściej niż osoby z rozpoznaniem bulimii (Tabela 9).

Tabela 9. Częstość posiłków spożywanymi z rodziną.

Grupa	Średnie	Odch.std	Minimum	Maksimum	Mediana	Istotność statystyczna
Kliniczna	4,353	2,255	1	7	5	p=0,0001*
Kontrolna	1,938	2,098	0	7	1,5	
AN	5	2,111	1	7	6	p=0,002*
BN	3	2	1	6	2	

\*test U Manna Whitneya

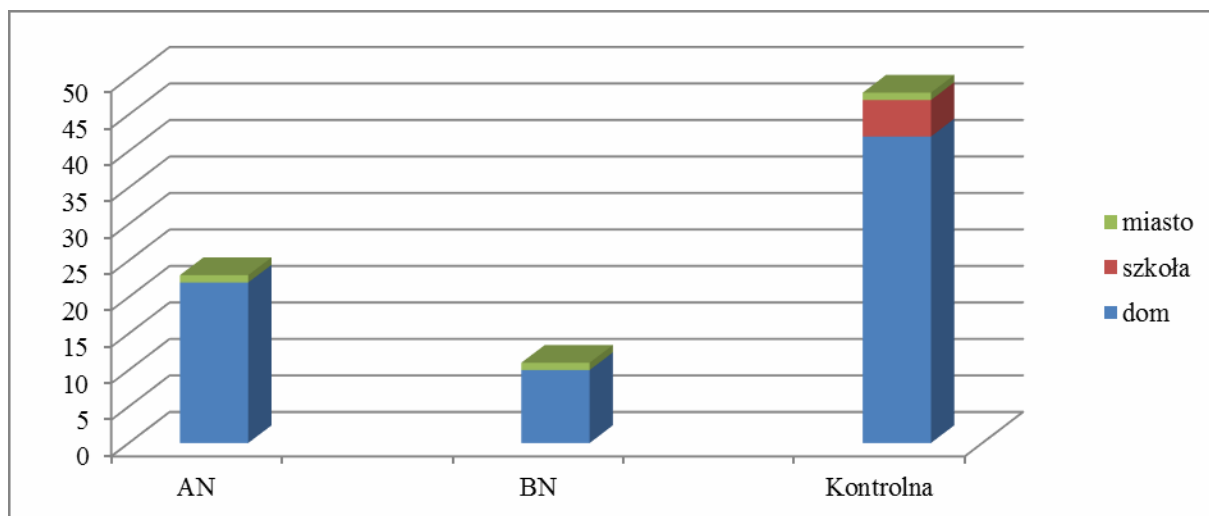
Pacjentki z grupy klinicznej deklarowały, że najczęściej spożywają posiłki w domu. Żadna z badanych pacjentek z grupy klinicznej nie jadła posiłków w szkole. Wyniki pacjentek z jadłowstrętem dotyczące miejsca spożywania posiłków nie różniły się istotnie od pacjentek z bulimią. Nie stwierdzono także istotnej różnicy w zakresie miejsca spożywania posiłków porównując grupę kliniczną z kontrolną (Tabela 10, Wykres 3).

Tabela 10. Miejsce spożywania posiłków.

Grupa	Dom	Szkoła	Poza domem	Istotność statystyczna
AN	22	0	1	p=0,902*
%wiersza	95,65%	0,00%	4,35%	
BN	10	0	1	
%wiersza	90,91%	0,00%	9,09%	

\*test dokł.Fishera dwustronny

Wykres 3. Miejsce spożywania posiłków.



Osoby badane twierdziły, że nie spożywają posiłków o stałych porach. W tym zakresie odpowiedzi osób z grupy klinicznej i kontrolnej nie różniły się. Osoby z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego istotnie częściej deklarowały spożywanie posiłków o stałych porach aniżeli osoby z bulimią (Tabela 11).

Tabela 11. Pory spożywania posiłków.

Grupa	Zmienne pory posiłków	Stale pory posiłków	Istotność statystyczna
<b>Kliniczna</b>	24	10	p=0,59987*
%wiersza	70,59%	29,41%	
<b>Kontrolna</b>	30	18	
%wiersza	62,50%	37,50%	
<b>AN</b>	13	10	p=0,0135**
%wiersza	56,52%	43,48%	
<b>BN</b>	11	0	
%wiersza	100,00%	0,00%	

\*test Chi2 z poprawką Yatesa

\*\*test dokł.Fishera dwustronny

Osoby badane spożywały istotnie częściej posiłki przygotowywane w domu, aniżeli gotowe, kupne posiłki (Tabela 12).

Tabela 12. Rodzaj spożywanych posiłków.

Grupa	Posiłki domowe	Posiłki gotowe	Istotność statystyczna
<b>Kliniczna</b>	29	5	p=0,28526*
%wiersza	85,29%	14,71%	
<b>Kontrolna</b>	36	12	
%wiersza	75,00%	25,00%	
<b>AN</b>	22	1	p=,02894*
%wiersza	95,65%	4,35%	
<b>BN</b>	7	4	
%wiersza	63,64%	36,36%	

\*test dokł.Fishera dwustronny

Osoby z grupy klinicznej, jako powód niejedzenia podawały najczęściej odpowiedź „nie jem celowo”. Porównując grupę osób z jadłowstrętem i bulimią można stwierdzić, że częściej celowo nie jadły pacjentki z bulimią, a u dziewczyn z anoreksją ważną rolę odgrywał brak głodu (Tabela 13).

Tabela 13. Powód niejedzenia.

Grupa	Nie zdążę zjeść	Brak głodu	Celowo nie jem	Istotność statystyczna
<b>Kliniczna</b>	0	12	22	p=0.00001*
%wiersza	0,00%	35,29%	64,71%	
<b>Kontrolna</b>	36	4	8	
%wiersza	75,00%	8,33%	16,67%	
<b>AN</b>	0	11	12	p=0.0271*
%wiersza	0,00%	47,83%	52,17%	
<b>BN</b>	0	1	10	
%wiersza	0,00%	9,09%	90,91%	

\*test dokł.Fishera dwustronny

Osoby badane nie różniły się między sobą w kwestii wpływu jedzenia na zdrowie. Znaczna większość badanych twierdziła, że jedzenie ma wpływ na stan zdrowia (Tabela 14).

Tabela 14. Wpływ jedzenia na zdrowie.

<b>Grupa</b>	<b>Jedzenie nie ma wpływu na zdrowie</b>	<b>Jedzenie ma wpływ na zdrowie</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
<b>Kliniczna</b>	4	30	p=1,0000*
%wiersza	11,76%	88,24%	
<b>Kontrolna</b>	6	42	
%wiersza	12,50%	87,50%	
<b>AN</b>	3	20	p=1,0000*
%wiersza	13,04%	86,96%	
<b>BN</b>	1	10	
%wiersza	9,09%	90,91%	

\*test dokł.Fishera dwustronny

### 3.1.5 Czas wolny.

Osoby badane pytano o to, ile czasu dziennie spędzają na oglądaniu telewizji, ile godzin dziennie korzystają z komputera i czy uprawiają sport.

Osoby z grupy klinicznej znacznie dłużej w ciągu dnia niż osoby z grupy kontrolnej oglądały telewizję. W obrębie grupy klinicznej stwierdzono się, że dłużej oglądały telewizję osoby z rozpoznaniem bulimii (Tabela 15).

Tabela 15. Czas poświęcony na oglądanie telewizji.

Grupa	Telewizja poniżej 2 godzin dziennie	Telewizja powyżej 2 godzin dziennie	Istotność statystyczna
<b>Kliniczna</b>	15	19	p=0,0048*
%wiersza	44,12%	55,88%	
<b>Kontrolna</b>	37	11	
%wiersza	77,08%	22,92%	
<b>AN</b>	15	8	p=0,00047**
%wiersza	65,22%	34,78%	
<b>BN</b>	0	11	
%wiersza	0,00%	100,00%	

\*test Chi2 z poprawką Yatesa

\*\*test dokł.Fishera dwustronny



Osoby badane nie różniły się w zakresie czasu poświęcanego dziennie na korzystanie z komputera. Osoby z rozpoznaniem bulimii znacznie dłużej korzystały w ciągu dnia z komputera w porównaniu do osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego (Tabela 16).

Tabela 16. Czas spędzany przy komputerze.

<b>Grupa</b>	<b>Komputer mniej niż 2 godziny dziennie</b>	<b>Komputer więcej niż 2 godziny dziennie</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
<b>Kliniczna</b>	15	19	p=0,073*
%wiersza	44,12%	55,88%	
<b>Kontrolna</b>	11	37	
%wiersza	22,92%	77,08%	
<b>AN</b>	14	9	p=0,008**
%wiersza	60,87%	39,13%	
<b>BN</b>	1	10	
%wiersza	9,09%	90,91%	

\*test Chi<sup>2</sup> z poprawką Yatesa

\*\*test dokł.Fishera dwustronny

Osoby z grupy kontrolnej deklarowały częściej, że uprawiają sport aniżeli osoby z grupy klinicznej. W obrębie grupy klinicznej osoby z rozpoznaniem bulimii częściej uprawiały sport od osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego (Tabela 17).

Tabela 17. Uprawianie sportu.

Grupa	Sport nie	Sport tak	Istotność statystyczna
<b>Kliniczna</b>	20	14	p=0,0219*
%wiersza	58,82%	41,18%	
<b>Kontrolna</b>	40	8	
%wiersza	83,33%	16,67%	
<b>AN</b>	9	14	p=0,0002*
%wiersza	39,13%	60,87%	
<b>BN</b>	11	0	
%wiersza	100,00%	0,00%	

\*test dokł.Fishera dwustronny

### 3.1.6 Ocena relacji z rodziną i rówieśnikami.

Większość osób badanych twierdziła, że ma dobry kontakt z rodziną. Nie wykazano różnic w tym zakresie pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną. Najlepiej swoje relacje z rodziną oceniły osoby z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego (Tabela 18).

Tabela 18. Ocena relacji z członkami rodziny.

<b>Grupa</b>	<b>kontakt z rodziną słaby</b>	<b>kontakt z rodziną dobry</b>	<b>kontakt z rodziną bardzo dobry</b>	<b>istotność statystyczna</b>
<b>Kliniczna</b>	5	15	14	p=0,1115*
%wiersza	14,71%	44,12%	41,18%	
<b>Kontrolna</b>	13	22	13	
%wiersza	27,08%	45,83%	27,08%	
<b>AN</b>	1	9	13	p=0,0027*
%wiersza	4,35%	39,13%	56,52%	
<b>BN</b>	4	6	1	
%wiersza	36,36%	54,55%	9,09%	

\*test U Manna Whitneya

Osoby z grupy kontrolnej lepiej oceniły swoje relacje z rówieśnikami w porównaniu do osób z grupy klinicznej. W obrębie grupy klinicznej nie było istotnych różnic w ocenie relacji rówieśniczych (Tabela 19).

Tabela 19. Kontakt z rówieśnikami.

<b>Grupa</b>	<b>Kontakt z rówieśnikami słaby</b>	<b>Kontakt z rówieśnikami dobry</b>	<b>Kontakt z rówieśnikami bardzo dobry</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
<b>Kliniczna</b>	7	11	16	p=0,0443*
%wiersza	20,59%	32,35%	47,06%	
<b>Kontrolna</b>	0	18	30	
%wiersza	0,00%	37,50%	62,50%	
<b>AN</b>	6	9	8	p=0,0509*
%wiersza	26,09%	39,13%	34,78%	
<b>BN</b>	1	2	8	
%wiersza	9,09%	18,18%	72,73%	

\*test U Manna Whitneya

### 3.2 Dane uzyskane z badań testami psychometrycznymi.

#### 3.2.1 Ocena nasilenia lęku u osób badanych.

U osób z grupy klinicznej zarówno przy przyjęciu do szpitala, jak i w momencie wypisu stwierdzono wyższe natężenie lęku cechy aniżeli u osób z grupy kontrolnej. Nie stwierdzono różnic w obrębie grupy klinicznej w natężeniu lęku cechy przed i po hospitalizacji. W poniższej tabeli przedstawiono wyniki różnicujące osoby zdrowe i chore pod względem natężenia lęku cechy (Tabela 20).

Tabela 20. Natężenie lęku cechy u osób badanych.

Zmienna	Grupa	Średnie	Odch.std	Min.	Maks.	Mediana	Istotność statystyczna
STAI-cecha_przed	Kliniczna	6,118	1,950	2	10	6	0,001*
	Kontrolna	4,938	0,954	3	6	5	
STAI-cecha_po	Kliniczna	6,176	2,191	3	10	6	0,002*
	Kontrolna	4,938	0,954	3	6	5	
STAI-cecha_przed	Kliniczna	6,118	1,950	2	10	6	0,807**
STAI-cecha_po		6,176	1,866	3	10	6	
STAI-cecha_przed	AN	6,261	2,340	2	10	6	0,545*
	BN	5,818	0,603	5	7	6	
STAI-cecha_po	AN	6,435	2,191	3	10	6	0,346*
	BN	5,636	0,674	5	7	6	
STAI-cecha_przed	AN	6,261	2,340	2	10	6	0,015*
	Kontrolna	4,938	0,954	3	6	5	
STAI-cecha_po	AN	6,435	2,191	3	10	6	0,005*
	Kontrolna	4,938	0,954	3	6	5	
STAI-cecha_przed	BN	5,818	0,603	5	7	6	0,006*
	Kontrolna	4,938	0,954	3	6	5	
STAI-cecha_po	BN	5,636	0,674	5	7	6	0,038*
	Kontrolna	4,938	0,954	3	6	5	

\*test U Manna Whitneya, \*\*Test Wilcoxona

Nie wykazano istotnych różnic w zakresie natężenia lęku stanu między osobami z jadłowstrętem i bulimią. Natężenie lęku stanu przy przyjęciu był wyższy u osób z rozpoznaniem jadłowstrętu niż u osób z grupy kontrolnej. W momencie wypisu chore te miały istotnie niższy poziom lęku stanu niż zdrowe dziewczęta.

Nie wykazano istotnych różnic między natężeniem lęku związanego z zaburzeniami odżywiania między osobami z grupy kontrolnej a osobami z grupy klinicznej przy przyjęciu do szpitala. Osoby z grupy klinicznej w momencie wypisu prezentowały istotnie wyższe natężenie lęku związanego z zaburzeniami odżywiania od osób z grupy kontrolnej. Porównanie natężenia lęku związanego z zaburzeniami odżywiania przed hospitalizacją i przy wypisie w obrębie grupy klinicznej nie wykazało istotnych różnic (Tabela 21).

Tabela 21. Natężenie lęku związanego z zaburzeniami odżywiania.

<b>Grupa</b>	<b>Średnie</b>	<b>Odch.std</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Mediana</b>	<b>Istotność statystyczna</b>
<b>BN</b>	39,727	9,931	20	55	40	p=0,0001*
<b>Kontrolna</b>	85,771	20,731	48	121	90,5	
<b>AN</b>	54,348	28,492	25	143	50	p=0,0001*
<b>Kontrolna</b>	85,771	20,731	48	121	90,5	

\*test U Manna Whitneya

Rodzice pacjentek z jadłowstrętem i bulimią znacznie wyżej ocenili natężenie lęku u swoich córek w porównaniu z rodzicami zdrowych dziewcząt (Tabela 22).

Tabela 22. Ocena natężenia lęku przez rodziców pacjentek.

Grupa	Średnie	Odch.std	Minimum	Maksimum	Mediana	Istotność statystyczna
Kliniczna przed	118,530	28,121	72	178	117	p=0,0001*
Kontrolna przed	85,771	20,731	48	121	90,5	
Kliniczna po	109,029	29,506	49	180	108	p=0,0001*
Kontrolna po	39,146	10,691	22	60	37	

\* test U Manna Whitneya

### 3.2.2 Ocena strategii radzenia sobie ze stresem u osób badanych.

Porównanie wyników grupy kontrolnej i wyników grupy klinicznej przy przyjęciu wskazuje na częstsze poszukiwanie kontaktów towarzyskich (CISS-PKT) przez osoby z grupy kontrolnej (Tabela 23).

Tabela 23. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Grupa	Średnie	Odch.std	Minimum	Maksimum	Mediana	Istotność statystyczna
Kliniczna CISS-PKT	5,265	2,478	1	10	5	0,0128*
Kontrolna CISS-PKT	6,813	2,811	3	10	8	

\* test U Manna Whitneya

Porównując wyniki grupy kontrolnej i klinicznej w momencie wypisu różnicy w tym zakresie nie obserwuje się (p=0,673).

Po zakończeniu hospitalizacji u osób z grupy klinicznej wzrosła tendencja do stosowania zadaniowej strategii radzenia sobie ze stresem (Tabela 24).

Tabela 24. Zadaniowe radzenie sobie ze stresem przed przyjęciem do szpitala i po hospitalizacji.

Grupa kliniczna	Średnie	Odch.std	Minimum	Maksimum	Mediana	Istotność statystyczna
<b>CISS-SSZ przed</b>	50,588	10,358	49,5	21	78	p=0,0252*
<b>CISS-SSZ po</b>	53	7,663	51,5	39	74	

\*test Wilcoxon

Osoby z rozpoznaniem bulimii w porównaniu do osób z jadłowstrętem zarówno przy przyjęciu, jak i po zakończeniu hospitalizacji oraz osób z grupy kontrolnej charakteryzował emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem (CISS-SSE) (Tabela 25). Nadto dziewczyny chore na bulimię w porównaniu do dziewczyn z jadłowstrętem częściej stosowały unikowe strategie radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie kontaktów towarzyskich (CISS-PKT) (p=0,041) oraz angażowanie się w czynności zastępcze (CISS-ACZ) (p=0,004).

Tabela 25. Porównanie wyników CISS-SSE przed i po zakończeniu hospitalizacji osób z grupy klinicznej.

Grupa	Średnie	Odch.std	Minimum	Maksimum	Mediana	Istotność statystyczna
<b>AN przed CISS-SSE</b>	5,217	1,906	1	9	5	p=0,0001*
<b>BN przed CISS-SSE</b>	8,455	1,293	6	10	8	
<b>AN po CISS-SSE</b>	46,043	9,315	34	70	43	p=0,0011*
<b>BN po CISS-SSE</b>	57,818	7,534	49	71	55	

\*test Wilcoxon



Na podstawie wyników testu JSR można stwierdzić, iż osoby z grupy kontrolnej częściej stosowały aktywne strategie radzenia sobie aniżeli osoby z zaburzeniami odżywiania. W obrębie grupy klinicznej obserwuje się wzrost wyników w zakresie koncentracji na emocjach oraz poszukiwania kontaktów towarzyskich po zakończeniu hospitalizacji.

Pacjentki z bulimią częściej od pacjentek z jadłowstrętem koncentrowały się na emocjach i poszukiwały kontaktów towarzyskich w celu zredukowania stresu. Zestawienie wyników testu JSR znajdują się w Załączniku 1.

### 3.2.3 Subiektywna ocena natężenia stresu przez osoby badane.

Osoby chore istotnie wyżej oceniały swoje natężenie stresu w porównaniu do osób zdrowych. Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym znacznie wyżej niż osoby zdrowe oceniały swój poziom stresu zarówno w momencie przyjęcia do szpitala, jak i wypisu (Tabela 26).

Tabela 26. Subiektywna ocena postrzeganego stresu przez osoby badane.

Zmienna	Grupa	Średnie	Odch.std	Min.	Maks.	Mediana	Istotność statystyczna
<b>PSS-10_przed</b>	Kliniczna	24,235	7,966	6	40	24	p=0,0114*
	Kontrolna	20,104	7,883	10	39	18	
<b>PSS-10_po</b>	Kliniczna	24,441	6,561	6	33	26,5	p=0,0025*
	Kontrolna	20,104	7,883	10	39	18	
<b>PSS-10_przed</b>	AN	24,478	7,862	10	40	24	p=0,0238*
	Kontrolna	20,104	7,883	10	39	18	
<b>PSS-10_po</b>	AN	25,043	6,385	12	33	27	p=0,0046*
	Kontrolna	20,104	7,883	10	39	18	

\*test U Manna Whitneya

### 3.2.4 Cechy osobowości typu D.

W grupie klinicznej obserwowano większe natężenie hamowania społecznego (HS) w porównaniu do grupy kontrolnej. Przy wypisie stwierdzono u pacjentek z zaburzeniami odżywiania mniejsze natężenie hamowania społecznego aniżeli przy przyjęciu na oddział. Osoby z rozpoznaniem bulimii prezentowały wyższe natężenie negatywnej emocjonalności (NE) i niższe hamowania społecznego od pacjentek z anoreksją (Tabela 27).

Tabela 27. Ocena natężenia cech osobowości typu D u osób badanych.

Zmienna	Grupa	Średnie	Odch.std	Min.	Maks.	Mediana	Istotność statystyczna
<b>DS-14- HS_przed</b>	Kliniczna	15,706	6,961	3	27	15	0,0045*
	Kontrolna	11,396	6,371	2	28	9,5	
<b>DS-14- HS_po</b>	Kliniczna	14,176	6,408	4	27	13,5	0,0388*
	Kontrolna	11,396	6,371	2	28	9,5	
<b>DS-14- HS_przed</b>	Kliniczna	15,706	6,961	3	27	15	0,0005**
		14,176	6,408	4	27	13,5	
<b>DS-14- NE_przed</b>	AN	9,783	4,166	5	21	9	0,0062*
	BN	18,364	8,382	6	27	20	
<b>DS-14- HS_przed</b>	AN	18,870	5,675	9	27	18	0,0001*
	BN	9,091	4,230	3	16	9	
<b>DS-14- NE_po</b>	AN	9,783	4,253	6	22	9	0,0063*
	BN	18,364	7,823	6	28	21	
<b>DS-14- HS_po</b>	AN	17,130	5,354	8	27	17	0,0000*
	BN	8,000	3,225	4	14	8	
<b>DS-14- NE_przed</b>	AN	9,783	4,166	5	21	9	0,0254*
	Kontrolna	13,021	6,173	2	24	12,5	
<b>DS-14- HS_przed</b>	AN	18,870	5,675	9	27	18	0,0000*
	Kontrolna	11,396	6,371	2	28	9,5	

\*test U Manna Whitneya; \*\*test Wilcoxon

### 3.2.5 Ocena związków między natężeniem lęku a strategiami radzenia sobie w grupie klinicznej.

Zbadano związki między poziomem natężenia lęku (x- zmienna niezależna- poziom lęku badane Kwestionariuszem STAI (STAI-stan, STAI-cecha), Kwestionariuszem do badania natężenia lęku u osób z zaburzeniami odżywiania (KBLZO), Skalą Objawów Lękowych R. Gittelman (lęk Gittelman). a strategiami radzenia sobie (y- zmienna zależna- strategie radzenia sobie ze stresem, poziom stresu oraz cechy osobowości typu D oceniane za pomocą Kwestionariusza CISS, JSR, PSS-10 oraz Skalą Typu D (DS-14 HS, DS-14 NE).

W grupie pacjentek z jądłowstrętem psychicznym uzyskano dodatnie korelacje między natężeniem lęku stanu i cechy a subiektywną oceną natężenia stresu, hamowaniem społecznym oraz ujemne między natężeniem lęku stanu i cechy a poszukiwaniem kontaktów towarzyskich (Tabela 28).

Tabela 28. Związki pomiędzy natężeniem lęku a strategiami radzenia sobie ze stresem u osób z jądłowstrętem psychicznym.

Zmienna		AN przed		AN po	
x	y	R*	p	R*	p
STAI stan	PSS-10	0,710	0,000	0,417	0,048
STAI stan	DS-14 HS	0,434	0,039	0,586	0,003
STAI cecha	PSS-10	0,680	0,004	0,426	0,043
STAI cecha	DS-14 HS	0,505	0,014	0,661	0,001
lęk Gittelman	CISS-ACZ	-0,491	0,017		
lęk Gittelman	PSS-10	0,882	0,000		
KBLZO	JSR-ARS SRS	0,509	0,013		
KBLZO	PSS-10	0,837	0,000	0,576	0,004
STAI cecha	CISS-PKT			-0,706	0,000
STAI stan	CISS-PKT			-0,535	0,008
KBLZO	JSR-PWS DRS			0,449	0,032
KBLZO	JSR-PWS SRS			0,542	0,008

\*współczynnik korelacji Spearmana

W grupie pacjentek z bulimią psychiczną uzyskano dodatnie korelacje między lękiem stanem i poszukiwaniem kontaktów towarzyskich oraz ujemną między lękiem cechą a poszukiwaniem wsparcia społecznego (Tabela 29).

Tabela 29. Związki pomiędzy natężeniem lęku a strategiami radzenia sobie ze stresem u osób z bulimią.

Zmienna		BN przed		BN po	
x	y	R*	p	R*	p
<b>STAI stan</b>	<b>JSR-PWS DRS</b>	0,686	0,020		
<b>STAI stan</b>	<b>JSR-PWS SRS</b>	0,741	0,009		
<b>STAI stan</b>	<b>PSS-10</b>	0,604	0,049		
<b>STAI cecha</b>	<b>JSR-PWS DRS</b>			-0,666	0,025

\*współczynnik korelacji Spearmana

## **Rozdział 4. Dyskusja.**

W mechanizmie powstawania zaburzeń odżywiania bierze udział szereg czynników biologicznych, społecznych i psychicznych. Nauką wyjaśniającą mechanizm powstawania zaburzeń psychicznych z naciskiem na identyfikowanie czynników pełniących rolę zasobów i stresorów jest psychopatologia rozwojowa. Zgodnie z jej założeniami, wzajemne oddziaływania tych czynników mogą przyjmować różne formy w zależności od etapu oraz kontekstu rozwoju jednostki.

Niniejszym badaniem objęto osoby w okresie adolescencji, charakteryzującym się występowaniem wielu ważnych zmian rozwojowych mogących prowadzić do utrwalenia się objawów psychopatologicznych bądź do wyzdrowienia.

Zgodnie z wyznaczonymi celami w pracy określono poziom natężenia lęku oraz scharakteryzowano strategie radzenia sobie ze stresem porównując osoby chorujące na zaburzenia odżywiania z osobami zdrowymi oraz uwzględniając różnice w wynikach badań między osobami z jadłowstrętem psychicznym i bulimią.

### **4.1 Charakterystyka grupy badanej.**

Większość osób badanych pochodziła z obszarów wiejskich. Prawdopodobnie ze względu na odległość od miasta, osoby badane spożywały posiłki najczęściej w domu. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania przyznawały, że nie jedzą posiłków w szkole, ale znacznie częściej jadły posiłki z rodziną. Pacjentki z jadłowstrętem, częściej od pacjentek z bulimią i osób zdrowych deklarowały spożywanie posiłków o stałych porach. Może to wskazywać na potrzebę kontrolowania ilości oraz godzin posiłków przez najbliższych w domu, ale także na sztywność w myśleniu i zachowaniu pacjentek oraz członków ich rodzin. Zgodnie z koncepcją koindywidualizacji (Stierlin 1981), proces dojrzewania nie przebiegnie prawidłowo, jeśli rozwój rodziców, polegający na elastycznym przekształcaniu się myślenia, odczuwania i zachowania nie będzie równoległy do rozwoju adolescenta. Z badań nad rodzinami osób z zaburzeniami odżywiania wynika, że rodzice mają niską tendencję do zmieniania wzorców zachowania i myślenia. Są nadopiekuńczy, stosują dezadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, mają trudności z nazywaniem i okazywaniem uczuć (Minuchin i wsp. 1978), co istotnie zakłóca proces indywidualizacji.

W niniejszym badaniu osoby z grupy klinicznej miały więcej rodzeństwa w porównaniu do grupy kontrolnej. Hipotetycznie można założyć, że ilość rodzeństwa ma wpływ na ilość uwagi poświęcanej uwagi każdemu z dzieci. Pojawienie się symptomów zaburzeń odżywiania jest momentem, w którym rodzice zaczynają poświęcać dziecku więcej uwagi, co utrwała objawy choroby. Anoreksja jest często pierwszym objawem buntu dorastającej dziewczyny, która do tej pory nie sprawiała większych problemów wychowawczych. Uwzględniając fakt, iż pacjentki charakteryzują się mniejszą umiejętnością korzystania ze wsparcia społecznego, można przypuszczać, że rzadziej dzielą się z rodzeństwem swoimi problemami.

Normą rozwojową w okresie adolescencji jest większa koncentracja na relacjach rówieśniczych oraz rozwijanie własnych zainteresowań. Wyniki badań do niniejszej pracy wskazują na dość ograniczone relacje społeczne pacjentek z zaburzeniami odżywiania, a nadto na niską motywację do inicjowania i podtrzymywania kontaktów towarzyskich. Pacjentki z bulimią swój czas wolny poświęcały głównie na korzystaniu z komputera i oglądaniu telewizji w przeciwieństwie do zdrowych nastolatek. Ze względu na dużą potrzebę osiągnięć, wysoki poziom intelektu oraz perfekcjonizm, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym czerpią satysfakcję z wyników szkolnych (za: Talarczyk 1998). Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że pacjentki z jadłowstrętem, które mniej czasu poświęcały telewizji i komputerowi, koncentrowały się w swoim wolnym czasie na uczeniu się. Zdrowe dziewczęta częściej deklarowały, że uprawiają sport. Lepiej od relacji z członkami rodziny, oceniały swoje relacje z rówieśnikami.

#### **4.2 Ocena natężenia lęku u osób z zaburzeniami odżywiania.**

Wyniki niniejszego badania potwierdzają hipotezę o wyższym natężeniu lęku-cechy w obrębie grupy klinicznej, a tym samym stałą dyspozycję do przeżywania lęku przez osoby z zaburzeniami odżywiania. Obecność lęku cechy u osób z zaburzeniami odżywiania jest niezależna od stanu niedożywienia (Wagner 2006). Jest ona w dużym stopniu uwarunkowana biologicznie. Badania nad neurobiologią zaburzeń odżywiania potwierdzają zakłócenia aktywności struktur OUN i AUN oraz zaburzenia w zakresie neuroprzeżywalności dopaminy i serotoniny (za Kaye 2003, 2007, 2013). W wykonanych przeze mnie badaniach potwierdzono u chorych obecność wysokiego natężenia lęku-cechy, co jest zgodne z wcześniejszymi

doniesieniami naukowymi i potwierdza istotność komponenty genetycznej w obrazie klinicznym zaburzeń jedzenia (m.in. Holtkamp K. i in., 2005; Stein i in., 2002).

Pacjentki pytane o powód niejedzenia w niniejszym badaniu podawały, że nie jedzą celowo, a pacjentki z jadłowstrętem twierdziły znacznie częściej, że nie odczuwają głodu. U pacjentek z jadłowstrętem psychicznym obserwuje się mniejszą niż u osób zdrowych aktywację wyspy, która odpowiada między innymi za integrację informacji interoceptywnych, a także za poczucie głodu (Nunn i in. 2008). Pacjentki z jadłowstrętem nie potrafią odróżnić pobudzenia emocjonalnego od fizjologicznego, mają większą podatność na przeżywanie lęku. Zarówno chore na zaburzenia odżywiania, jak i ich rodzice prezentują cechy aleksytymii i neurotyzmu (Zonneville-Bender i in., 2004). Ze względu na niską tolerancję własnych stanów emocjonalnych pacjentki podejmują działania mające na celu regulację emocji bądź ich unikanie poprzez kontrolę ilości przyjmowanego pokarmu (Fairburn i in. 2003). Sytuacje, w których pacjentki kontrolują ilość spożywanego pokarmu chwilowe daje im poczucie ulgi, co podtrzymuje objawy. Podobnie z napięciem radzą sobie osoby z zaburzeniami obsesyjno kompulsyjnymi, wykonując rytuały obniżają sobie lęk, ucząc się jednocześnie, że jest to jedyna skuteczna strategia radzenia sobie ze stresem, podtrzymując tym samym psychopatologię (za Bryńska 2007). Ze względu na ego syntoniczność objawów w przebiegu jadłowstrętu psychicznego oraz wysoki poziom lęku obserwuje się u pacjentek większą sztywność procesów poznawczych, emocjonalnych oraz zachowania. Na podstawie obserwacji klinicznych można założyć, że pacjentki z anoreksją mają wyższe, niż pacjentki z bulimią, natężenie lęku-cechy. Nie wykazano tej różnicy w niniejszych badaniach, co wynika prawdopodobnie z małej ilości osób z bulimią biorących udział w badaniu.

Lęk cecha koreluje dodatnio z neurotycznością, reaktywnością emocjonalną i perseweratywnością (Radomski 1982, Zalewska 2005). W dostępnym piśmiennictwie wykazano, że rodzice pacjentek z zaburzeniami odżywiania prezentują wyższy poziom lęku niż osoby zdrowe (Espina 2003). Na podstawie badań i obserwacji klinicznych stwierdzono w populacji rodziców osób z zaburzeniami odżywiania tendencję do nadopiekuńczości, obniżone kompetencje komunikacyjne, trudności z wyrażaniem emocji (Minuchin, Rosman, Barker 1978). Z uwagi na występowanie wysokiego poziomu lęku oraz cech osobowości lękowej rodzice będą modelować u swoich dzieci dezadaptacyjne zachowania służące regulacji emocji oraz radzenia

sobie w sytuacjach trudnych. Rodzice biorący udział w badaniu do przedstawionej pracy dostrzegali u swoich chorych córek więcej symptomów lęku niż rodzice zdrowych dziewcząt, ale z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że ich zachowanie skutkuje raczej wzmocnieniem poczucia niepokoju u ich dzieci. Jest to silny argument przemawiający za koniecznością psychoedukacji rodziców i włączania rodziców w proces terapeutyczny. Pomimo, że pacjentki generalnie dobrze oceniały swoje relacje z członkami rodziny zmiana kontekstu, możliwość obserwowania odmiennych zachowań mających na celu radzenie sobie ze stresem oraz wsparcie psychoterapeutyczne to czynniki istotnie wpływające na przebieg leczenia.

Pacjentki biorące udział w niniejszym badaniu istotnie wyżej oceniały natężenie lęku stanu w porównaniu do osób zdrowych w momencie przyjęcia do szpitala. Wiąże się to z samym faktem hospitalizacji, który jest sytuacją stresującą, ale prawdopodobnie także ze specyfiką leczenia zaburzeń odżywiania w systemie zamkniętym. Wprowadzenie technik behawioralnych takich jak kontrakt z pacjentem, w którym wszystkie możliwe do uzyskania na oddziale przywileje są uzależnione od przyrostu masy ciała podnosi lęk i budzi silny opór przeciwko leczeniu. Pacjentki są niejako zmuszone do rezygnacji z odmowy jedzenia, co stanowiło jedyną dostępną metodę obniżania napięcia i regulowania nastroju. Po zakończeniu hospitalizacji wysoki poziom lęku cechy u pacjentek utrzymywał się, co potwierdza ich stałą i wrodzoną dyspozycję do reagowania lękiem, ale natężenie lęku stanu było niższe u pacjentek w porównaniu do osób z grupy kontrolnej. Jest to zgodne z założeniem, że przyrost masy ciała, farmakoterapia i psychoterapia istotnie wpływają na regulację poziomu lęku. Warto rozważyć, czy obniżenie poziomu lęku stanu po zakończeniu hospitalizacji nie wynika także z przekonania niektórych pacjentek, że po wyjściu ze szpitala będą mogły wrócić do ograniczania ilości przyjmowanego pokarmu i podejmować inne strategie mające na celu obniżenie masy ciała. W niniejszych badaniach nie potwierdzono hipotezy o różnicy w natężeniu lęku cechy i lęku stanu w obrębie grupy klinicznej przed i po hospitalizacji, co może oznaczać, że czas leczenia zamkniętego jest za krótki na wprowadzenie znacznych zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym pacjentek oraz wynika z małej liczebności grupy pacjentek z rozpoznaniem bulimii. W obrębie grupy klinicznej obserwowano także wysoki poziom lęku związanego z zaburzeniami odżywiania, który nie obniżał się po zakończeniu



hospitalizacji. Wszystkie powyższe argumenty wskazują na konieczność kontynuowania leczenia w trybie ambulatoryjnym.

Wyższe natężenie lęku stanu u osób w grupie kontrolnej niż u pacjentek po zakończeniu hospitalizacji może wynikać z faktu, iż badane adolescentki ze względu na specyfikę okresu rozwojowego oraz stres związany z przygotowaniem do egzaminu maturalnego nie radzą sobie skutecznie z napięciem.

W związku ze stałą tendencją do reagowania lękiem, która jest wrodzona i wiąże się nieprawidłowym modelowaniem zachowań zaradczych przez opiekunów, u pacjentek z zaburzeniami odżywiania istnieje duże ryzyko zaburzeń procesu kształtowania się osobowości. W niniejszych badaniach potwierdzono hipotezę mówiącą, że osoby z zaburzeniami odżywiania prezentują więcej cech osobowości typu D. Wykazano również, że w grupie pacjentek z jadłowstrętem wysokie natężenie lęku koreluje dodatnio z poziomem hamowania społecznego, a ujemnie z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich. Pacjentki z jadłowstrętem charakteryzuje wyższy poziom hamowania społecznego, co oznacza, że powstrzymują się od wyrażania negatywnych emocji z obawy przed odrzuceniem ze strony innych ludzi. Skutkuje to izolowaniem się od otoczenia rówieśniczego, „oddzieleniem” od innych ludzi, unikania z nimi kontaktu, co uwzględniono w modelu dyskoneksji zaburzeń odżywiania (Tantillo, Kreipe 2011). Osoby z bulimią charakteryzuje negatywna emocjonalność, czyli skłonność do przeżywania negatywnych emocji. Oznacza to, że pacjentki z zaburzeniami odżywiania mają zwiększoną reaktywność na stres, osłabioną aktywność układu immunologicznego oraz tendencję do zachowań niekorzystnych dla zdrowia.

#### **4.2 Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania.**

Koncepcja stresu Lazarusa i Folkmana trafnie opisuje radzenie sobie ze stresem u osób zdrowych, które w procesie allostazy potrafią aktywnie i elastycznie dopasowywać się do zmiennych warunków i wymagań otoczenia ponosząc jak najmniejsze koszty psychologiczne i społeczne. Źródłem stresu dla chorych z zaburzeniami odżywiania są przede wszystkim zniekształcenia poznawcze podtrzymujące psychopatologię oraz biologicznie uwarunkowana podatność na

przeżywanie lęku. Obserwowane u osób z zaburzeniami odżywiania wysokie natężenie lęku, nawykowe zachowania, utrwalone wzorce reakcji neurobiologicznych to czynniki uniemożliwiające efektywne radzenie sobie ze stresem. Zgodnie z postawioną hipotezą osoby zdrowe częściej radzą sobie ze stresem w sposób aktywny i zadaniowy, co potwierdzają badania do niniejszej pracy.

Zgodnie z doniesieniami naukowymi potwierdzono hipotezy opisujące preferencję pacjentek z bulimią do radzenia sobie ze stresem w sposób unikowy i emocjonalny (Janzen i wsp. 1992). Strategie unikowe i oparte na emocjach uważa się za dezadaptacyjne, a stosowanie ich powoduje przeżywanie silnego napięcia (Endler i wsp. 1993, Hathaway i wsp. 1989, Rutherford i wsp. 1999). Osoby z tendencją do unikania mają przekonania dotyczące własnej bezradności, które wtórnie nasilają stres i obniżają samoocenę oraz poszukują jakiegokolwiek źródła wzmocnień pozytywnych (Moos 1993). Osoby z zaburzeniami odżywiania samoocena jest uzależniona prawie wyłącznie od przekonań na temat masy i kształtu ciała, stąd zachowania służące kontroli odżywiania stają się dla pacjentek często jedynym źródłem satysfakcji (Iniewicz 2005, Lobera i wsp.. 2009). Nadto zniekształcone i sztywne przekonania na temat wagi i wyglądu podtrzymują u pacjentek z zaburzeniami jedzenia napięcie emocjonalne, a unikanie jedzenia ma na celu zmniejszenie poziomu niepokoju (Fairburn i wsp. 2006). Pacjentki z bulimią w niniejszym badaniu deklarowały unikowe strategie radzenia sobie ze stresem w postaci poszukiwania kontaktów towarzyskich oraz angażowania się w czynności zastępcze. Większość osób z bulimią biorąca udział w tym badaniu pochodziła z rozbitych rodzin, rzadziej od dziewczyn z jadłowstrętem spożywała z rodziną posiłki, gorzej oceniała swoje relacje rodzinne. Znacznie lepiej od pacjentek z jadłowstrętem, pacjentki z bulimią oceniły swoje relacje z rówieśnikami. Jednocześnie deklarowały, że więcej czasu w ciągu dnia spędzają przy komputerze (być może jest dominująca forma nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych) i oglądając telewizję, co też potwierdzało by hipotezę o preferowaniu unikowego stylu radzenia sobie. Osoby z bulimią charakteryzuje mniejsze niż w przypadku pacjentek z jadłowstrętem nasilenie perfekcjonizmu (Brytek i wsp. 2008) i hamowania społecznego, co powoduje większą otwartość na poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Na podstawie badań własnych stwierdzono, że im wyższy poziom lęku cechy, stanu i lęku związanego z zaburzeniami odżywiania tym mniejsze prawdopodobieństwo

podejmowania strategii radzenia sobie: aktywnych i wymagających nawiązywanie kontaktu z innymi ludźmi.

W przeciwieństwie do dotychczasowych badań (m.in. Ghaderi, Scott 2000; Ghaderi 2002) nie wykazano, by pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu w porównaniu do osób zdrowych i pacjentek z bulimią preferowały unikowe strategie radzenia sobie ze stresem. Na podstawie wyników badań do niniejszej pracy można wnioskować, że w przypadku pacjentek z jadłowstrętem nie można mówić o specyficznej dla tego zaburzenia strategii radzenia sobie. Prawdopodobnie ze względu na usztywnienie procesów poznawczych, emocjonalnych i zachowania pacjentki błędnie identyfikują źródło swoich trudności, w efekcie czego nieprawidłowo oceniają swoje zasoby potrzebne do rozwiązania problemu (za Wilsdon i wsp. 2006). W takim razie trudno mówić o charakterystycznej strategii radzenia sobie ze stresem, a jedynie o próbach zredukowania wysokiego poziomu stresu, który pacjentki z jadłowstrętem oceniają wyżej niż pacjentki z bulimią i osoby zdrowe.

Z wyników badań własnych wynika, że osoby z zaburzeniami odżywiania po zakończeniu hospitalizacji prezentują większą gotowość do zadaniowego radzenia sobie ze stresem, aniżeli przy przyjęciu do szpitala. Głównym celem hospitalizacji jest rekonstrukcja wagi poprzez wprowadzenie stabilnego wzorca odżywiania, ale również rozpoczęcie pracy terapeutycznej nad uelastycznieniem myślenia i zachowania. W początkowej fazie leczenia ze względu na wzrost lęku zasadne wydaje się zastosowanie terapii usprawniania poznawczego mającej na celu przygotowanie pacjentek do dalszych form psychoterapii (Cwojdziańska, Markowska-Regulska, Rybakowski 2009), a bazującej na materiale o treści nie związanej z jedzeniem, wagą i kształtem ciała. Kontynuując leczenie w trybie ambulatoryjnym ze względu na liczne dysfunkcje w obrębie rodziny pochodzenia osób z zaburzeniami odżywiania, które nie są przez pacjentów ani ich rodziców interpretowane jako czynniki mające wpływ na przebieg choroby i rokowanie, w terapii osób z zaburzeniami jedzenia powinno się zwracać szczególną uwagę na jakość relacji terapeutycznej oraz modelowanie przez terapeutę adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Kluczowym elementem w terapii zaburzeń odżywiania jest psychoedukacja pacjentek i ich rodzin na temat mechanizmów wzbudzających i podtrzymujących lęk oraz wypracowanie repertuaru adaptacyjnych strategii radzenia sobie. Jedną z

zalecanych form leczenia zaburzeń odżywiania jest psychoterapia poznawczo-behawioralna (indywidualna lub/i grupowa) oraz terapia rodzinna. Terapia w paradygmacie poznawczo-behawioralnym jest najbardziej efektywną formą terapii psychologicznej w przypadku leczenia bulimii i zespołu gwałtownego objadania się (Fairburn, Harrison 2003). Jej głównym celem jest modyfikacja dezadaptacyjnych przekonań i schematów poznawczych oraz zachowań podtrzymujących objawy bulimii. Psychoterapia jadłowstrętu psychicznego jest znacznie utrudniona ze względu na egosyntoniczność objawów i trudności w obrębie funkcjonowania psychicznego, społecznego i biologicznego. Pacjentki funkcjonują w „oddzieleniu” od siebie i innych koncentrując się wyłącznie na objawach choroby (za Tantillo, Kreipe 2011). Izolują się od otoczenia, relacje rodzinne i rówieśnicze po zachorowaniu ulegają pogorszeniu. Na poziomie biologicznym obserwuje się deficyty w zakresie przetwarzania informacji, związane najprawdopodobniej z dysfunkcją wyspy (Nunn i in. 2011) oraz zaburzenia przekąźnictwa serotoniny, które mają istotny wpływ na procesy regulacji emocjonalnej (Kaye i in. 2009). Dlatego pacjentki z jadłowstrętem charakteryzuje niska samoświadomość i refleksyjność, w kontakcie z nimi można odnieść wrażenie jakby nie dostrzegały i nie rozumiały wpływu własnego sposobu myślenia na emocje, zachowania i reakcje fizjologiczne. Stanowi to dużą trudność w trakcie prowadzenia psychoterapii.

Reasumując, lęk jest głównym stresorem w obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania. Dysfunkcjonalne i sztywne przekonania dotyczące własnych deficytów i zasobów potrzebnych do poradzenia sobie w trudnych sytuacjach, które manifestują się dezadaptacyjnymi strategiami radzenia sobie ze stresem pełnią funkcję czynnika spustowego i podtrzymującego psychopatologię zaburzeń jedzenia.

Przedstawiona praca ma ograniczenia, z których najistotniejsze to mała liczebność grupy klinicznej, zwłaszcza w przypadku rozpoznania bulimii. Nadto wydawałoby się zasadne powtórzenie badania po dłuższym czasie od zakończenia hospitalizacji, by dowiedzieć się, czy chore i ich rodziny kontynuują leczenie oraz w jaki sposób wpływa to na rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem.

## **Rozdział 5. Wnioski.**

1. Osoby z zaburzeniami odżywiania prezentują wyższy poziom lęku cechy niż osoby zdrowe.
2. Nie stwierdzono różnic w obrębie grupy klinicznej w zakresie natężenia lęku cechy i stanu przed i po hospitalizacji.
3. Osoby z zaburzeniami odżywiania rzadziej niż osoby zdrowe stosują aktywne i zadaniowe sposoby radzenia sobie ze stresem.
4. Stwierdzono, że u pacjentek z bulimią, w porównaniu do pacjentek z jadłowstrętem i osób zdrowych dominuje styl na unikaniu i na emocjach.
5. Nie stwierdzono by u pacjentek z jadłowstrętem, w porównaniu do pacjentek z bulimią i osób zdrowych dominował styl skoncentrowany na unikaniu.
6. Nie stwierdzono by osoby z bulimią kończące hospitalizację częściej radziły sobie w sposób zadaniowy niż osoby z jadłowstrętem. Osoby z grupy klinicznej w porównaniu do grupy kontrolnej prezentowały większą tendencję do zadaniowego radzenia sobie ze stresem po zakończeniu hospitalizacji.
7. Osoby z zaburzeniami odżywiania w porównaniu do osób zdrowych prezentowały więcej cech osobowości typu D niż osoby zdrowe.

## Streszczenie

Brak umiejętności efektywnego radzenia sobie ze stresem pełni kluczową rolę w obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania. Osoby cierpiące na zaburzenia jedzenia częściej i intensywniej doświadczają lęku, który pełni funkcję głównego stresora podtrzymującego psychopatologię. Badania nad neurobiologią i genetyką zaburzeń odżywiania potwierdzają istnienie stałej dyspozycji do przeżywania lęku przez osoby z zaburzeniami odżywiania. Źródłem stresu u chorych są zniekształcenia poznawcze i biologicznie uwarunkowana podatność na przeżywanie lęku. Trudności w radzeniu sobie ze stresem wynikają z egosyntoniczności zaburzeń jedzenia oraz sztywności w myśleniu, działaniu i przeżywaniu emocji. **Cele badań własnych:** Określenie rodzaju strategii radzenia sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania z uwzględnieniem różnic między pacjentkami z jadłowstrętem i bulimią oraz zbadanie natężenie lęku cechy i stanu u pacjentek z zaburzeniami odżywiania z uwzględnieniem różnic między pacjentkami z jadłowstrętem i bulimią. **Metody:** Badania do niniejszej pracy przeprowadzono metodą kwestionariuszową za pomocą testów psychometrycznych: Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS; Skali Odczuwanego Stresu PSS-10, Skali "Jak sobie radzisz?"-JSR, Skali do Pomiaru Typu D-; Inwentarza Stanu i Cechy Lęku w wersji STAI i STAI-C, Skali Objawów Lękowych Rachel Gittelman oraz Kwestionariusza Osobowego i Kwestionariusza do Badania Lęku Związanego z Odżywianiem. Dodatkowo osoby badane wypełniały kwestionariusz osobowy, w którym pytano o wiek, wagę i wzrost (celem obliczenia wskaźnika BMI), miejsce zamieszkania, strukturę rodziny, sposób odżywiania, sposób spędzania wolnego czasu oraz ocenę relacji z członkami rodziny i rówieśnikami. **Osoby badane:** Badaniem objęto 82 osoby. Do grupy klinicznej zakwalifikowano 23 dziewczęta z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, 11 dziewcząt z rozpoznaniem bulimii psychicznej po raz pierwszy hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Grupa kontrolna to 48 uczennic gimnazjum i liceum ogólnokształcącego. **Wyniki:** Osoby z zaburzeniami odżywiania prezentują wyższy poziom lęku cechy niż osoby zdrowe, rzadziej niż osoby zdrowe stosują aktywne i zadaniowe sposoby radzenia sobie ze stresem, prezentowały więcej cech osobowości typu D niż osoby zdrowe. U osób z bulimią dominował styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu i na emocjach. Po zakończeniu hospitalizacji u

osób z grupy klinicznej obserwowano wzrost tendencji do zadaniowego radzenia sobie ze stresem.

## Summary

The inability to cope with stress plays a key role in the course of eating disorders. People that are effected by eating disorders are more likely to experience anxiety, symptoms can also be stronger. Anxiety is the main stressor/factor that maintains psychopathology. Studies of neurobiological and genetic aspects of eating disorders confirm that people who experience eating disorders are predisposed to anxiousness. The inability to deal with stress originates from the egocentric nature of eating disorders. Rigidness of thought, action and emotional experience are also factors. **Aim of Research:** 1)To identify strategies of dealing with stress by people with eating disorders taking into account differences between patience with anorexia nervosa and bulimia. 2)To identify the frequency, characteristics and state of anxiety associated with eating disorders taking into account differences between anorexia nervosa and bulimia. **Method:** Research was conducted by analyzing survey results in the following methods: Coping Inventory for stressfull situations, Perceived Stress Scale - 10, JSR "Jak sobie radzisz?", skala do Pomiaru Typu D. State-Trait Anxiety Inventory , Rachel Gittelman's Anxiety Inventory for Parents, and Anxiety in Eating Disorders Scale. Additionally, subjects completed personal questionnaires in which they stated their age, weight, height (inputs required to calculate the Body Mass Index (BMI)), place of residents, family structure, eating habits, ways of spending free time and evaluation of relations with family and peers. **Sample:** 82 Individuals:23 females with anorexia nervosa, 11 women diagnosed with bulimia. Members of this group were hospitalized for the first time due to eating disorders, 48 Junior High School and High School female students. **Results:** Individuals with eating disorders are more likely to show symptoms of anxiety than healthy individuals, are less likely to find ways of coping with stress, showed more characteristics common for Type D personalities than healthy individuals. A trend that can be observed amongst individuals with bulima is that their coping style was focused on avoidance and emotions. After hospitalization the clinical group showed a tendency to cope with in a task based manner.

## Spis tabel i wykresów.

Tabela 1. Statystyki opisowe grupy kontrolnej i klinicznej. Wiek i wskaźnik masy ciała BMI. ....	30
Tabela 2. Statystyki opisowe grupy klinicznej. Wiek i wskaźnik masy ciała BMI. ....	31
Tabela 3. Miejsce zamieszkania osób z grupy badanej.....	32
Tabela 4. Porównanie struktury rodziny w grupie klinicznej i kontrolnej. ....	33
Tabela 5 Porównanie struktury rodziny w grupie klinicznej.....	34
Tabela 6. Liczba rodzeństwa w grupie badanej.....	34
Tabela 7. Porównanie liczby rodzeństwa w grupie klinicznej i kontrolnej. ....	35
Tabela 8. Porównanie liczby rodzeństwa w grupie klinicznej.....	35
Tabela 9. Częstość posiłków spożywanych z rodziną. ....	36
Tabela 10. Miejsce spożywania posiłków. ....	36
Tabela 11. Pory spożywania posiłków. ....	37
Tabela 12. Rodzaj spożywanych posiłków. ....	38
Tabela 13. Powód niejedzenia.....	38
Tabela 14. Wpływ jedzenia na zdrowie.....	39
Tabela 15. Czas poświęcony na oglądanie telewizji.....	40
Tabela 16. Czas spędzany przy komputerze.....	41
Tabela 17. Uprawianie sportu.....	42
Tabela 18. Ocena relacji z członkami rodziny.....	43
Tabela 19. Kontakt z rówieśnikami. ....	44
Tabela 20. Natężenie lęku cechy u osób badanych. ....	45
Tabela 21. Natężenie lęku związanego z zaburzeniami odżywiania. ....	46
Tabela 22. Ocena natężenia lęku przez rodziców pacjentek. ....	47
Tabela 23. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich. ....	47
Tabela 24. Zadaniowe radzenie sobie ze stresem przed przyjęciem do szpitala i po hospitalizacji. ....	48
Tabela 25. Porównanie wyników CISS-SSE przed i po zakończeniu hospitalizacji osób z grupy klinicznej.....	48
Tabela 26. Subiektywna ocena postrzeganego stresu przez osoby badane. ....	49
Tabela 27. Ocena natężenia cech osobowości typu D u osób badanych. ....	50
Tabela 28. Związki pomiędzy natężeniem lęku a strategiami radzenia sobie ze stresem u osób z jądłowstrętem psychicznym.....	51



Tabela 29. Związki pomiędzy natężeniem lęku a strategiami radzenia sobie ze stresem u osób z bulimią. ....	52
Wykres 1. Miejsce zamieszkania osób z grupy badanej. ....	32
Wykres 2. Struktura rodziny osób z grupy badanej. ....	33
Wykres 3. Miejsce spożywania posiłków. ....	37

## **Bibliografia:**

1. Bruch H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. Basic Books, New York.
2. Bryńska A.(2007). Zaburzenia obsesyjno kompulsywne.Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.
3. Brytek A. (2006). Konsekwencje psychologiczne anoreksji: Poczucie własnej wartości, strategie radzenia sobie ze stresem oraz ekspresja złości. Psychoterapia 1 (136): 25-38.
4. Brytek-Matera A., Charzyńska E. (2008). Jak pacjentki z jadłowstrętem psychicznym radzą sobie ze stresem? Psychoterapia 4(147): 29-42.
5. Bulik C.M. (1995).Anxiety disorders and eating disorders: A review of their relationship. New Zealand Journal of Psychology 24:51-62.
6. Cierpiąłowska L. (2007). Psychopatologia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, str. 345-347.
7. Cierpiąłowska L, Sęk H. (2002). Orientacja na dobrostan i orientacja na cierpienie w rozwiązywaniu współczesnych problemów zdrowotnych. w: J. Brzeziński, H. Sęk (red.), Kolokwia Psychologiczne: Psychologia w obliczu zachodzących przemian społeczno-kulturowych (177-196). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
8. Costa P.T., Somerfield M.R., McCrae R.R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. W: Zeidner N.S., Endler N.S. (red) Handbook of coping: theory, research, applications. Wiley, Toronto.
9. Couturier J.L., Lock J. Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. Int J. Eating Disord. 39 (3): 212-216.
- 10.Cwojdzńska A., Markowska-Regulska K., Rybakowski F. (2009) Terapia usprawniania poznawczego w młodzieńczym jadłowstręcie psychicznym – opis przypadku. Psychiatr. Pol. 1 ,115–124.
- 11.Damasio A. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. Philos Trans R Soc Lond 35: 1413-1420.
- 12.Davis C., Kaptein S. (2005). Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research 142: 209-217.
- 13.Dellava J. (2010). Childhood anxiety associated with low BMI in women with

- anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 48:60-67.
14. Denollet J. (2005). DS-14: Standard assesment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic medicine* 67: 89-97.
  15. Endler N.S., Parker J.D., (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations CISS: Manual*. Toronto:Multi-Health Systems.
  16. Endler N.S., Parker J.D.A (1990). *Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
  17. Endler N.S., Parker J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology* 58: 844–854.
  18. Endler N.S., Parker J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology* 58: 844–854.
  19. Endler N.S., Parker J.D.A.,Butcher J.N. (1993).A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology* 49: 523-527.
  20. Espina A. (2003). Alexitimia in parents of daughters with eating disorders: it's relationship with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research* 55: 553-560.
  21. Fairburn C.G., Clark D.M (red.) (2006). *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*. Aliance Press, Gdynia.
  22. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 41: 509-528.
  23. Fairburn C.G., Harrison P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361:407-416.
  24. Fairburn C.G., Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 41(5), 509-528.
  25. Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Shetter C., DeLongis A., Gruen N.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* vol.50 (5), 992-1003.
  26. Freyberger H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexitimia. *Psychosomatics* 28: 180-190.
  27. Ghaderi A., Scott B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors of eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 104: 122-130.

28. Gittelman R. (1985). Anxiety disorders in children. *Advances in Clinical Child Psychology* Volume 8, 1985, pp 53-79.
29. Hathaway S.R., McKinley J.C. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
30. Hauser J., Rybakowski F., Samochowicz J., Czerny P. (2003). Wyniki badań genetycznych [W:] E. Hornowska (red.). *Temperamentalne uwarunkowania zachowania. Badania z wykorzystaniem kwestionariusza TCI R.C. Cloninger*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe. 136-149.
31. Heatherton T.F., Baumaister R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin* 110: 86-108.
32. Hendryx M.S., Haviland M.G., Shaw D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *J Pers Assess* 56: 227-37.
33. Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa, PWN, str.150.
34. Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
35. Holtkamp K, Mueller B, Heussen N. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *Eur J Adolesc Psychiatry* 14:106.
36. Horney K. (1993). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.
37. Hornowska E. (2003). *Temperamentalne uwarunkowania zachowania. Badania z wykorzystaniem kwestionariusza TCI R.C. Cloninger*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
38. Iniewicz G. (2005). Samoocena i jej związki z obrazem siebie u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychiatr. Pol.* 4; 719-729.
39. Januszewski A. Temperamentalne wskaźniki układów dopamin- oraz serotoninergicznego a poczucie dolegliwości somatycznych w świetle wyników badań młodzieży. W: Janowski K., Cudo A. (red.). (2009). *Człowiek chory. Aspekty Biopsychospołeczne. Tom 2*. Lublin: Centrum Psychologii i Pomocy Psychologicznej. 98-114.
40. Jurczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2004). Pomiar predyspozycji osobowościowych sprzyjających etiopatogenezie chorób. W: Kosińska-Dec K., Szewczyk L. (red.) *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*.

41. Kam W.K., Lee S. (1996). The variable manifestations and contextual meanings of anorexia nervosa: two case illustrations from Honk Kong. *Int J Eat Disord* 23: 227-231.
42. Kaye W. (2003). Anxiolytic effects of acute tryptophan depletion in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 33: 257-267.
43. Kaye W. (2008) Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology&Behavior* 94:121-135.
44. Kaye W. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in neuroscience* 36: 110-120.
45. Kępiński A. (2002). *Lęk*. Wydawnictwo Literackie, Kraków.
46. Koff E., Sangani P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders* 22: 51-56.
47. Lai K.Y.C (2000). Anorexia nervosa in Chinese adolescents-does culture make a difference? *Journal of Adolescence* 23:561-568.
48. Lazarus R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic medicine* 55: 234-247.
49. Lazarus R.S. (1993). From the psychological stress to emotions: the history of changing outlooks. *Annu.Rev.Psychol.*44, 1-21.
50. Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
51. Lobera I.J., Estebanez S., Fernandez M.J., Bautista E.A., Garrido O. (2009). Coping strategies in Eating Disorders. *Eur.Eat. Disorders Rev.* 17, 220-226.
52. Mangham, C., Mc Graht, P., Reid, G., Stewart M. (1995). *Resilience: Relevance to health promotion. Detailed analysis*. Dalgousie: Atlantic Health Promotion Centre.
53. Maruszewski T., Ścigała E. (1998). *Emocje-aleksytymia-poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
54. Mechanic D. (1962). *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation*. Free Press, New York 1962
55. Mechanic D. (1962). *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation*. Free Press, New York.
56. Miller P.S., Redlich A.D., Steiner H. (2003). The stress response in Anorexia Nervosa. *Child Psychiatry and Human Development* 33: 295-306.

57. Miller S.M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *J Pers Soc Psychol.* 1987 Feb;52(2):345-53.
58. Minuchin S., Rosman B., Barker L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge: Harvard University Press.
59. Moos R.H. (1993). *Coping Response Inventory: An update on research applications and validity (manual supplement).* Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
60. Nagai M., Kishi K., Kato S. (2007). Insular cortex and neuropsychiatric disorders: a review of recent literature. *Eur Psychiatry* 22: 387-94.
61. Nunn K., Frampton I., Fuglset T.S., Sonnevend M., Lask B. (2011) Anorexia nervosa and insula. *Medical Hypothesis* 76: 353-357.
62. Nunn K., Frampton I., Gordon I., Lask B. (2008). The fault is not in her parents but in her insula—a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. *Eur Eat Disor Rev* 16: 355-60.
63. Oldershaw A., Treasure J., Hambrook D., Tchanturia K., Schmidt U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review* 19 (6): 462-474.
64. Pallister E., Waller G. (2008) Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review.* 28 (3), 366-386.
65. Pandey R., Mandal M.K. (1996). Eysenckian personality dimensions and alexitymia: examining the overlap in terms of perceived autonomic arousal. *Pers Individ Differ* 20: 499-504.
66. Radomski L. (1982). Analiza powiązań temperamentalnych kandydatów do WOSL. W: Wrześniewski i in. (2006), str. 24.
67. Raney T. (2008). Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 41: 326-332.
68. Reykowski J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego.* PWN, Warszawa.
69. Rutherford A., Endler N.S. (1999). Predicting approach avoidance: the roles of coping styles, state anxiety, and situational appraisal. *Anxiety, stress and coping* 12: 63-84.
70. Selye H. (1956). *The stress of life.* McGraw-Hill, New York.

71. Selye H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill, New York.
72. Sexton M.C, Sunday S.R., Hurt S., Halmi K.A. (1998). The relationship between alexitimia, depression and axis II. *Int J Eat Disord* 23: 277-286.
73. Siwy, A., Kozak, B. (2004). Zespół stresu pourazowego i style radzenia sobie ze stresem – uwarunkowania genetyczne i środowiskowe szacowane metodą studiów rodzinnych. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 343-355). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
74. Smith E., Rieger E. (2010). An investigation of the effect of body dissatisfaction on selective attention toward negative shape and weight-related information.; *International Journal of Eating Disorders*. 43 (4), 358-364.
75. Stauder A., Semmelweis E. (2006). Characteristics of the hungarian version of Perceived Stress Scale (PSS). *Mentalhigiene es Psichoszomatika* 7: 203-216.
76. Stein D, Kaye W, Matsunaga H. (2002). Eating related concerns, moods, and personality traits in recovered bulimia nervosa patients: a replication study. *Int J Eat Disord* 32:225.
77. Sterling P, Eyer J (1988). Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. W: *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (Fisher S, Reason J), 629-649. New York, NY: J. Wiley & Sons.
78. Sternheim L., Startup H., Pretorius N., Johnson-Sabine E., Schmidt U., Channon S. (2012). An experimental exploration of social problem solving and its associated processes in anorexia nervosa. *Psychiatry Research* 200:524-529.
79. Stierlin H. (1981) *Separating parents and adolescents*. Jason Aronson, New York.
80. Strelau J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, str. 88–130.
81. Strelau J. Jaworowska A., Wrześniewski P., Szczepaniak P. (2009). *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Podręcznik do polskiej normalizacji*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa.
82. Strelau J. Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i*

- metodologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996: 88–130.
83. Strelau, J. (2002). Psychologia różnic indywidualnych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
84. Swinbourne J., Hunt C., Abbott M., Russell J., St Clare T., Touyz S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 46 (2), 118-31.
85. Swinbourne J., Hunt C. ; Abbott M., Russell J. ; St Clare T. ; Touyz S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 46 (2): 118-31.
86. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przeгляд Psychologiczny* 39: 187-210.
87. Talarczyk M. (1998). Rozwój intelektualny, potrzeba osiągnięć oraz poziom samoakceptacji u chorych z jadłowstrętem psychicznym. Rozprawa doktorska. Poznań.
88. Tantillo M., Kreipe R. (2011). Improving connections in adolescents across high-intensity settings for the treatment of eating disorders. W: *Eating disorders in children and adolescents*. Red. Grange D., Locke J. Guilford Press, str. 199-223.
89. Terelak J.F. (2001). Psychologia stresu, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz, str. 77.
90. Terelak J.F. (2001). Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz, str. 77.
91. Troop N.A., Holbrey A., Treasure J.L. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *Int J Eat Disord* 24: 157-166.
92. Troop N.A., Holbrey A., Trowler R., Treasure J.L. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182 (10): 535-540.
93. Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72, 6, 1162-1187.
94. Villa V., Manzoni G.M., Pagnini F., Castelnuovo G., Cesa G.L., Molinari E. (2009).



- Do coping strategies discriminate eating disorders individuals better than eating disorder features? An explorative study on female inpatients with anorexia and bulimia nervosa. *J Clin Psychol Med Settings* 16:297-303.
95. Wagner A. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ? *Int J Eat Disord* 39: 276-284.
96. Wilsdon A, Wade TD. Executive functioning in anorexia nervosa: Exploration of the role of obsessionality, depression and starvation. *J. Psychiatr. Res.* 2006; 40: 746–754.
97. Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A., Fecenec D. (2006). Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa. Wydanie trzecie, rozszerzone.
98. Zalewska E. (2005). Selekcja dowódców drużyn w Wojsku Polskim. Niepublikowana praca magisterska. W: Wrześniewski i in. (2006), str. 24.
99. Zonneville-Bender M.J.S., Van Goozen S.H.M, Cohen-Kettenis P.T., Jansen L.M.C., Van Elburg A., Van Engeland H. (2005). Adolescent anorexia nervosa patients have a discrepancy between neurophysiological responses and self reported emotional arousal to psychosocial stress. *Psychiatry Research* 135:45-52.

## **Spis skrótów**

AN (anorexia nervosa)-jadłowstręt psychiczny

BMI – wskaźnik masy ciała

BN (bulimia nervosa)-bulimia psychiczna

CISS-SSE – tendencja do emocjonalnego radzenia sobie ze stresem mierzona za pomocą Kwestionariusza CISS

CISS-SSU (ACZ/PKT) – tendencja do unikowego radzenia sobie ze stresem mierzona za pomocą Kwestionariusza CISS (Angażowanie się w czynności zastępcze/Poszukiwanie kontaktów towarzyskich)

CISS-SSZ – tendencja do zadaniowego radzenia sobie ze stresem mierzona za pomocą Kwestionariusza CISS

JSR-ARS (DRS/SRS) – tendencja do radzenia sobie ze stresem w sposób aktywny mierzona testem JSR (dyspozycyjny sposób radzenia sobie/sytuacyjny sposób radzenia sobie)

JSR-KE (DRS/SRS) – tendencja do radzenia sobie ze stresem poprzez koncentrowanie się na emocjach (dyspozycyjny sposób radzenia sobie/sytuacyjny sposób radzenia sobie)

JSR-PWS (DRS/SRS) – tendencja do radzenia sobie ze stresem poprzez poszukiwanie wsparcia społecznego (dyspozycyjny sposób radzenia sobie/sytuacyjny sposób radzenia sobie)

KBLZO – natężenie lęku badane za pomocą Kwestionariusza do badania natężenia lęku związanego z zaburzeniami odżywiania

Lęk Gittelman – natężenie lęku badane za pomocą Skali objawów lękowych Rachel Gittelman (wersja dla rodziców i opiekunów)

STAI-cecha - ocena natężenia lęku cechy za pomocą testu STAI

STAI-stan – ocena natężenia lęku stanu za pomocą testu STAI

## Załączniki

### Załącznik 1. Ocena strategii radzenia sobie ze stresem: aktywnej, emocjonalnej oraz poszukiwania wsparcia społecznego przez osoby badane.

Zmienna	Grupa	Średnie	Odch.std	Min.	Maks.	Mediana	Istotność statystyczna
<b>JSR-ARS_przed DRS</b>	Kliniczna	2	0,853	1	4	2	p=0,0023
	Kontrolna	2,604	0,869	1	4	3	
<b>JSR-ARS_przed SRS</b>	Kliniczna	2,235	0,955	1	4	2	p=0,0001
	Kontrolna	3,188	0,607	2	4	3	
<b>JSR-ARS_po DRS</b>	Kliniczna	2,118	0,880	1	4	2	p=0,0112
	Kontrolna	2,604	0,869	1	4	3	
<b>JSR-ARS_po SRS</b>	Kliniczna	2,382	0,888	1	4	2	p=0,0001
	Kontrolna	3,188	0,607	2	4	3	
<b>JSR-KE_po SRS</b>	Kliniczna	2,441	0,824	1	4	2	p=0,0259
	Kontrolna	2,917	0,846	2	4	3	
<b>JSR-KE_przed DRS</b>	Kliniczna	2,029	1,087	0	4	2	p=0,0091 Wilcoxon
<b>JSR-KE_po DRS</b>		2,412	0,821	1	4	2	
<b>JSR-PWS_przed DRS</b>	Kliniczna	2,088	1,083	0	4	2	p=0,0168 Wilcoxon
<b>JSR-PWS_po DRS</b>		2,529	0,896	0	4	3	

Zmienna	Grupa	Średnie	Odch.std	Min.	Maks.	Mediana	Istotność statystyczna
<b>JSR-PWS_przed SRS</b>	Kliniczna		2,029	1,000	1	4	p=0,0035 Wilcoxon
			2,794	1,095	1	4	
<b>JSR-KE_przed DRS</b>	AN	1,609	0,839	0	4	2	p=0,0016
	BN	2,909	1,044	1	4	3	
<b>JSR-PWS_przed DRS</b>	AN	1,696	0,974	0	4	1	p=0,0021
	BN	2,909	0,831	2	4	3	

Zmienna	Grupa	Średnie	Odch.std	Min.	Maks.	Mediana	Istotność statystyczna
<b>JSR- PWS_przed SRS</b>	AN	1,609	0,722	1	3	1	p=0,0006
	BN	2,909	0,944	2	4	3	
<b>JSR- ARS_przed DRS</b>	AN	1,913	0,900	1	4	2	p=0,0022
	Kontrolna	2,604	0,869	1	4	3	
<b>JSR- ARS_przed SRS</b>	AN	2,348	0,832	1	4	2	p=0,0001
	Kontrolna	3,188	0,607	2	4	3	
<b>JSR- KE_przed SRS</b>	AN	2,261	1,010	1	4	2	p=0,0071
	Kontrolna	2,917	0,846	2	4	3	
<b>JSR- PWS_przed DRS</b>	AN	1,696	0,974	0	4	1	p=0,0229
	Kontrolna	2,292	1,031	1	4	2	
<b>JSR- PWS_przed SRS</b>	AN	1,609	0,722	1	3	1	p=0,0019
	Kontrolna	2,5	1,149	1	4	2	

## Załącznik 2. Kwestionariusze użyte do badania.

### 2.1 Kwestionariusz osobowy

**Autor: Katarzyna Markowska-Regulska**

Data:

Inicjały pacjenta:

Wzrost/masa ciała przy przyjęciu:

Wzrost/masa ciała przy wypisie:

Miejsce badania:

Diagnoza(wg ICD-10 oraz DSM-IV-TR):

1. Data urodzenia.....

2. Płeć

M

K

3. Miejsce zamieszkania?

wieś

miasto poniżej 10tyś mieszkańców

powyżej 10tyś mieszkańców

4. Wykształcenie:

podstawowe

wyższe(kierunek?).....

średnie

uczeń szkoły.....

5. Obecnie:

jestem uczniem

pracuję

uczę się i pracuję

nie uczę się i nie pracuję

6. Rodzina:

pełna

zamieszkuję z jednym rodzicem

rodzice w separacji

nie mieszkam z rodzicami

7. Rodzeństwo:

tak:.....  nie

8. Czy w twojej najbliższej rodzinie występują choroby psychiczne(u kogo?jakie?):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. Czy jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty (jakiego?zjakiego powodu?od kiedy?):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10.Czy jesteś pod opieką psychologa lub psychoterapeuty(z jakiego powodu?od kiedy?):

.....  
.....  
.....  
.....

11.Gdzie najczęściej spożywasz posiłki:

w domu  w pracy  
 w szkole  w innym

miejscu.....

12.Czy zazwyczaj spożywasz posiłki o stałej porze?

tak

nie

13. Jeśli nie spożywasz danego posiłku, to dlaczego?

nie jestem głodna/głodny

nie zdążę zjeść

celowo nie jem

nie mam pieniędzy na

jedzenie

bo się odchudzam

14. Ile razy w tygodniu zazwyczaj spożywasz posiłki z rodziną?

1

3

5

7

2

4

6

15. Czy dzisiaj zjadłaś/zjadłeś śniadanie wychodząc z domu?

tak

nie

16. Czy według Ciebie spożywany pokarm ma wpływ na stan twojego zdrowia?

tak

nie

17. Ile czasu dziennie oglądasz telewizję?

poniżej 2 godzin

powyżej 2 godzin

18. Ile czasu spędzasz dziennie przy komputerze?

poniżej 2 godzin

powyżej 2 godzin

19. Najczęściej jem:

dania gotowe

kanapki i dania gotowe

kanapki

posiłki przygotowane w domu

20. Czy uprawiasz jakiś sport?

tak(jaki?):.....

nie



21. W jakim wieku pierwszy raz piłeś/piłaś alkohol?

.....  
.....

22. Czy kiedykolwiek używałeś/używałaś narkotyków/dopalaczy?

tak  nie

23. Czy palisz papierosy?

tak  nie

24. Czy jesteś zadowolony ze swojego sposobu spędzania wolnego czasu?

bardzo

średnio

mało

25. Mogę liczyć na wsparcie:

rodziców  nauczyciela

mamy  innego członka

rodziny:.....

taty

innych:.....

przyjaciela

26. Swój kontakt z członkami najbliższej rodziny oceniam generalnie jako:

bardzo dobry  słaby

dobry  beznadziejny

27. Swój kontakt z rówieśnikami oceniam generalnie jako:

bardzo dobry  słaby

dobry  beznadziejny

## 2.2 Kwestionariusz CISS

Norman S. Endler & James D.A. Parker

Imię i nazwisko ..... Data .....

Wiek ..... Płeć: M K

Wykształcenie.....

Zawód.....

INSTRUKCJA: poniższe zdania opisują różne reakcje ludzi na trudne, przykre, stresujące sytuacje. Otocz kółkiem właściwą odpowiedź przy każdym pytaniu. Określ w ten sposób, jak bardzo angażujesz się w te czynności, gdy znajdujesz się w trudnej, przykrej, stresującej sytuacji.

#		Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo
1	Lepiej planuję swój czas.	1	2	3	4	5
2	Koncentruję się na problemie i zastanawiam się, jak mogę go rozwiązać.	1	2	3	4	5
3	Myślę o czasach gdy było mi lepiej.	1	2	3	4	5
4	Staram się przebywać z innymi ludźmi.	1	2	3	4	5
5	Oskarżam się o zwlekanie.	1	2	3	4	5
6	Robię, to co uważam za najlepsze.	1	2	3	4	5
7	Jestem skupiony/a na swoich dolegliwościach fizycznych.	1	2	3	4	5
8	Winię siebie, że wpadłem/am w taką sytuację.	1	2	3	4	5
9	Włóczę się po sklepach.	1	2	3	4	5
10	Ustalam, co w danej sytuacji jest najważniejsze.	1	2	3	4	5
11	Staram się zasnąć.	1	2	3	4	5
12	Objadam się ulubioną potrawą.	1	2	3	4	5
13	Niepokoję się, że sobie nie poradzę.	1	2	3	4	5
14	Staję się bardzo napięty(a).	1	2	3	4	5
15	Myślę o tym, jak rozwiązywałem(am) podobne problemy w przeszłości.	1	2	3	4	5
16	Wmawiam sobie, że to w rzeczywistości nie dzieje się mnie.	1	2	3	4	5
17	Winię siebie, że zbyt się tym przejmuję.	1	2	3	4	5
18	Idę coś zjeść na mieście.	1	2	3	4	5
19	Staję się bardzo przygnębiony(a).	1	2	3	4	5

20	Kupuje sobie coś.	1	2	3	4	5
21	Wyznaczam sobie kierunek dziania i postępuję zgodnie z nim.	1	2	3	4	5
22	Obwiniam siebie za to, że nie wiem co zrobić.	1	2	3	4	5
23	Idę się zabawić.	1	2	3	4	5
24	Staram się zrozumieć sytuację.	1	2	3	4	5
25	„Zastygam w bezruchu” i nie wiem co zrobić.	1	2	3	4	5
26	Podejmuję natychmiast właściwe działania.	1	2	3	4	5
27	Analizuję sytuację i uczę się na własnych błędach.	1	2	3	4	5
28	Żałuję, że nie mogę zmienić tego co się stało, lub tego co odczuwałem(am) w związku z tym.	1	2	3	4	5
29	Odwiedzam przyjaciela.	1	2	3	4	5
30	Martwię się, jak sobie z tym poradzę.	1	2	3	4	5
31	Spędzam czas z bliską osobą.	1	2	3	4	5
32	Wychodzę na spacer.	1	2	3	4	5
33	Wmawiam sobie, że to się nigdy więcej nie powtórzy.	1	2	3	4	5
34	Skupiam się na swoich ogólnych brakach.	1	2	3	4	5
35	Rozmawiam z kimś, kogo rady sobie cenię.	1	2	3	4	5
36	Analizuję problem zanim zacznę działać.	1	2	3	4	5
37	Dzwonię do kolegi lub koleżanki.	1	2	3	4	5
38	Wpadam w złość.	1	2	3	4	5
39	Zmieniam kolejność spraw do załatwienia.	1	2	3	4	5
40	Oglądam film.	1	2	3	4	5
41	Dążę do kontrolowania sytuacji.	1	2	3	4	5
42	Podejmuję dodatkowy wysiłek, aby załatwić sprawę.	1	2	3	4	5
43	Podchodzę do problemu z różnych storn.	1	2	3	4	5
44	„Robię sobie wolne”, by uciec od problemu.	1	2	3	4	5
45	Wyładowuję się na innych.	1	2	3	4	5
46	Wykorzystuję sytuację, aby udowodnić, że potrafię tego dokonać.	1	2	3	4	5
47	Staram się tak zorganizować sprawy, aby zapanować nad sytuacją.	1	2	3	4	5
48	Oglądam telewizję.	1	2	3	4	5

## 2.3 Jak sobie radzisz?

Zygryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik

Imię i nazwisko/Inicjały

..... Data .....

Wiek ..... Płeć: M K

W sytuacjach trudnych i kłopotliwych można sobie różnie radzić. Jedną z takich sytuacji, która mogła Ci się przytrafić, opisano poniżej wraz z różnymi sposobami postępowania.

Zastanów się i odpowiedz szczerze na każde z 9 pytań.

Kolega/koleżanka urządza przyjęcie urodzinowe czy prywatkę. Zaprosił(a) całą klasę oprócz Ciebie i jest to dla ciebie poważny problem. **Co więc robisz w tej sytuacji? Otocz kółkiem właściwą odpowiedź.**

#		Prawie nigdy	Czasem	Często	Prawie zawsze
1	Zastanawiam się, jak poradzić sobie z tym problemem.	1	2	3	4
2	Płaczę lub złościę się.	1	2	3	4
3	Mówię najbliższemu koledze/koleżance, co się stało.	1	2	3	4
4	Wyciągam z tego wnioski i uczę się czegoś nowego.	1	2	3	4
5	Bardzo się tym przejmuję.	1	2	3	4
6	Proszę kogoś o pomoc.	1	2	3	4
7	Obmyślam plan postępowania w tej sytuacji.	1	2	3	4
8	Przypisuję sobie winę za to, co się stało.	1	2	3	4
9	Żalę się innym oczekuję zrozumienia.	1	2	3	4

Teraz przypomnij sobie poważny problem, czy też bardzo trudną sytuację, z którą miałeś/aś do czynienia w minionym roku (może dotyczy to kłopotów w szkole czy w domu, wiązało się z nieszczęściem czy chorobą). Jeżeli nie miałeś/aś poważnych problemów w ciągu ubiegłego roku – to wybierz ten najważniejszy i napisz krótko czego dotyczył. **A więc, mój problem dotyczy**

.....  
.....  
.....  
.....

**Jak postępowaleś w opisanej powyżej sytuacji? (otocz kółkiem właściwą odpowiedź)**

#		Zdecydowanie nie	Nie	Ani tak, ani nie	Zdecydowanie tak
1	Zastanawiałem się, jak poradzić sobie z tym problemem.	1	2	3	4
2	Płakałem lub złościłem się aby sobie ulżyć.	1	2	3	4
3	Mówiłem najbliższemu koledze/koleżance, co się stało.	1	2	3	4
4	Wyciągałem z tego wnioski i nauczyłem się czegoś nowego.	1	2	3	4
5	Bardzo się tym przejmowałem.	1	2	3	4
6	Prosiłem kogoś o pomoc.	1	2	3	4
7	Obmyślałem plan postępowania w tej sytuacji.	1	2	3	4
8	Przypisałem sobie winę za to, co się stało.	1	2	3	4
9	Żaliłem się innym, oczekując zrozumienia.	1	2	3	4

## 2.4 PSS 10

Sheldon Cohen, Tom Kamarck i Robin Mermelstein

Adaptacja: Zygryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik

Imię i nazwisko/Inicjały

..... Data .....

Wiek ..... Płeć: M K

Pytania zawarte w tej skali dotyczą Twoich myśli i odczuć związanych z doświadczanymi w ostatnim miesiącu zdarzeniami. W każdym pytaniu należy wskazać – jak często miałeś/aś i odczuwałeś/aś w podobny sposób. Mimo znacznych podobieństw są to różne pytania i każde z nich należy traktować oddzielnie. Najlepiej na każde pytanie odpowiadać w miarę szybko, wybierając tę odpowiedź, która wydaje się najbardziej trafna.

Otocz kółkiem właściwą odpowiedź przy każdym pytaniu.

#		Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bardzo często
1	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś/aś zdenerwowany/a, ponieważ zdarzyło się coś niespodziewanego?	0	1	2	3	4
2	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że ważne sprawy w twoim życiu wymykają się spod kontroli?	0	1	2	3	4
3	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś/aś zdenerwowanie i napięcie?	0	1	2	3	4
4	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś/aś przekonany/a, że jesteś w stanie poradzić sobie z problemami osobistymi?	0	1	2	3	4
5	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że sprawy układają się po twojej myśli?	0	1	2	3	4
6	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca stwierdzałeś/aś, że nie radzisz sobie ze wszystkimi obowiązkami?	0	1	2	3	4
7	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca potrafiłeś/aś opanować swoje rozdrażnienie?	0	1	2	3	4
8	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że wszystko ci wychodzi?	0	1	2	3	4
9	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca złościłeś/aś się, ponieważ nie miałeś/aś wpływu na to co się zdarzyło?	0	1	2	3	4
10	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że nie możesz przezwyciężyć narastających trudności?	0	1	2	3	4

## 2.5 Jak się czujesz?

C. D. Spielberg, T. Sosnowski i D. Iwaniszczuk

### STAIC SKALA C-1

Imię i nazwisko/Inicjały ..... Data .....

Wiek ..... Płeć: M K

INSTRUKCJA: Poniżej podane są różne stwierdzenia, przy pomocy których chłopcy i dziewczęta opisują samych siebie. Przeczytaj uważnie każde zdanie i zastanów się jak się czujesz **teraz, w tym momencie**. Przy każdym stwierdzeniu są do wyboru trzy odpowiedzi: **tak, raczej tak, nie**. Oznacz tą odpowiedź, którą wybrałeś. Nie zastanawiaj się zbyt długo nad żadnymi zdaniami. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Pamiętaj, że masz zaznaczyć to, jak czujesz się **w tej chwili**.

#		Tak	Raczej tak	Nie
1	Jestem zdenerwowany.	1	2	3
2	Czuje się swobodnie.	1	2	3
3	Jest mi wesoło.	1	2	3
4	Czuję się wypoczęty.	1	2	3
5	Boję się.	1	2	3
6	Czuję się radosny.	1	2	3
7	Martwię się.	1	2	3
8	Jestem zadowolony.	1	2	3
9	Jestem wystraszony.	1	2	3
10	Cieszę się.	1	2	3
11	Przejmuję się czymś.	1	2	3
12	Jest mi dobrze.	1	2	3
13	Jestem zakłopotany.	1	2	3
14	Jest mi przyjemnie.	1	2	3
15	Dręczy mnie coś.	1	2	3
16	Jest mi lekko.	1	2	3
17	Odczuwam radość.	1	2	3
18	Jestem przygnębiony.	1	2	3
19	Jestem w pogodnym nastroju.	1	2	3
20	Odczuwam niepokój.	1	2	3

## 2.6 Skala objawów lękowych Rachel Gittelman, wersja dla rodziców.

Tłumaczenie: Katarzyna Markowska-Regulska

Imię i nazwisko:.....Data:.....

Proszę określić stopień w jakim stwierdzenia opisują zachowania Waszego dziecka w ciągu ostatnich dwóch tygodni:

<b>Ocena:</b>			
1 = prawie nigdy			
2 = czasem			
3 = często			
4 = prawie zawsze			
1	2	3	4

		1	2	3	4
1	Jest mu trudno skupić się na czymkolwiek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Denerwuje się, kiedy ktoś patrzy jak coś robi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jest przekonany, że musi być we wszystkim najlepszy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czerwieni się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Lubi tylko znajomych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Inni robią te same rzeczy z większą łatwością niż on.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Chciałby zawsze wygrywać.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mamy wrażenie, że boi się wielu rzeczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ma przekonanie, że innym nie podoba się to co robi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sprawia wrażenie jakby czuł się samotny, nawet jeśli jest w towarzystwie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Z trudem przypomina sobie różne rzeczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Denerwuje się, kiedy coś idzie nie po jego myśli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Stale się zamartwia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Przejmuje się tym co mówią rodzice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



15	Jest uprzejmy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Łatwo wpada w złość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ma dobre maniery.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Pocą mu się ręce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Chodzi do toalety częściej niż rówieśnicy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Inne dzieci wydają się być szczęśliwsze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Przejmuję się tym co mówią o nim inni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ma trudności z przetykaniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Przejmuję się nieistotnymi szczegółami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Łatwo zranić jego uczucia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Jest przekonany, że zawsze trzeba postępować właściwie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Jest grzeczny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Martwi się tym, co ma się wydarzyć.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ma trudności z zasypianiem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Martwi się szkołą i ocenami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Łatwo go zranić.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Jest dla wszystkich miły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Jest prawdomówny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Przewiduje, że ktoś go skrytykuje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Boi się ciemności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Jest mu ciężko skoncentrować się na nauce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Nigdy nie wpada w złość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Martwi się, że będzie miał koszmary w nocy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Często robi coś, a potem żałuje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Miewa bóle głowy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Martwi się, że coś może się stać rodzicom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Nie wyraża się w sposób, w jaki nie powinien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42	Łatwo się męczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Uważa, że musi mieć zawsze dobre oceny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Miewa złe sny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Jest nerwowy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Nigdy nie kłamie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Martwi się, że coś mu się złego przytrafi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Ocena</b>	
<b>Suma punktów</b>	

## 2.7 Kwestionariusz do badania natężenia lęku związanego z odżywianiem

**Autor: Katarzyna Markowska-Regulska**

Data:.....

Inicjały pacjenta:.....

Diagnoza:.....

**Ocena:**

1 = prawie nigdy

2 = czasem

3 = często

4 = prawie zawsze

		1	2	3	4
1	Obawiam się, że wszystko co jem sprawia, że tyję.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Boję się przytyć.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Boję się, że kiedyś będę dorosła.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Boję się, że moje ciało zmienia kształt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Boję się dostać miesiączki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Boję się patrzeć w lustro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Boję się, że ktoś powie albo pomyśli, że jestem gruba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Boję się jedzenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Boję się zasnąć.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Boję się myśleć o przyszłości.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Odczuwam silny lęk przed jedzeniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Od kiedy pamiętam byłam/byłem załęczniony.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Na samą myśl, że zbliża się pora posiłku odczuwam silny lęk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Nie wiem, co robić , kiedy odczuwam silny lęk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Myślę o tym, jak wyglądam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16	Mam wyrzuty sumienia po jedzeniu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Myślę o tym, ile ważę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Boję się mieć chłopaka/dziewczynę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Boję się mieć w przyszłości dzieci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Boję się, że zagłodzę się na śmierć.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Boję się, że będę w przyszłości złą matką.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.8 Kwestionariusz DS-14

Wersja polska: Nina Ogińska-Bulik, Zygfryd Jurczyński I Johan Denollet

Data .....

Wiek ..... Płeć: M K

INSTRUKCJA: Poniżej znajduje się kilkanaście stwierdzeń, których ludzie często używają do opisu siebie. Po przeczytaniu każdego z nich należy otoczyć kółkiem cyfrę, odpowiadającą temu stwierdzeniu, które Ciebie najtrafniej charakteryzuje. Nie ma tu odpowiedzi dobrych ani złych, chodzi jedynie o trafne ujęcie własnych odczuć.

#		Falszywe	Raczej fałszywe	Trudno powiedzieć	Raczej Prawdziwe	Prawdziwe
1	Łatwo nawiązuję kontakty z innymi ludźmi.	0	1	2	3	4
2	Często przejmuję się drobiazgami.	0	1	2	3	4
3	Często rozmawiam z nieznanymi.	0	1	2	3	4
4	Często czuję się nieszczęśliwa.	0	1	2	3	4
5	Często jestem poirytowana.	0	1	2	3	4
6	W kontaktach z innymi ludźmi często czuję się zahamowana.	0	1	2	3	4
7	Wszystko widzę w ciemnych kolorach.	0	1	2	3	4
8	Z trudem jako pierwsza zaczynam rozmowę.	0	1	2	3	4
9	Często jestem w złym nastroju.	0	1	2	3	4
10	Jestem osobą zamkniętą w sobie.	0	1	2	3	4
11	Wolę raczej utrzymywać dystans wobec ludzi.	0	1	2	3	4
12	Często uświadamiam sobie, że czymś się martwię.	0	1	2	3	4
13	Często popadam w przygnębienie.	0	1	2	3	4
14	W towarzystwie brak mi tematów do rozmowy.	0	1	2	3	4

**Oznaczenia:** 0-falszywe, 1-raczej fałszywe, 2-trudno powiedzieć, 3-raczej prawdziwe, 4-prawdziwe

**Załącznik 3. Pismo wyjaśniające brak konieczności zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badań.**