

Syndrom gotowości anorektycznej – o potrzebie wczesnego rozpoznania restrykcji żywieniowych. Wyniki badań pilotażowych

Anorexia Readiness Syndrome – about the need for early detection of dietary restrictions. Pilot study findings

Beata Ziółkowska, Jarosław Ocalewski

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii

Summary

Aim. The pilot study aimed to determine the Anorexia Readiness Syndrome severity in a population of children aged 10 to 17 years according to general and sport class attendance.

Method. The following instruments were used: the *Anorexia Readiness Syndrome* inventory (SGA-12), to identify anorexic tendencies in adolescents aged 10 to 17 years, the *Eating Disorders in Youth – Questionnaire* (EDY-Q) inventory by Hilbert and van Dyck (the results of work on the Polish version of the instrument – in preparation) to assess eating disorders in children, and a questionnaire to obtain the respondents' details such as the date of birth, gender, chronic diseases, height and weight.

Results. In the study sample, a higher ARS severity was observed among the girls compared to the boys. Higher levels of anorexia readiness were seen in physically active subjects with a lower body mass index. The SGA-12 inventory does not correlate with the EDY-Q-PL, but factor I “anorexic tendencies and statements” demonstrates important relations to the total score of the EDY-Q-PL.

Conclusions. It seems that the SGA-12 inventory can help identify ARS children and adolescents (including boys) to a greater extent than the previous tool (*Questionnaire for testing individual attitude towards food*); it helps determine the severity of anorexic behaviours within two factors and suggests the areas of intervention aimed at psychoprevention.

Słowa kluczowe: syndrom gotowości anorektycznej, aktywność fizyczna, diagnoza

Key words: Anorexia Readiness Syndrome, physical activity, diagnosis

Wstęp

Anoreksja psychiczna jest zaburzeniem odżywiania, które nadal nęści wielu problemów psychiatrom, psychologom, lekarzom i innym specjalistom wspierającym pacjentów w procesie radzenia sobie z tą chorobą. Na świecie na anoreksję psychiczną cierpi średnio od 0,5% do 4% populacji, przy czym proporcje zachorowań u kobiet i mężczyzn zmieniły się z 9:1 do 6:4 [1, 2]. Podczas gdy w ciągu ostatnich dziesięcioleci ogólna zapadalność na anoreksję utrzymywała się na stałym poziomie, poszerzyła się grupa wysokiego ryzyka i obejmuje ona przede wszystkim dziewczęta w wieku 15–19 lat [3].

Zaburzenie to występuje we wszystkich krajach rozwiniętych oraz w państwach rozwijających się, takich jak np. Chiny czy Brazylia [4, 5]. Zdaniem niektórych badaczy [6] pewne grupy osób są szczególnie narażone na rozwijanie symptomów *anorexia nervosa* (np. uprawiające taniec, biegi, łyżwiarstwo, gimnastykę, ale też zaangażowane w modeling, aktorstwo, a ponadto studenci uniwersyteccy i inni, dla których szczupłość jest z różnych powodów istotna i nagradzająca).

W 2000 roku wprowadzono termin „syndrom gotowości anorektycznej” (SGA) [7], którego zdiagnozowanie może, choć nie musi, prowadzić do rozwoju pełnoobjawowej anoreksji. Powołanie tego konstruktu miało przede wszystkim uzasadnienie psychoprofilaktyczne, służąc wczesnemu rozpoznawaniu skłonności anorektycznych dzieci i młodzieży w pierwszej fazie adolescencji (do 17. r.ż.), po to, by ubiec ewentualny rozwój zaburzenia, ale nie tylko. Jak bowiem dowodzą badacze zajmujący się problematyką nieprawidłowych praktyk jedzeniowych w populacji wieku rozwojowego, skutki restrykcji żywieniowych i stosowania diet ograniczających bez kontroli medycznej czy dietetycznej mogą zakłócać prawidłowy rozwój oraz wzrost organizmu [8], stąd też sprawne rozpoznanie nieprawidłowości w tym zakresie oraz wdrożenie działań interwencyjnych wydaje się istotne dla wspierania zdrowia młodego pokolenia w ogóle.

W 2018 roku ze względu na szereg zmian społeczno-kulturowych, które mogą stwarzać ryzyko ujawniania wśród młodych osób problemów w sferze odżywiania, a także wzrost wiedzy m.in. na temat ortoreksji [9, 10], ARFID¹ [13, 14] czy innych rodzajów restrykcji jedzeniowych, opracowano nowe narzędzie diagnostyczne do rozpoznawania SGA. Przyjęto, że SGA to zespół wskaźników lokujących się przede wszystkim w poznawczej i behawioralnej sferze funkcjonowania jednostki oraz nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej, stosunku do własnego ciała i internalizowania przekazów medialnych dotyczących atrakcyjności fizycznej [7]. Założono, że uwarunkowania SGA są wieloczynnikowe, podobnie jak anoreksji psychicznej [15]. Tym samym wśród szeregu zmiennych istotnych dla kształtowania nieprawidłowości w sferze jedzenia wskazuje się normatywne dla okresu dojrzewania zainteresowanie cielesnością, specyficzne jej przeżywanie i kreowanie (także przez restrykcje jedzeniowe).

¹ ARFID (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*) to zaburzenie odżywiania wyodrębnione w klasyfikacji DSM-5 [11], polegające na ograniczaniu, unikaniu jedzenia mimo jego dostępności [12].

W amerykańskich trzyletnich badaniach mających na celu weryfikowanie znaczenia czynników kulturowych dla pojawienia się symptomów zaburzeń odżywiania w wieloetnicznej próbie 1103 uczennic w wieku dojrzewania [16] wykazano, że 2,9% z nich rozwinęło pełno- lub niepełnoobjawowe zaburzenia odżywiania, prezentując przy tym znaczne zaabsorbowanie szczupłym ciałem oraz podleganie presji społecznej i medialnej związanej z wyglądem. Na Ukrainie zarówno chłopcy, jak i dziewczęta utożsamiają samoocenę z zadowoleniem z własnego ciała [17]. Badanie młodszej młodzieży (11–15 lat) z Afryki Południowej potwierdziło demonstrowanie niezadowolenia z własnego ciała przez osoby w tym wieku i to nie tylko ze względu na nadmierną, ale też niedostateczną masę ciała [18], co ma być może związek z odmiennymi standardami piękna, męskości i kobiecości. Także w Indiach – w ocenie badaczy – młodzież jako grupa ma skłonność do oceniania siebie jako grubych i nieatrakcyjnych, a ponad 31% tej grupy społecznej zagrożona jest ryzykiem zaburzeń odżywiania [19]. W Polsce w jednym z nowszych badań [20] dowiedziono, że tylko 56% badanych gimnazjalistów i licealistów oraz 53% studentów uważało, że masa ich ciała jest w normie, przy czym chłopcy/młodzi mężczyźni częściej twierdzili, że są chudzi, natomiast dziewczęta/młode kobiety sądziły, że mają nadmierną masę ciała. Wykazano ponadto znaczny krytycyzm badanych nie tylko w stosunku do masy ciała, ale też wobec proporcji swojej sylwetki.

Zasadne wydaje się zatem twierdzenie, że dążenie do szczupłości i niezadowolenie z ciała zwiększają ryzyko zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży [21] oraz innych nieprawidłowych zachowań jedzeniowych i niekonstruktywnych sposobów regulacji masy ciała.

Obecnie młodzi ludzie są ponadto silnie zakorzenieni w świecie wirtualnym. Brosch [22] wyszczególniła powody, dla których nastolatki tak chętnie korzystają z mediów społecznościowych (*social media*). Jednym z nich była potrzeba ekspozycji własnego ciała i wizerunku. W świetle przytoczonych wyżej badań dokumentujących niezadowolenie młodych z własnej aparycji wynik ten jest z jednej strony dość zaskakujący. Z drugiej zaś silna potrzeba ekspozycji ciała w przestrzeni medialnej może jednocześnie motywować użytkowników mediów społecznościowych do osiągnięcia pożądanego kulturowo wizerunku.

Inni badacze wskazują [23], że intensywne korzystanie z *social media* podnosi ryzyko ekspresji zaburzeń odżywiania. Turner i Lefevre [24] podkreślają, że szczególnie aktywność na Instagramie, którego użytkownicy publikują m.in. fotografie „zdrowej żywności”, podnosi ryzyko zachowań ortorektycznych; co interesujące, zdaniem badaczek zagrożenia takiego nie stwarza żaden inny kanał i komunikator elektroniczny. Tiggemann i Slater [25] ustaliły, że liczba znajomych w serwisie Facebook jest z kolei powiązana m.in. z rozpoczęciem dążenia jego użytkowników do uzyskania szczuplejszej sylwetki. Potwierdzają to badania dotyczące podejmowania wirtualnych konwersacji typu *fat talk*² [26]. Tanner akcentuje dodatkowo, że młodzi ludzie dzielą się na ich łamach wiadomościami, które promują wręcz niebezpieczne

² Konwersacje typu *fat talk* to rozmowy realne i wirtualne, w których dana osoba wypowiada autodewaluujące twierdzenia dotyczące własnego wyglądu [26].

zachowania [27]. Badanie to potwierdziło, że wielu nastolatków idealizuje np. samobójstwo i depresję, a także ryzykowne diety i wymiotowanie (będące symptomami zaburzeń odżywiania), w efekcie czego – między innymi – w ciągu ostatniej dekady odnotowano 70% wzrost liczby samookaleczeń u 10–14-latków oraz 37% wzrost liczby epizodów wielkiej depresji [28].

Cel badania

Celem badania pilotażowego było określenie nasilenia syndromu gotowości anorektycznej wśród dzieci szkół sportowych oraz ogólnych zmodyfikowanym narzędziem do jego pomiaru (SGA-12). Istotne było także wyodrębnienie zachowań anorektycznych, które różnicują dzieci ze względu na płeć, przynależność do klasy sportowej bądź ogólnej, doświadczaną chorobę przewlekłą czy wskaźnik masy ciała.

Material i metody

U podstaw badań własnych leżały następujące założenia:

- W badanej próbie istnieje przynajmniej umiarkowane nasilenie symptomów SGA.
- Uczniowie klas sportowych prezentują większe nasilenie symptomów SGA niż uczniowie z klas ogólnych.
- Dziewczeta prezentują większe nasilenie symptomów SGA niż chłopcy.
- Symptomy SGA pozostają w związku z wartością wskaźnika BMI badanych osób.
- Obecność przewlekłej choroby nie różnicuje nasilenia symptomów SGA badanych osób.

Kluczowe zmienne to: syndrom gotowości anorektycznej – zmienna objaśniana; przynależność do klasy ogólnej lub sportowej – zmienna objaśniająca; płeć, wartość wskaźnika BMI, choroba somatyczna – zmienne objaśniające poboczne.

Badania przeprowadzono metodą papier–ołówki na łącznej nieklinicznej próbie 122 dzieci ze szkół podstawowych miasta Poznania, ale kompletne dane uzyskano od 116 osób (dziewczeta – 66%, chłopcy – 34%). Z listy szkół podstawowych i ponadpodstawowych wylosowano klasy o profilu ogólnym oraz sportowym. Następnie przeprowadzono badanie kwestionariuszowe – po uzyskaniu zgody władz szkoły, rodziców dzieci i samych uczniów. Wypełnianie testów odbywało się grupowo, wyłącznie w obecności badacza. Wiek respondentów zawierał się w przedziale od 10 do 17 lat ($M_{\text{wiek}} = 12,83$; $SD_{\text{wiek}} = 0,99$). Do klas sportowych należało 25% respondentów, 23% z nich chorowało przewlekłe, z czego większość na różnego rodzaju alergie. Wartość średniego wskaźnika masy ciała u wszystkich dzieci wyniosła $M_{\text{BMI}} = 19,10$ ($SD_{\text{BMI}} = 3,38$), u dziewcząt $M_{\text{BMI-Dz}} = 19,13$ ($SD_{\text{BMI-Dz}} = 3,96$) oraz $M_{\text{BMI-Chł}} = 19,05$ ($SD_{\text{BMI-Chł}} = 2,73$) u chłopców, co należy interpretować jako prawidłową masę ciała (normoważa: BMI = 18,5 do 24,99) [29]. Jednocześnie należy zaznaczyć, że aż u 14 dziewcząt odnotowano BMI,

które interpretujemy jako wygłodzenie ($BMI < 16,0$), przy czym wartość minimalna tego wskaźnika w badanej próbie wyniosła $BMI_{\text{MIN}} = 14,20$. W podgrupie chłopców stwierdzono 6 takich przypadków ($BMI_{\text{MIN}} = 13,69$). Otyłość pierwszego stopnia ($BMI = 30,0\text{--}34,99$) zaobserwowano u jednej badanej ($BMI = 30,85$), nadwagę ($BMI = 25,0\text{--}29,99$)³ wykazano także u jednej osoby ($BMI = 26,89$). Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych

| | Dziewczęta (n = 77) | Chłopcy (n = 29) | Razem (n = 116) |
|----------------------|---------------------|------------------|-----------------|
| Wiek M (SD) | 12,95 (0,96) | 12,59 (1,02) | 12,83 (0,99) |
| BMI M (SD) | 19,13 (3,69) | 19,06 (2,74) | 19,11 (3,39) |
| Klasa sportowa n | 12 (16%) | 17 (44%) | 29 (25%) |
| Choroba przewlekła n | 18 (23%) | 9 (23%) | 27 (23%) |

n – liczebność próby; M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

W badaniu zastosowano autorski inwentarz *Syndromu gotowości anorektycznej* służący do rozpoznawania skłonności anorektycznych osób w wieku od 10 do 17 lat. Opracowano go na podstawie *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia* [7]. Test w nowej postaci przeznaczony jest do diagnozowania stosunku do jedzenia, ciała oraz internalizacji norm atrakcyjności zarówno u dziewcząt, jak i chłopców. Narzędzie nosi nazwę SGA-12 i zawiera 12 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się przez udzielenie odpowiedzi „TAK” lub „NIE”. Twierdzenia zostały wyselekcjonowane z puli 30 roboczo sformułowanych zdań, a ostateczną ich listę wyłoniono na podstawie kryterium korelacji między określoną pozycją a całkowitym wynikiem sumarycznym (*item-total correlation*). Drugie kryterium doboru itemów stanowiła ich analiza treściowa. Część z nich opisywała zainteresowanie jedzeniem i dietami oraz aktywność w tym zakresie, część zaś czerpanie z mediów wzorców i motywacji do kreowania własnego wizerunku oraz kryteriów jego oceny. Konfirmacyjna analiza czynnikowa metodą składowych głównych potwierdziła założenia dotyczące analizy treściowej i pozwoliła na wyodrębnienie dwóch czynników: „sentencje i tendencje anorektyczne” (SiTA) oraz „internalizacja norm atrakcyjności” (INA) (tab. 2). Uproszczenie struktury czynnikowej zapewniono przez zastosowanie rotacji Varimax: ładunki czynnikowe wyniosły od 0,56 do 0,74 dla skali SiTA oraz od 0,55 do 0,85 dla skali INA. Czynniki wyjaśniają 51% całkowitej wariancji zmiennych. Rzetelność określono za pomocą współczynnika spójności wewnętrznej: alfa Cronbacha dla skali SiTA wyniosła 0,75, a dla skali INA osiągnęła 0,80, natomiast dla całego testu $\alpha = 0,83$.

³ Wyników średnich BMI nie odnoszono do siatek percentylowych, ponieważ próba składała się z osób o zróżnicowanym wieku.

Tabela 2. Operacjonalizacja zmiennej „zachowania anorektyczne”

| | CZYNNIK I: Sentencje i tendencje anorektyczne (SiTA) | | CZYNNIK II: Internalizacja norm atrakcyjności (INA) |
|---|---|----|---|
| 1 | Znam liczbę kalorii wielu produktów spożywczych | 7 | Szukam w Internecie/ reklamach/ prasie itp. zdjęć atrakcyjnych osób do naśladowania |
| 2 | Mam sporą wiedzę na temat najnowszych/ najmodniejszych diet | 8 | Styl życia osób z mediów jest dla mnie inspirujący |
| 3 | Wiem, jak najlepiej i najszybciej pozbyć się zbędnych kilogramów | 9 | Chcę wyglądać tak jak celebryci/idole |
| 4 | Wiele uwagi poświęcam dbaniu o siebie i swój wygląd | 10 | Uważam, że chłopcom bardziej podobają się szczupłe dziewczęta, a dziewczętom – szczupli chłopcy |
| 5 | Po obfitym posiłku i/lub gdy jestem niezadowolona(-y) ze swego wyglądu, zaczynam (więcej) ćwiczyć | 11 | Gdybym był(-a) szczuplejsza(-y) miał(-a)bym więcej znajomych |
| 6 | Czerpię z internetu, gazet i TV wiedzę na temat diet i sposobów modelowania sylwetki | 12 | Nie mam chłopaka/ dziewczyny/ przyjaciół, bo nie jestem zbyt atrakcyjna(-y) |

Odpowiedzi „tak” są diagnostyczne, zatem im wyższy wynik ogólny (min. 0, maks. 12), tym większe nasilenie syndromu gotowości anorektycznej (SGA). Wynik ogólny może być w różnym stopniu kształtowany przez wyróżnione czynniki (min. 0, maks. 6 pkt dla każdego czynnika), co wskazuje na sfery wymagające interwencji – „sentencje i tendencje anorektyczne” czy też „internalizację norm atrakcyjności”. Czas rozwiązywania kwestionariusza nie był limitowany (średnio wyniósł 7 minut).

W badaniach własnych zastosowano również inwentarz *Eating Disorders in Youth – Questionnaire* (EDY-Q) w polskiej wersji językowej (EDY-Q-PL), służący do pomiaru zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży, w tym symptomów ARFID – zaburzenia polegającego na unikaniu/ograniczeniu jedzenia. Porównanie materiału empirycznego uzyskanego za pomocą SGA-12 z wynikami diagnozy EDY-Q-PL umożliwiło ocenę trafności kryterialnej, która wyniosła $r = 0,38$ przy $p < 0,001$. Odnotowano niestety niską rzetelność EDY-Q-PL na próbie badanych ($\alpha = 0,51$), więc autorzy dostrzegają konieczność opracowania nowej metody pomiaru. Respondenci wypełnili także metryczkę, w której podawali następujące informacje: datę urodzenia, płeć, choroby przewlekłe, wzrost i masę ciała.

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu Statistica v13 (Stat-Soft, Kraków, Polska). Przyjęto jako znaczący poziom istotności (p) mniejszy od 0,05. Zmienne kategoryjne zostały przedstawione w postaci liczebności i procentów, natomiast zmienne ciągłe – w postaci średnich i odchyłeń standardowych. Ponadto w wypadku zmiennych ciągłych zweryfikowano normalność rozkładu za pomocą testu Shapiro-Wilka oraz sprawdzono skośność i kurtozę.

Wyniki

Średnie nasilenie syndromu gotowości anorektycznej u dzieci uzyskane za pomocą SGA-12 wyniosło $M_{SGA} = 7,39$ ($SD_{SGA} = 3,31$). Wyniki średnich nasileń poszczególnych zachowań anorektycznych wyniosły: $M_{SiTA} = 3,81$ ($SD_{SiTA} = 1,87$) dla tendencji i sentencji anorektycznych oraz $M_{INA} = 3,57$ ($SD_{INA} = 1,99$) dla internalizacji norm atrakcyjności. Korelacje *r*-Pearsona wykazały, że zmienne typu płeć, typ klasy, a także BMI korelują istotnie z wynikami uzyskanymi w testach SGA-12 oraz EDY-Q-PL. Również zastosowane testy dotyczące zachowań anorektycznych korelują istotnie między sobą (tab. 3).

Tabela 3. Zestawienie korelacji między zmiennymi branymi pod uwagę w badaniu

| Zmienne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|------------------------------------|----------|-----------------|--------|-------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1. Płeć ¹ | - | | | | | | | | |
| 2. Wiek | -0,01 | - | | | | | | | |
| 3. Typ klasy ² | -0,29*** | 0,08 | - | | | | | | |
| 4. Choroby przewlekłe ³ | 0,18 | -0,02 | -0,10 | - | | | | | |
| 5. BMI | -0,01 | 0,19* | 0,04 | -0,08 | - | | | | |
| 6. SiTA | 0,36*** | -0,06 | -0,17 | 0,18 | -0,06 | - | | | |
| 7. INA | 0,37*** | -0,08 | -0,16 | 0,07 | -0,28** | 0,51*** | - | | |
| 8. SGA-12 | 0,42*** | -0,08 | -0,19* | 0,13 | -20* | 0,86*** | 0,88*** | - | |
| 9. EDY-Q-PL | 0,27** | -0,06 | -0,10 | 0,02 | 0,11 | 0,20 | 0,45*** | 0,38*** | - |
| <i>M</i> (<i>SD</i>) | | 12,83 (0,99) | | | 19,11 (3,39) | 3,81 (1,87) | 3,57 (1,99) | 7,39 (3,31) | 9,86 (2,21) |

¹ Płeć: 1 – dziewczęta, 2 – chłopcy; ² Typ klasy: 1 – sportowa, 2 – ogólna; ³ Choroby przewlekłe: 1 – obecne, 2 – nieobecne; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; BMI – Body Mass Index; SiTA – wynik skali „sentencje i tendencje anorektyczne”; INA – wynik skali „internalizacja norm atrakcyjności”; SGA-12 – wynik kwestionariusza Syndrom gotowości anorektycznej, składającego się z 12 pozycji; EDY-Q-PL – wynik kwestionariusza do badania zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży, składającego się z 14 pozycji.

Dane zawarte w tabeli 3 dotyczące korelacji dały podstawy do sprawdzenia hipotez na temat występowania różnic w zakresie zachowań anorektycznych. Wyniki zastosowania testów *t*-Studenta w zależności od płci, typu klasy oraz obecności choroby przewlekłej przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki testów t-Studenta w zależności od płci, typu klasy oraz obecności choroby przewlekłej u badanych osób

| Czynniki | Płeć | | t(df) | Typ klasy | | t(df) | Choroba przewlekła | | |
|----------|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------|----------------------------|-----------------------------|---------------|
| | M _{Dz} (SD) | M _{Chł} (SD) | | M _{Sport} (SD) | M _{Ogólna} (SD) | | M _{Przew} (SD) | M _{Zdrowa} (SD) | t(df) |
| SiTA | 3,36 (1,85) | 4,76 (1,55) | 4,12 (120)*** | 4,37 (1,56) | 3,66 (1,93) | 1,82 (119) | 3,29 (1,96) | 3,97 (1,83) | 1,71 (120) |
| INA | 3,07 (1,92) | 4,64 (1,72) | 4,35 (120)*** | 4,13 (2,05) | 3,40 (1,96) | 1,77 (119) | 3,36 (1,98) | 3,64 (2,00) | 0,65 (120) |
| SGA-12 | 6,43 (3,10) | 9,41 (2,81) | 5,09 (120)*** | 8,50 (3,05) | 7,05 (3,32) | 2,11 (119)* | 6,64 (3,63) | 7,61 (3,19) | 1,36 (120) |
| EDY-Q-PL | 9,44 (2,23) | 10,77 (1,89) | 3,19 (120)** | 10,30 (1,99) | 9,74 (2,28) | 1,21 (119) | 9,86 (2,01) | 9,87 (2,28) | 0,03 (120) |

SiTA – sentencje i tendencje anorektyczne; INA – internalizacja norm atrakcyjności; SGA-12 – Syndrom gotowości anorektycznej; EDY-Q-PL – kwestionariusz do badania zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży; M_{Dz} – wynik średniej dziewcząt; M_{Chł} – wynik średniej chłopców; t – wynik testu t-Studenta; df – stopnie swobody; SD – odchylenie standardowe; M_{Sport} – wynik średniej osób z klasy sportowej; M_{Ogólna} – wynik średniej osób z klasy ogólnej; M_{Przew} – wynik średniej osób chorujących przewlekłe; M_{Zdrowa} – wynik średniej osób zdrowych; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Wyniki dokumentują, że w badanej populacji odnotowano istotne statystycznie korelacje między aktywnością sportową a nasileniem syndromu gotowości anorektycznej. Zastosowany test istotności różnic wykazał, że osoby intensywnie zaangażowane w sport ujawniają większe nasilenie zachowań anorektycznych ($M_{Sport} = 8,50$; $M_{Ogólna} = 7,05$; $t(df) = 2,11(119)$; $p < 0,05$). Co niezwykle interesujące – wbrew naszym oczekiwaniom w badanej próbie wyższe nasilenie zachowań anorektycznych wykazali chłopcy ($M_{Dz} = 6,43$; $M_{Chł} = 9,41$; $t(df) = 5,09(120)$; $p < 0,001$). Odnotowano ponadto, że nie istnieje różnica w nasileniu SGA między osobami z chorobą chroniczną a osobami zdrowymi. Analiza wyników pozwala twierdzić, że im wyższa masa ciała, tym mniejsze nasilenie zachowań anorektycznych mierzonych za pomocą SGA-12 ($r = -0,20$; $p < 0,05$). Co istotne dla struktury czynnikowej narzędzia SGA-12, tylko jeden czynnik INA koreluje ujemnie z BMI ($r = -0,28$; $p < 0,05$). Ustalono także, że suma wyników uzyskana narzędziem SGA-12 koreluje z wynikiem w inwentarzu EDY-Q-PL ($r = 0,38$; $p < 0,001$). Wartościowe poznawczo wydaje się jednak to, że odnotowano związek między czynnikiem INA z inwentarza SGA-12 a EDY-Q-PL ($r = 0,45$; $p < 0,001$), co może się okazać przydatne podczas różnicowania problemów w sferze odżywiania. O ile bowiem dla osób ujawniających skłonności do zaburzeń odżywiania (ARFID, *pica*, neofobia żywieniowa) charakterystyczne są restrykcje pokarmowe i/lub nietypowe zachowania jedzeniowe, o tyle z reguły nie obserwuje się u nich ograniczeń w jedzeniu powodowanych internalizacją norm atrakcyjności. Stąd najprawdopodobniej jedynie czynnik SiTA (sentencje i tendencje anorektyczne) korelował z wynikami EDY-Q.

Dyskusja

Podstawowym celem badań było ustalenie nasilenia SGA w badanej próbie. Wobec braku norm o podwyższonym SGA mierzonym kwestionariuszem SGA-12 możemy mówić, jeśli wynik od średniej w klasach ogólnych (7,05) odchyłony jest o jedno odchylenie standardowe, czyli o 3,32, zatem jeśli osoba diagnozowana uzyska wynik 10,37 lub więcej. W klasach sportowych rozpoznano 31%, natomiast w ogólnych 19% osób z podwyższonym SGA.

Chytra-Gędek i Kobierecka [30] zdiagnozowały podwyższone wartości gotowości anorektycznej u 6,5% badanej próby, składającej się z 92 osób płci żeńskiej w wieku od 14 do 26 lat z województwa kujawsko-pomorskiego. Wyniki badań Nowak [31] wykazały, że w grupie młodzieży między 15. a 19. rokiem życia to starsi (17–19 lat) cechowali się istotnie wyższym nasileniem skłonności anorektycznych. Ponadto była ona wyraźniejsza u dziewcząt niż chłopców. Dane te znajdują potwierdzenie w doniesieniach innych autorów [32–34]. W 2015 roku opisano wyniki badań 203 dziewcząt i w tej grupie wyłoniono 31 osób ujawniających SGA [35]. Dowiedziono też, że istnieją istotne statystycznie zależności między elementami motywacji osiągnięć a komponentami syndromu gotowości anorektycznej oraz że dziewczęta z SGA mają wyższe wskaźniki m.in. w zakresie konkurencyjności, zaangażowania i ambicji. Najnowszą próbę oceny nasilenia SGA wśród młodych kobiet podjęto w 2018 roku [36]. W badaniu o charakterze pilotażowym wzięły udział 24 kobiety z SGA i 55 uczennic bez symptomów tego syndromu. Wykazano, że SGA jest silnie powiązany z samodyscyplinowaniem się dziewcząt.

Drugie założenie dotyczyło wykazania różnego nasilenia SGA ze względu na przynależność do klasy sportowej lub ogólnej. Przywidywano, że wyższe nasilenie SGA będzie dotyczyło uczniów klas sportowych. Założenie to znalazło potwierdzenie. Tezę tę pozytywnie weryfikowali dotąd inni badacze, którzy m.in. dokonywali porównania zachowań anorektycznych wśród tancerek w zależności od poziomu gotowości do anoreksji [37]. U tancerek w badanej próbie zaobserwowano większe nasilenie niepożądanych zachowań żywieniowych w stosunku do grupy kontrolnej, a ponadto wykazano, że nieprawidłowości w tym zakresie rosną wraz ze wzrostem nasilenia SGA. Kilka lat później oceną zachowań anorektycznych wśród 324 studentek turystyki i rekreacji zajęli się Chalcarz i wsp. [38]. Materiał empiryczny wskazał, że co czwarta aktywna młoda kobieta prezentowała wysokie nasilenie SGA, deklarując intensyfikację ćwiczeń fizycznych przy jednoczesnej tendencji do ograniczania jedzenia, a także stosowanie rozmaitych form redukcji masy ciała i znaczną wiedzę żywieniową na temat kaloryczności produktów spożywczych. Ołpińska-Lischka [39] w badaniach realizowanych na próbie 156 niemieckich i polskich tancerek wykazała, że u większości z nich rozpoznano umiarkowane i wysokie nasilenie SGA.

Trzecia teza stojąca u podstaw badań własnych dotyczyła zależności SGA i płci. Przewidywaliśmy, że wyższe wskaźniki w tym zakresie uzyskają dziewczęta. Założono, że w związku z presją standardów piękna adresowanych szczególnie do dziewcząt/kobiet oraz ze względu na wyższe wskaźniki anoreksji psychicznej u dziewcząt [2, 3] to one właśnie będą ujawniały większe nasilenie SGA. Nasze założenie okazało się

błędne. W badanej próbie to chłopcy wykazali wyższy poziom gotowości anorektycznej. Kolarzyk i wsp. [40] odnotowali wprawdzie, że niezadowolenie ze swojego wyglądu zewnętrznego i wysoki poziom SGA przejawiała niemal połowa spośród 456 ankietowanych uczennic oraz mniej więcej $\frac{1}{3}$ spośród 351 uczniów, jednak zasadniczo badania dotyczące SGA realizowane były dotąd w populacji dziewcząt i kobiet, dopiero aktualna wersja kwestionariusza pozwala na diagnozowanie chłopców.

Czwarte założenie uwzględniało związki SGA ze wskaźnikami BMI. Wydaje się, że realne wskaźniki masy ciała nie pozostają w związku z zachowaniami anorektycznymi, jednak subiektywna jej ocena i (nie)zadowolenie w tym zakresie mają znaczący udział w ekspresji syndromu. W badaniach własnych okazało się, że wyższe wskaźniki gotowości anorektycznej pojawiają się u osób z niższymi wskaźnikami masy ciała. Wyniki badań Brytek-Matery i Rybickiej-Klimczyk [36] dokumentują, że kobiety z syndromem gotowości anorektycznej mają gorszy obraz siebie, są silnie zorientowane na ciało i mają tendencję do zniekształcania wyobrażeń o nim, w tym o jego masie i proporcjach. W 2015 roku opublikowano materiał badawczy na temat występowania SGA u 238 dziewcząt identyfikujących się z ruchem „pro-ana” [41] – u 52,1% ankietowanych stwierdzono wtedy niedobór masy ciała, blisko połowa badanej grupy zadeklarowała, że korzysta z preparatów wspomagających odchudzanie lub prowokuje wymioty po jedzeniu, a prawie 60% zaznacza, że bez względu na aktualną masę ciała pragnie, by była ona niższa.

Ostatnią weryfikowaną kwestią były zależności między nasileniem SGA a obecnością choroby przewlekłej. Okazało się, że zgodnie z przewidywaniem kondycja somatyczna nie różnicuje osób pod względem nasilenia SGA, co potwierdziły badania własne. Być może jednak syndrom ten wyraźniej zaznaczy się u osób, których schorzenie wpływa niekorzystnie na wizerunek i w efekcie poczucie atrakcyjności czy też sprzyja subiektywnemu poczuciu utraty kontroli nad masą ciała (np. cukrzyca). Dla przykładu Jaros i Osza [42] sprawdzały poczucie umiejscowienia kontroli u dziewcząt z SGA. Badana próba składała się z nastolatek w wieku od 13 do 18 lat rekrutujących się z losowo wybranych pięciu publicznych gimnazjów i liceów. Wyniki badań udokumentowały, że osoby z SGA charakteryzowały się większym zewnętrznym umiejscowieniem kontroli w stosunku do dziewcząt bez wskaźników tego syndromu. Jednocześnie stwierdzono, że zachowania anorektyczne mogą stać się sposobem uzyskania kontroli, odzyskania kontroli utraconej czy też dotychczas ograniczanej.

Wnioski

Przywołane przykłady badań z ostatniej dekady wskazują na to, że zainteresowanie badaczy konstruktem SGA jest znaczne i utrzymuje się od wielu lat. Naszym zdaniem może mieć on istotne znaczenie szczególnie w badaniach przesiewowych, dla wyłonienia grup ryzyka w zakresie nieprawidłowych zachowań jedzeniowych i stosunku do swego ciała oraz internalizacji wzorców piękna, a także w różnicowaniu zachowań typu ortorektycznego oraz ARFID. W takim też kierunku planujemy prowadzenie dalszych badań.

Piśmiennictwo

1. Diamanti J, Townsend GC. *New standards for permanent tooth emergence in Australian children*. Austr. Den. J. 2003; 48(1): 39–42.
2. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. *Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors*. Curr. Opin. Psychiatry 2016; 29(6): 340–345.
3. Smink FRE, Hoeken van D, Hoek HW. *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*. Curr. Psychiatry Rep. 2012; 14(4): 406–414.
4. Yu J, Lu M, Tian L, Lu W, Meng F, Chen C i wsp. *Prevalence of disordered eating attitudes among University students in Wuhu, China*. Nutr. Hosp. 2015; 32(4): 1752–1757.
5. Pegado P, Alckmin-Carvalho F, Leme D, Carneiro F, Kypriotis P, Camacho P i wsp. *Development, applicability and effects of a pilot program of group cognitive-behavioral therapy in Brazilian adolescents with anorexia nervosa*. Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo) 2018; 45(3): 57–60.
6. Mehler PS, Brown C. *Anorexia nervosa – Medical complications*. J. Eat. Disord. 2015; 3(1): 11.
7. Ziółkowska B. *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt i młodych kobiet*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji HUMANIORA; 2000.
8. Kulkarni AA, Swinburn BA, Utter J. *Associations between diet quality and mental health in socially disadvantaged New Zealand adolescents*. Eur. J. Clin. Nutr. 2015; 69(1): 79–83.
9. Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E-C. *Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome*. J. Qual. Health Care 2015; 10(1): 26799.
10. Myoung-Ho H, Ji-Yeon S, Hye-Hyun C. *Diagnosis of orthorexia nervosa: A literature review*. Korean J. Health Psych. 2017; 22(2): 239–255.
11. American Psychiatric Association (APA). *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition*. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
12. Ziółkowska B. *Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów – rozważania w świetle wyników badań*. Pediatr. Pol. 2017; 92(6): 733–738.
13. Zucker NL, LaVia MC, Craske MG, Foukal M, Harris AA, Datta N i wsp. *Feeling and body investigators (FBI): ARFID division – An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID*. Int. J. Eat. Disord. 2019; 52(4): 466–472.
14. Bryant-Waugh R, Micali N, Cooke L, Lawson EA, Eddy KT, Thomas JJ. *Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22*. Int. J. Eat. Disord. 2019; 52(4): 378–387.
15. Le Grange D. *Elusive etiology of anorexia nervosa: Finding answers in an integrative biopsychosocial approach*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2016; 55(1): 12–13.
16. McKnight Investigators. *Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(2): 248–254.
17. Tiunova A. *Relationship of body image and self-esteem in adolescents with different types of constitutional development: Preliminary results*. Act. Nerv. Super. 2015; 57(2): 81–86.
18. Pedro TM, Micklesfield LK, Kahn K, Tollman SM, Pettifor JM, Norris SA. *Body image satisfaction, eating attitudes and perceptions of female body silhouettes in rural South African adolescents*. PLoS ONE 2016; 11(5): e0154784.
19. Singh M, Parsekar S, Bhumika T. *Body image, eating disorders and role of media among Indian Adolescents*. J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health 2016; 12(1): 9–35.

20. Wojtyła-Buciora P, Klimberg A, Wojtyła A. *Samoocena własnej sylwetki a wskaźnik masy ciała młodzieży w Polsce*. Probl. Hig. 2018; 99(2): 146–154.
21. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. *Risk Factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females*. J. Abnorm. Psychol. 2017; 126(1): 38–51.
22. Brosh A. *Autoprezentacja nastolatków w mediach społecznych*. W: Sokołowski M red. *Oblicza internetu: sieciowe dyskursy. (Roz)poznawanie cyfrowego świata*. Elbląg: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej; 2014.
23. Cohen R, Blaszczyński A. *Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction*. J. Eat. Disord. 2015; 3(23): 1–11.
24. Turner PG, Lefevre CE. *Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa*. Eat. Weight Disord. 2017; 22(2): 277–284.
25. Tiggemann M, Slater A. *Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study*. Int. J. Eat. Disord. 2017; 50(1): 80–83.
26. Dutkiewicz A. *Fat talk – The mechanisms and consequences of devaluing one's own physical appearance*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2018; 18(2): 208–211.
27. Tanner E. *Girls, Instagram, and the glamorization of self-loathing*. Dissenting Voices 2015; 4(1): 105–120.
28. Schrobdsdorff S. *There's a startling increase in major depression among teens in the U.S.* NAMI: National Alliance on Mental Illness, 2016. <https://www.nami.org/Press-Media/In-The-News/2016/There-s-a-Startling-Increase-in-Major-Depression-A?feed=In-the-news> (dostęp: 27.01.2020).
29. Mikoś M, Mikoś M, Mikoś H, Obara-Moszyńska M, Niedziela M. *Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży*. Now. Lek. 2010; 79(5): 397–402.
30. Chytra-Gędek W, Kobierecka A. *Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet*. Psychiatria 2008; 5(1): 7–12.
31. Nowak K. *Socjodemograficzne i rodzinne czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania młodzieży*. Lubelski Rocznik Pedagogiczny. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2013.
32. Jagielska G, Tomaszewicz-Libudziec C, Wiśniewski A. *Zaburzenia odżywiania*. W: Wolańczyk T, Komender J red. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005. S. 259–281.
33. Joško J, Kamecka-Krupa J. *Czynniki kulturowe i społeczne predysponujące do zaburzeń odżywiania u młodzieży szkolnej w wybranych miastach województwa śląskiego*. Probl. Epidemiol. 2007; 88(3): 320–326.
34. Pytlińska N. *Biologiczne i psychospołeczne czynniki związane z przebiegiem anoreksji u dziewcząt*, praca doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2010.
35. Połom M. *Syndrom gotowości anorektycznej a struktura motywacji osiągnięć u uczennic szkoły średniej*. Polskie Forum Psychologiczne 2015; 2(20): 184–200.
36. Brytek-Matera A, Rybicka-Klimczyk A. *Ocena nasilenia objawów syndromu gotowości anorektycznej u młodych kobiet – badania pilotażowe*. Studia Psychologica 2012; 12(2): 23–36.
37. Chalcarz W, Musiał A, Koniuszuk K. *Porównanie zachowań anorektycznych gimnazjalistek ze szkół sportowych i niesportowych*. Med. Sport. 2008; 24(1): 21–29.
38. Chalcarz W, Merkiel S, Milewska J. *Ocena zachowań anorektycznych wśród studentek turystyki i rekreacji*. Probl. Hig. 2014; 95(2): 310–316.

39. Ołpińska-Lischka M. *Assessment of anorexia readiness syndrome and body image in female dancers from Poland and Germany*. J. Edu. Health Sport. 2017; 7(7): 423–440.
40. Kolarzyk E, Janik A, Kwiatkowski J, Potocki A. *Stosowanie diet odchudzających przez krakowską młodzież ze szkół ponadpodstawowych, z uwzględnieniem wieku i płci*. Probl. Hig. 2010; 91(3): 409–413.
41. Kazmierczak N, Kielbasa S, Patryn R, Niedzielski A. *Zachowania anorektyczne wśród społeczności pro-ana*. Med. Ogólna Nauki Zdr. 2015; 21(2): 168–173.
42. Jaros K, Osza U. *Umiejscowienie poczucia kontroli u dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 441–451.

Adres: Beata Ziółkowska
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Wydział Psychologii
85-867 Bydgoszcz, ul. Staffa 1
e-mail: beataz@ukw.edu.pl

Otrzymano: 12.01.2020
Zrecenzowano: 2.04.2020
Otrzymano po poprawie: 4.04.2020
Przyjęto do druku: 10.04.2020