

Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się – badania własne*

The cultural context of eating disorders – own research

Maciej W. Pilecki¹, Barbara Józefik¹, Kinga Sałapa²

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik (p.o.): dr n. med. M.W. Pilecki

² Zakład Bioinformatyki i Telemedycyny UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. I. Roterman-Konieczna

Summary

Aim. To assess cultural attitudes and beliefs among (female) patients being treated for various kinds of eating disorders in comparison with (female) patients diagnosed with depression and healthy girls.

Method. Version II of the Cultural Questionnaire by M. Pilecki and B. Józefik referring to issues linked with those aspects of culture whose importance is described as significant in the development of eating disorders.

Material. Data from patients with the following diagnoses were used in the statistical analyses: 54 (female) patients with a diagnosis of restrictive anorexia (ANR), 22 with a diagnosis of binge-purge anorexia (ANB), 36 with a diagnosis of bulimia (BUL) and 40 with a diagnosis of depressive disorders (DEP) and also 74 female pupils from Kraków schools (KON).

Results. Groups ANB and BUL obtained high scores, indicating the greater significance of ‘ideals of thinness’ in their lives than in groups KON, DEP and ANR. The BUL group was characterised by a sense of yielding to fashion pressure and also by a sense of the environmental and generational significance of the disorders in relation to groups KON and DEP. The females in group KON assessed that their parents attached greater importance to appearance than did (female) patients in group ANB. A negative evaluation of the position of women in the family was given by all the studied (female) patients in comparison with group KON.

Conclusions. The obtained results may indicate the greater significance of cultural mechanisms in bulimia than anorexia nervosa. They may also be an expression of the limited possibility of introspection of girls with a diagnosis of restrictive anorexia. A negative perception of femininity in the family and culture accompanies not only eating disorders, but also depressive disorders.

Słowa kluczowe: anoreksja psychiczna, bulimia, kultura

Key words: anorexia nervosa, bulimia, culture

* Prezentowane wyniki są częścią projektu badawczego „Socjo-kulturowe, rodzinne i indywidualne czynniki ryzyka anoreksji i bulimii psychicznej” finansowanego przez Komitet Badań Naukowych (nr grantu 6 POSE 09021), którego kierownikiem była Barbara Józefik. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego – nr KBET/26/B/2011.

Wstęp

Zaburzenia odżywiania się uważane są powszechnie, choć nie bez kontrowersji, za jednostki kliniczne w istotny sposób powiązane ze światem kultury zachodniej. Danym o częstszym rozpowszechnieniu anoreksji i bulimii psychicznej wśród kobiet z kręgu kultury zachodniej lub też narastaniu częstości w krajach przechodzących, tak jak Polska, proces westernizacji, towarzyszą wysiłki zmierzające do zrozumienia powiązań, jakie występują pomiędzy kulturą świata zachodniego a rozwojem zaburzeń odżywiania się [1 – 5]. Jeden z istotnych obszarów zainteresowań w tym względzie dotyczy współczesnych wzorów kobiecości. Jako dwa najważniejsze kulturowe czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania się opisywane są: znaczenie chudości oraz wzrastające i sprzeczne wymagania w stosunku do młodych kobiet we współczesnej, konsumpcjonistycznej i nakierowanej na indywidualny sukces kulturze zachodniej. Szczupłość, zakładająca kontrolę nad jedzeniem, stała się synonimem silnej woli, perfekcjonizmu, sukcesu i atrakcyjności. Z tej perspektywy kobiety w podwójny sposób narażone są na rozwój zaburzeń odżywiania się. Ich ciała są obiektem zarówno dominacji estetycznej, jak i ekonomicznej [6, 7]. Innym istotnym elementem kultury zachodniej są zjawiska socjologiczne dotyczące rodziny. Szybkie zmiany społeczne i charakterystyczna dla kultury zachodniej fragmentacja rodzin skutkować może też zaburzeniami relacji transgeneracyjnych czy niejasnością ról psychospołecznych [6]. Podobne zjawiska obserwowane mogą być w Polsce w okresie ostatnich 20 lat dynamicznych zmian warunków społecznych oraz rodzinnych [8, 9]. W rozważaniach nad kulturą, w zaburzeniach odżywiania się istotne staje się pytanie: w oparciu o jakie kanały wpływu kultura oddziałuje na jednostki? Wymieniane są tu trzy powiązane ze sobą ścieżki wpływu: przekaz medialny, przekaz rodzinny oraz wpływ grupy rówieśniczej [10 – 14].

Niektórzy autorzy podkreślają podobieństwo pomiędzy jadłowstrętem psychicznym a średniowiecznymi postami i umartwianiem ciała [15]. W tym ujęciu klasyczna zachodniokulturowa percepcja ciała jako wymagającego kontroli (np. przez dietę, ćwiczenia) niezależnego od nas tworu, wydaje się odległym echem ukształtowanej w dialogu z gnostycyzmem chrześcijańskiej pośledniości ciała względem duszy [16]. Pojawia się pytanie – na ile w społeczeństwie polskim, w którym wywodząca się z tego nurtu religijność jest tak obecna i silna, oba powyższe konstrukty przeżywania ciała sąsiadują ze sobą w warstwie poznawczej, a na ile się wykluczają.

Zaburzenia odżywiania się stają się też oddzielnym aspektem kultury masowej, zyskując własne niezależne znaczenie kulturowe pod postacią internetowych zjawisk: *Thinspiration*, *Pro-ana*, *Mia*. Przystają być one postrzegane jako zaburzenia, stają się wyrazem osobistej transgresji, autokreacji wspieranej przez inne uczestniczki owych ruchów [17, 18, 19]. Można zastanawiać się, na ile istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju anoreksji i bulimii psychicznej, a przynajmniej negatywnym czynnikiem rokowniczym, są kulturowe przekonania i skrypty dotyczące obu zaburzeń. Zjawiska te nie są jak dotąd, zwłaszcza w Polsce, w wystarczającym stopniu zbadane i opisane [20].

Rozważania takie jak powyższe doprowadziły do powstania wielu modeli czynników ryzyka uwzględniających poza kulturą kontekst biologiczny i intrapsychiczny

oraz obrazujących sposób, w jaki wyżej wymienione elementy są ze sobą powiązane [21, 22]. Żaden ze stworzonych jak dotąd modeli nie jest w tym względzie ostateczny czy w całości zadowalający. W przypadku konkretnych pacjentów można mieć też do czynienia z różnymi konstelacjami czynników [23, 24].

Celem niniejszego doniesienia jest ocena obecności poruszonych powyżej kulturowych kontekstów wśród pacjentek leczonych z powodu różnych rodzajów zaburzeń odżywiania się, w porównaniu z pacjentkami z rozpoznaniem depresji oraz dziewczętami zdrowymi.

Metoda

W badaniu użyta została II wersja Kwestionariusza Kulturowego autorstwa M. Pileckiego i B. Józefik, odnosząca się do zagadnień związanych z szeroko rozumianą kulturą, których znaczenie opisywane jest jako istotne w powstawaniu zaburzeń odżywiania się. Kwestionariusz składa się z listy 62 twierdzeń, ułożonych w losowej kolejności, dotyczących bezpośrednio wypełniającego lub jego poglądów i przekonań. W analizie wyników kwestionariusza posłużono się czynnikami uzyskanymi w analizie przeprowadzonej na grupie 620 uczennic krakowskich szkół w wieku od 15 do 18 lat. Wyodrębnione czynniki wyjaśniały 34% wariacji odpowiedzi na pytania kwestionariusza. 9 pytań kwestionariusza nie zostało zakwalifikowanych do żadnej ze skal. Kwestionariusz cechuje dostateczna rzetelność oraz wyraźne korelacje między skalami [25].

W wyniku analizy czynnikowej wyodrębniono rozwiązanie 6-czynnikowe (tab. 1).

Tabela 1. Opis skal Kwestionariusza Kulturowego

<p>Skala I – Percepcja chudości (PERCHUD)</p> <p>Skala, złożona z 7 twierdzeń, opisuje wielowektorową percepcję kulturowego znaczenia chudości rozumianej jako wzorzec identyfikacyjny wywołujący silne emocje, element autowalidacji i autodeprecjacji oraz rywalizacji rówieśniczej. Chudość jest tu rozumiana też jako znacznik posiadania pewnych cech psychicznych, których pozbawione tkanki tłuszczowej ciało jest symbolem. Dopelnieniem skali są dwa twierdzenia, będące wyrazem świadomości konfliktowego podejścia do kwestii ciała.</p>
<p>Skala II – Podatności na presję kulturową (PRESKUL)</p> <p>Skala zawiera twierdzenia podkreślające siłę ulegania presji mody zarówno na poziomie znaczenia przypisywanego reklamom, jak i identyfikacji z idolami. Uzupełnieniem są tu dwie grupy twierdzeń. Pierwsza dotyczy wyznawanego systemu wartości, w którym atrakcyjność ciała stanowi wartość nadrzędną. Druga opisuje kwestię negatywnej percepcji kobiecości w kulturze i procesie własnej identyfikacji.</p>
<p>Skala III – Percepcja znaczenia problemu (PERPROB)</p> <p>Skala zawiera twierdzenia odnoszące się do środowiskowej i pokoleniowej obecności i istotności zaburzeń w odżywianiu się, jak i aspektów presji kulturowej z nimi powiązanych. Jako dodatkowe pojawiają się w niej stwierdzenia dotyczące znaczenia kontroli, niezależności, rywalizacji i dążenia do doskonałości lub lęku przed nią.</p>
<p>Skala IV – Wzorce rodzinne dotyczące wyglądu (WYGRODZ)</p> <p>Twierdzenia zawarte w tej skali dotyczą koncentracji rodziców na dobrym wyglądzie, poczucia materialnego i środowiskowego sukcesu własnej rodziny oraz znaczenia przestrzegania norm zdrowego odżywiania się.</p>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skala V – Religijności (RELIG)

Zawarte w niej stwierdzenia opisują przekonania religijne, znaczenie religii w życiu osobistym jak i rodziny, postawy i poglądy religijne, w tym dotyczące postów.

Skala VI – Negatywny czynnik rodzinny (NEGRODZ)

Skala ta definiowana jest przez następujące obszary tematyczne: kulturowej, środowiskowej i rodzinnej pośledniości roli kobiecej, znaczenia, jakie członkowie rodziny badanej przypisują zdaniu innych, negatywnej ocenie możliwości adaptacyjnych własnej rodziny oraz dodatkowo znaczenia przypisywanego kontroli nad sobą.

Material

W analizach statystycznych użyto danych 54 pacjentek z rozpoznaniem wg DSM IV [26] anoreksji restrykcyjnej (ANR), 22 z rozpoznaniem anoreksji żarłoczno-wydalającej (ANB), 36 z rozpoznaniem bulimii (BUL), 40 z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (DEP), konsultowanych w Poradni Przyklinicznej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Osoby prezentujące objawy subkliniczne według DSM IV (znaczna utrata masy mieszcząca się w obszarze prawidłowym, wymioty rzadsze niż dwa razy w tygodniu, wymioty po subiektywnych epizodach przejadania się) dołączone zostały do odpowiadających obrazowi klinicznemu grup głównych.

W badaniu użyto dwóch grup kontrolnych: pacjentek z diagnozą epizodu depresyjnego, dystymii, reakcji sytuacyjnej z objawami depresyjnymi (DEP) oraz 85 uczennic szkół krakowskich (KON).

Wyniki

W tabeli 2 zawarte zostały charakterystyki opisowe dla badanych skal.

Tabela 2. **Charakterystyki opisowe dla skal**

PERCHUD	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
N Ważne	74	49	21	33	39
Średnia	24,80	27,18	33,62	34,64	26,21
Błąd standardowy średniej	0,80	1,16	1,34	1,17	1,31
Dominanta	25	25	36	42	19
Odchylenie standardowe	6,84	8,15	6,16	6,74	8,15
PRESKUL	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
N Ważne	74	49	21	33	39
Średnia	31,85	33,65	37,86	39,18	32,23
Błąd standardowy średniej	1,05	1,25	1,73	1,62	1,38
Dominanta	35	28	26	29	35
Odchylenie standardowe	9,03	8,76	7,94	9,30	8,61
PERPROB	KON	ANR	ANB	BUL	DEP

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

N Ważne	74	49	21	33	39
Średnia	48,54	51,12	54,38	56,12	46,46
Błąd standardowy średniej	1,11	1,02	1,46	1,14	1,06
Dominanta	44	55	56	53	45
Odchylenie standardowe	9,55	7,14	6,68	6,56	6,62
WYGRODZ	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
N Ważne	74	49	21	33	39
Średnia	19,15	17,02	14,67	17,12	17,08
Błąd standardowy średniej	0,66	0,79	1,01	0,78	0,79
Dominanta	19	15	8	15	16
Odchylenie standardowe	5,70	5,55	4,64	4,46	4,95
RELIG	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
N Ważne	73	49	21	33	39
Średnia	21,41	22,02	22,38	19,73	19,23
Błąd standardowy średniej	0,69	0,88	1,25	1,12	1,10
Dominanta	20	27	21	20	28
Odchylenie standardowe	5,890	6,190	5,749	6,429	6,838
NEGRODZ	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
N Ważne	74	49	21	33	39
Średnia	29,36	33,96	39,24	40,73	35,18
Błąd standardowy średniej	0,98	1,30	1,66	1,44	1,37
Dominanta	27	31	40	32	40
Odchylenie standardowe	8,40	9,12	7,59	8,26	8,54

Następnie przeprowadzona została jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA oraz analiza w oparciu o nieparametryczny test Kruskala-Wallisa z analizą post hoc Bonferroni. Istotne statystycznie różnice stwierdzone zostały we wszystkich czynnikach z wyjątkiem czynnika Religijności.

Wartości testów post-hoc zawarte są w tabelach 3–7.

Tabela 3. Testy post-hoc dla zmiennej PERCHUD

	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
KON		0,992	0,000	0,000	1,000
ANR			0,021	0,001	1,000
ANB				1,000	0,005
BUL					0,000
DEP					

p-value: 0,000

Tabela 4. Testy post hoc dla zmiennej **PRESKUL**

	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
KON		1,000	0,065	0,001	1,000
ANR			0,696	0,060	1,000
ANB				1,000	0,196
BUL					0,010
DEP					

p-value: 0,000

Tabela 5. Testy post hoc dla zmiennej **PERPROB**

	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
KON		0,759	0,030	0,000	1,000
ANR			1,000	0,052	0,062
ANB				1,000	0,003
BUL					0,000
DEP					

p-value: 0,000

Tabela 6. Testy post hoc dla zmiennej **WYGRODZ**

	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
KON		0,180	0,007	0,790	0,917
ANR			1,000	1,000	1,000
ANB				0,921	0,625
BUL					1,000
DEP					

p-value: 0,008

Tabela 7. Testy post hoc dla zmiennej **NEGRODZ**

	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
KON		0,037	0,000	0,000	0,007
ANR			0,181	0,005	1,000
ANB				1,000	0,791
BUL					0,063
DEP					

p-value: 0,000

Omówienie wyników

Dziewczęta z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej tylko w jednej skali, tj. Negatywny czynnik rodzinny, różniły się od grupy dziewcząt zdrowych oraz grupy depresyjnej. Była to jednocześnie jedyna skala, w której grupa depresyjna różniła się w wynikach na niekorzyść od grupy dziewcząt zdrowych. Negatywna percepcja siebie oraz istotnych cech własnej rodziny zaznaczyła się tutaj jako najbardziej charakterystyczny w badanym obszarze element łączący dziewczęta o różnych objawach zaburzeń psychicznych. Nasilenie owej negatywnej percepcji w obrębie zaburzeń odżywiania się różnicowało też dziewczęta z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej i depresji od grupy bulimii psychicznej. Wynik uzyskany przez grupę z rozpoznaniem depresji podważa przypisywanie negatywnej kulturowej konotacji roli kobiety jedynie do problematyki zaburzeń odżywiania, tak jak postuluje to literatura przedmiotu. Te same pacjentki bulimiczne i depresyjne okazały się szczególnie krytyczne w ocenie funkcjonowania rodziny w oparciu o polską wersję kwestionariusza FAM III w zakresie komunikacji i kontroli [23].

W żadnej innej niż powyższa skali dziewczęta z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej nie różniły się od grupy dziewcząt zdrowych. Może być to wynikiem mniejszego znaczenia czynników kulturowych w rozwoju anoreksji restrykcyjnej. Wynik dziewcząt z diagnozą anoreksji restrykcyjnej może być też pochodną ich ograniczonych możliwości introspekcji i obserwowany był również w kontekście prezentowanego obrazu siebie badanego za pomocą kwestionariusza QSIA [27]. Jednocześnie w oparciu o uzyskane wyniki można przyjąć, iż zwłaszcza w bulimii znaczenie chudej sylwetki, jak i wrażliwość na przekaz kulturowy, stanowi ważną kwestię. Wyniki te wspierają koncepcje głoszone przez badaczki feministyczne, genderowe, przyjmujące konstrukcjonistyczną perspektywę, które podkreślają opresyjność idei związanych z „przemysłem” szczupłości i oczekiwaniami społecznymi kierowanymi wobec dziewcząt i kobiet [28, 29, 30].

Skala Percepcja znaczenia problemu najwyraźniej różnicuje grupy zaburzeń odżywiania się od grupy depresji. Dziewczęta z grupy z rozpoznaniem depresji nie uważają zaburzeń odżywiania się za istotny problem dla ich pokolenia, nie mają poczucia, aby zaburzenia te często występowały, nie dostrzegają kulturowego nacisku na odchudzanie się, chudość i powiązane z nią cechy osobowe. Problemy związane z odchudzaniem, świadomość występowania zaburzeń odżywiania się najbardziej obecne są w przeżyciach pacjentek z bulimią. Z jednej strony może być to próba poszukiwania grupy odniesienia, wytłumaczenia swojego cierpienia w kategoriach wykraczających poza własną psychopatologię. Dziewczęta cierpiące na bulimię mogą pochodzić też ze specyficznych grup rówieśniczych, w których problematyka obrazu ciała i zaburzenia odżywiania jest częściej obecna.

Rezultaty w skali Wzorce rodzinne dotyczące wyglądu wskazują, że dziewczęta z rozpoznaniem anoreksji typu żarłoczno-przecyzyszczającego mają poczucie mniejszej troski rodziców o ich wygląd zewnętrzny i sylwetkę. Mają też mniejsze poczucie sukcesu rodzinnego mierzonego zasobnością finansową. Kierunek tej różnicy okazał się inny niż się spodziewano. Pojawia się kilka interpretacji. Po pierwsze, można go

traktować jako wynik obserwacji rzeczywistej mniejszej troski rodziców o swój wygląd zewnętrzny. Po drugie, otrzymane rezultaty mogą wyrażać szczególne wymagania stawiane rodzicom. Wreszcie, wyniki te mogą być też wyrazem generalnie krytycznej postawy wobec rodziców, wynikającej z własnych surowych norm związanych z wyglądem. Bez względu na subiektywny czy obiektywny charakter powyższych przeżyć, mogą one skutkować problemami w identyfikacji. W oparciu o to samo narzędzie zależności, w grupie dziewcząt zdrowych, przejawiających jedynie zaburzone postawy wobec odżywiania się, okazały się one odwrotne od tych obserwowanych w grupie dziewcząt z diagnozą kliniczną [25]. Jest to kolejny argument za odrębnością mechanizmów w niniejszych grupach.

Skala Religijność nie różnicowała badanych grup. Należy więc odrzucić na tym etapie hipotezę o jakiejś szczególnej relacji między objawami anoreksji restrykcyjnej a religijnością.

Dyskusja wyników wymaga podniesienia wszystkich wątpliwości dotyczących niniejszego badania. Stosowane narzędzie ma charakter eksperymentalny, zastosowane skale są pochodną analiz przeprowadzonych na populacji osób zdrowych. W przekonaniu autorów oparte o analizę czynnikową skale odzwierciedlają jednak złożoność zagadnienia związku kultury z psychopatologią w przedmiocie zaburzeń odżywiania się. Kultura jest w tym względzie nie tylko matrycą do postrzegania świata, własnego ciała czy istotnych relacji z innymi. Dostarcza ona opisów do percepcji własnych przeżyć intrapsychicznych, relacji między czasami tylko częściowo świadomych aspektów siebie. W tym kontekście kultura stawać może się nie tylko narzędziem służącym opisowi, ale narzędziem wpływu modyfikującym i przekształcającym cechy osobowe [31]. Założenie, że skala bada to, co bada, jest jedynie wynikiem konceptualizacji autorów w oparciu o własne doświadczenia kliniczne i literaturę przedmiotu. Spójność otrzymanych wyników stanowi jednak argument na rzecz zastosowanego kwestionariusza. Stanowi także interesujący punkt wyjścia do dalszych badań i analiz.

Wnioski

Pacjentki z rozpoznaniem bulimii psychicznej w odróżnieniu od dziewcząt zdrowych, depresyjnych, jak i prezentujących objawy anoreksji restrykcyjnej, przeżywały istotne dla siebie dążenie do chudości jako wyraz sprawowania kontroli nad różnymi, nie tylko cielesnymi, aspektami siebie. Jednocześnie towarzyszy temu poczucie znaczącej koncentracji na przekazie medialnym i opiniach innych w tej kwestii. Swoje problemy przeżywają jako istotne nie tylko dla nich samych, ale także ich pokolenia. Otrzymane wyniki stanowią argument za tymi hipotezami, które sugerują odrębność mechanizmów kulturowych w anoreksji restrykcyjnej i bulimii psychicznej. Alternatywne ich wyjaśnienie wymaga zadania pytania o możliwości introspekcji dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej. Otrzymane wyniki wskazują na niespecyficzność niektórych z czynników kulturowych, jak np. percepcja pozycji kobiety w rodzinie i kulturze, które rozumiane mogą być jako współtowarzyszące nie tylko zaburzeniom odżywiania się, ale też zaburzeniom depresyjnym.

Культурные различия при нарушениях питания – собственные исследования

Содержание

Задание. Проведение оценки поведения и уверенности о культурном характере среди пациенток, леченных по поводу различных типов нарушений питания в сравнение с пациентками депрессивными и здоровыми девушками.

Метод. При исследованиях использована II Версия культурного глоссария М. Пилецкого и Б. Юзефик, относящегося к вопросам, связанным с широким понятием культуры. Они описываются как существенно важные при появлении нарушений питания. В статистических анализах оценены данные исследования, а именно 54 пациенток с диагнозом, DSM-IV Классификации болезней IV пересмотра, реструктивной анорексии (РАН), 22 пациентки с диагнозом обжорство-выделительной анорексии (ОВА), 36 больных с диагнозом булимии (БУЛ), 40 пациенток с диагнозом депрессивных нарушений (ДК) и 74 здоровых девушек из краковских школ (ЗД).

Результаты. Группы ОВА и БУЛ обозначались высокими результатами, которые могут свидетельствовать о большем значении идеалов худобы в их жизни, чем в группах ЗД, ДН и РАН. Группу булимии характеризовало чувство давления пресии моды и уверенность в социальной среде и среди сверстников, а также важности проблем нарушений питания в сравнение с группами ЗД и ДН. При оценке здоровых девушек, их родители обращали большее внимание на их взгляд, чем в группе ОВА. Негативная оценка женщины в семье характеризовала все исследованные пациентки в сравнение со здоровыми девушками.

Выводы. Полученные результаты могут свидетельствовать о большем значении механизмов культурного характера при булимии, чем при психической анорексии. Они могут быть также выражением органической возможности интроспекции девушек с диагнозом реструктивной анорексии. Негативная перцепция женственности в семье и культуре сопутствуют не только нарушением питания, но и депрессивными нарушениями.

Kulturelle Faktoren bei Essstörungen – eigene Studien

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie ist die Beurteilung der kulturbezogenen Haltungen und Überzeugungen unter den Patientinnen, die wegen unterschiedlicher Essstörungen behandelt werden im Vergleich mit den Patientinnen mit der Diagnose Depression und gesunden Mädchen.

Methode. Für die Studie wurde 2. Version des Fragebogens von M. Pilecki und B. Józefik eingesetzt, der sich auf die kulturübergreifenden Fragen bezieht und ihre Bedeutung als wesentlich bei den Essstörungen beschreibt. In den statistischen Analysen benutzte man die Angaben von 54 Patientinnen mit der Diagnose restriktive Anorexia (ANR) nach DSM IV, 22 mit der Diagnose Anorexia vom Purging-Typ (AP), 36 mit der Diagnose Bulimie (BUL), 40 mit depressiven Störungen (DEP) und 74 Schülerinnen der Krakauer Schulen (KON).

Ergebnisse. Die Gruppen mit AP und BUL erzielten hohe Ergebnisse, die von größerer Bedeutung der Schlankheitsideale in ihrem Leben zeugen als in den Gruppen KON, DEP und ANR. Die Gruppe mit Bulimie charakterisierte der Drang zur Mode und die Überzeugung von der gesellschaftsbezogenen Bedeutung der Essstörungen für die Generationen im Vergleich mit den Gruppen KON und DEP. In der Beurteilung der Mädchen aus der Gruppe KON legten ihre Eltern eine größere Bedeutung auf das Aussehen als in der Gruppe AP. Die negative Beurteilung der Stellung der Frau in der Familie charakterisierte alle Patientinnen im Vergleich mit der Gruppe KON.

Schlussfolgerungen. Die erhaltenen Ergebnisse können davon zeugen, dass die soziokulturellen Einflussfaktoren in der Bulimie eine größere Bedeutung haben als in der Anorexia nervosa. Sie können auch ein Ausdruck der beschränkten Möglichkeit der Introspektion der Mädchen mit der Diagnose Anorexia vom restriktiven Typ sein. Die negative Perzeption der Weiblichkeit in der Familie begleitet nicht nur Essstörungen sondern auch depressive Störungen.

Le contexte culturel dans les troubles du comportement alimentaire – recherches propres des auteurs

Résumé

Objectif. Evaluer les attitudes et les convictions sur la culture des patientes traitées à cause des divers troubles du comportement alimentaire et les comparer avec celles-ci des patientes souffrant de la dépression et avec celles-là des filles saines.

Méthode. Pour cette évaluation on use II Version of Cultural Questionnaire de M. Pilecki et de B.Jozefik qui se réfère aux problèmes de la culture en général dont l'importance est décrite comme essentielle dans le développement des troubles du comportement alimentaires. On analyse les données de : 54 patientes avec le diagnostic – anorexie restrictive – (ANR) d'après DSM IV, 22 patientes avec les crises de boulimie/vomissement (ANB), 36 – boulimie (BUL), 40 – avec troubles dépressifs (DEP), 74 – filles de écoles de Cracovie (KON).

Résultats. Les groupes ANB et BUL ont le score élevé et cela indique que dans ces groupes « l'idéal de la maigreur » joue le rôle plus important que dans les groupes KON, DEP, ANR. Le groupe BUL se caractérise par le sentiment d'être soumis à la mode et d'être convaincu que ces problèmes des troubles du comportement alimentaire sont plus importants pour leur génération et leur milieu que pour les groupes KON et DEP. D'après les filles KON leurs parents attachent plus grande importance à l'apparence que les parents du groupe ANB. L'évaluation négative de la position de femme en famille est caractéristique pour toutes les patientes.

Conclusions. Ces résultats peuvent indiquer que les mécanismes culturels peuvent jouer le rôle plus important dans la boulimie que dans l'anorexie mentale. De plus ils peuvent témoigner de possibilités assez restreintes d'introspection des jeunes patientes avec l'anorexie restrictive. La perception négative de la féminité en famille accompagne non seulement les troubles du comportement alimentaire mais aussi les troubles dépressifs.

Piśmiennictwo

1. Szmukler GI. *The epidemiology of anorexia and bulimia*. J. Psychiatr. Res. 1985; 19: 143–153.
2. Włodarczyk-Bisaga K. *Transkulturowe aspekty zaburzeń odżywiania się*. Psychoterapia 1994; 89: 3–16.
3. Hoek HW, van Hoeken D. *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 34: 383–396.
4. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. *Time trends in eating disorder incidence*. Br. J. Psychiatry 2005; 186: 132–135.
5. Pilecki MW, Nowak A, Pilecka-Zdenkowska M. *Change in the frequency of consultations concerning eating disorders in the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Kraków (Poland) in the years 1988 – 2004*. Arch Psychiatr Psychother. 2009; 2: 35–40.
6. Gordon RA. *Eating disorders East and West: A culture bound syndrome unbound*. W: Nasser M, Katzman MA, Gordon RA. red. *Eating disorders and cultures in transition*. New York: Brunner-Routledge; 2001. s. 1–22.
7. Rathner G. *Post-communism and the marketing of the thin ideal*. W: Nasser M, Katzman MA, Gordon RA. red. *Eating disorders and cultures in transition*. New York: Brunner-Routledge; 2001. s. 93–110.
8. Slany K. *Dylematy i kontrowersje wokół małżeństwa i rodziny we współczesnym świecie*. W: Kowaleski TJ. red. *Wybrane zagadnienia demografii*. Łódź: Zakład Demografii i Statystyki; 2004.

9. Beisert M. *Przemiany współczesnej rodziny polskiej*. W: Izdebski Z. red. *Rocznik Lubuski 2006*; 32 (2): 19–37.
10. Rodgers R, Chabrol H. *Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review*. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2009; 17: 137–151.
11. Tiggemann M, Ruutel E. *A cross-cultural comparison of body dissatisfaction in Estonian and Australian young adults and its relationship with media exposure*. *J. Cross Cult. Psychol.* 2001; 32: 736–742.
12. Diomszyna B. *Spoleczno-kulturowy kontekst jadłowstrętu psychicznego na Litwie*: praca doktorska. Kraków: Wydawnictwo CM UJ; 2003.
13. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA i in. *Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of children with eating disorders*. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 31: 290–299.
14. Pilecki M. *Historia zaburzeń odżywiania się*. W: Józefik B. red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo CM UJ; 1999. s. 83–87.
15. Benninghoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, Jantschek G. *Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning*. *Compr. Psychiatry* 2007; 48: 118–123.
16. Grimm VE. *From feasting to fasting. The evolution of a sin. Attitudes to food in late antiquity*. New York: Routledge; 1996.
17. Fox N, Ward K, O'Rourke A. *Pro-anorexia, weight-loss drugs and the internet: an 'anti-recovery' explanatory model of anorexia*. *Sociol. Health & Illn.* 2005; 27: 944–971.
18. Lipczynska S. *Discovering the cult of Ana and Mia: a review of pro-anorexia websites*. *J. Ment. Health* 2007; 16: 545–548.
19. Dias K. *The Ana sanctuary: women's pro-anorexic narratives in cyberspace*. W: Moore LJ, Kosut M. red. *The body reader: essential social and cultural readings*. New York: New York University Press; 2010. s. 399–412.
20. Stochel M, Janas-Kozik M. *Przyjaciółki wirtualnej Any – zjawisko proanoreksji w sieci internetowej*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44: 693–702.
21. Slade PD. *Towards a functional analysis of anorexia nervosa*. *Br. J. Clin. Psychol.* 1982; 21: 167–179.
22. Lacey JH, Coker S, Birtchell SA. *Bulimia: factors associated with its etiology and maintenance*. *Int. J. Eat. Disord.* 1986; 5: 475–487.
23. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
24. Striegel-Moore RH, Bulik CM. *Risk factors for eating disorders*. *Am. Psychol.* 2007; 62: 181–198.
25. Kozłowska-Janos M, Pilecki M, Józefik B. *Socio-cultural factors accompanying disturbed attitudes towards eating*. *Bridging Eastern and Western Psychiatry* 2006; 4: 23–27.
26. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatry Association; 1994.
27. Pilecki M, Józefik B. *Self-image of girls with different subtypes of eating disorders*. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2008; 3: 17–22.
28. Hepworth J. *The social construction of anorexia nervosa*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publication; 1999.

-
29. Frost L. *Young women and the body. A feminist sociology*. Hampshire: Palgrave; 2001.
 30. Orbach S. *Bodies*. New York: Picador; 2009.
 31. Olszewska-Dyoniziak B. *Człowiek-Kultura-Osobowość. Wstęp do klasycznej antropologii kulturowej*. Wrocław: Wydawnictwo ATLA 2; 2001.

Adres: Maciej Pilecki
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 30.12.2011
Zrecenzowano: 3.03.2012
Otrzymano po poprawie: 13.03.2012
Przyjęto do druku: 15.03.2012
Adiustacja: A. K.