

## Program profilaktyki zaburzeń odżywiania się – badania pilotażowe

### Eating disorders prevention programme – pilot study

Cezary Ż e c h o w s k i, Irena N a m y s ł o w s k a, Andrzej K o r o l c z u k,  
Anna S i e w i e r s k a, Antoni J a k u b c z y k, Anna B a ż y ń s k a,  
Zofia B r o n o w s k a

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

#### Summary

**Aim:** Recent research has suggested that school-based programmes of prevention of eating disorders obtained ambiguous results. The aim of our work was to establish the efficacy of the eating disorders prevention programme for schoolgirls of secondary schools.

**Method:** Subjects in the experimental groups received 8 sessions of practice with various tasks, while the control group did not participate in sessions of psycho-education. Overall, we examined 109 adolescents participating in sessions and 117 adolescents in the control group. Participants were examined at the beginning of the programme, after the operation and 6 months later. Assessment was made with EDI, EAT-26.

**Results:** Assessment before and after the study phase showed that participants in the experimental groups had not made significantly more improvement than the control group. It was also shown that in the two subgroups (girls from technical college and girls from college) there were significant differences in the pre-test, post-test and follow-up results.

**Conclusions:** Similarities that were obtained through the research suggest the necessity of examining other possible relationships between chosen variables. Analysis of participants' feedback information emphasises that the changes the programme brought appeared feasibly in the social functioning area (with peers, parents relations). It is not excluded that it is too late for eating disorder prophylaxis in the phase of personal development, as some researchers argue. Differences in results between schoolgirls from college and from technical college suggest some differences in risk and protective factors. It seems important to verify this.

*Słowa klucze:* zaburzenia odżywiania się, profilaktyka

*Key words:* eating disorders, prevention

## Wstęp

Od początku lat 70. obserwuje się stale rosnącą liczbę zachorowań na zaburzenia odżywiania się [1]. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, iż stosunkowo duża grupa pacjentów choruje przewlekłe lub ma nawroty choroby [1]. Zaburzenia odżywiania się, a zwłaszcza jadłowstręt psychiczny, sytuuje się wśród zaburzeń psychicznych o najwyższej śmiertelności [2]. Grupą wysokiego ryzyka są dziewczęta w okresie dojrzewania i młode kobiety. Ze względu na rozpowszechnienie zjawiska, wysoką śmiertelność i stopień chroniczności, niektóre kraje (np. Szwecja) uznały zaburzenia odżywiania się za priorytet oddziaływań w dziedzinie zdrowia (tzw. 3A – alkoholizm, AIDS, anorexia).

W kontekście rozważań dotyczących ograniczania wielkości i skutków zjawiska pojawiły się koncepcje wprowadzenia programów profilaktycznych. Wiele państw (np. Norwegia) wprowadziło programy profilaktyczne zaburzeń odżywiania się bez wcześniejszej oceny ich efektywności. Krytykę takiego stanowiska przedstawił Ch. Fairburn [3], który zaproponował poprzedzenie wprowadzenia programów badaniami nad czynnikami ryzyka oraz oceną skutków tych programów. Badania efektywności programów profilaktycznych wykazały, iż większość z nich nie zmienia zaburzonych postaw wobec odżywiania się oraz nieprawidłowych postaw wobec własnego ciała (nadmierna koncentracja na kształcie i masie ciała, nieakceptowanie własnego wyglądu, niska samoocena oparta na koncentracji na wyglądzie itp.) [4, 5]. Przeciwnie, pewne programy wykazywały efekty jatrogenne, przy czym niektóre z tych efektów miały charakter długofalowy [6].

Badania nad efektywnością programów profilaktycznych doprowadziły w ostatnich latach do tworzenia takich rodzajów interwencji, które wydają się zarówno efektywne, jak i bezpieczne. Jednakże nawet te programy, które wydają się mieć wpływ na postawy wobec odżywiania się i własnego ciała, osiągają efekt krótkoterminowy, nie utrzymujący się w badaniach follow-up [4, 5, 6, 7, 8]. Kwestią otwartą pozostaje więc wybór grupy wysokiego ryzyka (wiek, kryteria kwalifikacji dziewcząt uczestniczących w programie), miejsca prowadzenia programu (szkoła, społeczność lokalna), charakteru zajęć (wykłady, zajęcia interaktywne, programy internetowe), czasu trwania programu i częstotliwości spotkań oraz wyboru adresatów (młodzież, rodzic, nauczyciele).

Współczesne programy profilaktyczne zaburzeń odżywiania się opierać się powinny na jasnej wewnętrznej strukturze, wyrażeniu sprecyzowanych celach i metodach dostosowanych do określonej grupy adresatów, rzetelnej ocenie efektywności oraz na badaniach nad potencjalnie modyfikowalnymi czynnikami ryzyka i czynnikami ochrony [8]. Choć na ogół efekty oddziaływań nie są spektakularne, taka struktura programu pozwala na rozwój metod profilaktycznych, i ich coraz lepsze dostosowanie do potrzeb odbiorców, oraz uniknięcie efektów jatrogennych.

## Material i metody

### A. Opis grupy badanej i kontrolnej

Program profilaktyki zaburzeń odżywiania się realizowany był w grupach uczennic szkół ponadgimnazjalnych. Podobnie jak w większości tego typu programów, zdecydowano się na realizację zajęć na terenie szkoły, wykorzystując podział na klasy. Programem objęto 109 dziewcząt klas II szkół ponadgimnazjalnych. Grupę

kontrolną stanowiło 117 uczennic klas II innych szkół warszawskich. W obrębie grupy badanej (N = 109) wyodrębniono dwie podgrupy: podgrupę uczennic liceum (N1 = 65) i podgrupę uczennic technikum (N2 = 44). Grupa badana nie różniła się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej w badanych parametrach, takich jak masa ciała, wzrost, BMI, wiek (tabela 1).

### B. Opis programu profilaktycznego

Tabela 1

Wzrost, masa ciała, wiek, BMI w grupie badanej i grupie kontrolnej

Grupy		N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odstąpienie standardowe
Podgrupa uczennic liceum	Wzrost	52	15	18	1,638	0,06
	Waga	51	41	83	57,33	7,92
	Wiek	62	15	18	16,56	0,59
	BMI	50	15,43	31,24	20,1535	2,6
Podgrupa uczennic technikum	Wzrost	26	15	18	1,652	0,06
	Waga	24	45	88	57,19	9,34
	Wiek	29	15	18	16,93	0,65
	BMI	24	16,30	30,09	21,0437	2,8
Grupa kontrolna	Wzrost	117	15	19	1,674	0,05
	Waga	114	45	90	57,30	7,91
	Wiek	116	15	18	16,80	0,53
	BMI	114	15,19	28,73	20,4715	2,59
Razem	Wzrost	195	15	19	1,675	0,06
	Waga	189	41	90	57,29	8,06
	Wiek	207	15	18	16,75	0,58
	BMI	188	15,19	31,24	20,4500	2,6

Program profilaktyczny obejmował 8 spotkań, które odbywały się 1 raz w tygodniu przez 8 kolejnych tygodni. Zajęcia trwały 1 godzinę lekcyjną (45 min.) i realizowane były w trakcie godzin nauki (najczęściej podczas godziny wychowawczej). Cele programu obejmowały: omówienie czynników biologicznych wpływających na wagę ciała i jej regulację; uświadomienie czynników socjokulturowych determinujących ocenę własnego wyglądu i zadowolenie z siebie; dostarczenie podstawowych informacji na temat zaburzeń odżywiania się i ich konsekwencji dla zdrowia fizycznego, psychicznego oraz funkcjonowania społecznego; modyfikację postaw wobec odżywiania się, własnego wyglądu i samooceny; tworzenie kultury, w ramach klasy i szkoły, w której istnieje przyzwolenie na różnorodność wyglądu i masy ciała, która nie wywiera presji

na dążenie do bycia szczupłym.

Spotkania z młodzieżą miały charakter interaktywny. Prowadzone były przez psychiatrów lub psychologów zatrudnionych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Prowadzący spotkania mieli wykształcenie terapeutyczne i byli przygotowani do prowadzenia zajęć grupowych.

Program poszczególnych sesji przedstawiono w tabeli 2.

Tematyka poszczególnych sesji, zakres informacji przekazywanych uczniom były szczegółowo określone przed rozpoczęciem programu. W stosunku do innych progra-

Tabela 2

Program profilaktyki zaburzeń odżywiania się

Sesja 1	Wstęp, idea programu, zainteresowanie uczennic programem. Czynniki społeczno-kulturowe i ich wpływ na postawy wobec własnego wyglądu, akceptacji siebie i zachowań w zakresie odżywiania się.
Sesja 2	Regulacja wagi, znaczenie prawidłowej diety dla zdrowia, BMI – jego zakres. Zmiany wyglądu ciała w okresie dorastania. Odchudzanie – mit? Na ten temat efekty odchudzania się.
Sesja 3	Zaburzenia odżywiania się – anoreksja i bulimia. Konsekwencje dla zdrowia psychicznego i funkcjonowania psychospołecznego.
Sesja 4	Uczesane objawy zaburzeń odżywiania się. Gdzie szukać pomocy. Rola rodziny i przyjaciół? Radzenie sobie z negatywnymi myśleniami na swój własny temat.
Sesja 5 i 6	Dorastanie – trudny okres dla młodzieży i jej rodziny. Procesy tworzenia się własnej tożsamości, separacji od rodziców. Tworzenie się związków uczuciowych, zmiany w relacjach dziewczęta – chłopcy. Komunikacja między rówieśnikami. Podstawowe problemy.
Sesja 7	Jedzenie bez diety, zasady zdrowego odżywiania się, zdrowy aport.
Sesja 8	Podsumowanie – jak mówienie o odchudzaniu się i diecie. Jak radzić sobie ze stresem. Pytania i odpowiedzi.

mów profilaktycznych dotyczących zaburzeń odżywiania się istotną modyfikacją było szersze uwzględnienie specyficznych problemów okresu dorastania (zmiany dokonujące się w relacjach rodzice–dzieci, w relacjach pomiędzy rówieśnikami, tworzenie się pierwszych związków uczuciowych, komunikacja pomiędzy rówieśnikami, radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie sytuacji konfliktowych).

### C. Realizacja programu profilaktycznego

Realizacja programu polegała na współpracy z pedagogami szkolnymi. Współpraca ta wymagała wyrażenia zgody przez dyrektorów szkół, rodziców i uczniów na przeprowadzenie programu na terenie szkoły i możliwość jego oceny. W każdym przypadku uzyskano pisemną zgodę rodziców i ustną zgodę uczniów. Wszyscy uczniowie i rodzice wyrazili również zgodę na uczestniczenie w zajęciach. Po każdym zajęciu uczniowie mogli zwracać się z indywidualnymi pytaniami do osób prowadzących. Byli też powiadomieni o możliwości konsultacji u pedagoga szkolnego oraz wychowawcy. Tydzień po zakończeniu zajęć profilaktycznych osoby prowadzące dyżurowały w szko-

le, celem indywidualnych konsultacji związanych z problematyką poszczególnych uczniów, chcących omówić własne trudności bądź wątpliwości.

#### D. Sposoby oceny wyników

Oceny programu profilaktyki zaburzeń odżywiania się dokonywano w trzech etapach. W I etapie, przed rozpoczęciem programu, przeprowadzono pretest w podgrupach badanych (liceum, technikum) i grupie kontrolnej. W II etapie, po zakończeniu programu, przeprowadzono badania posttest w obu podgrupach badanych. W III etapie, ok. 6 mies. po zakończeniu programu, przeprowadzono badanie typu follow-up w obu podgrupach badanych i grupie kontrolnej.

W badaniach użyto polskiej wersji kwestionariusza EDI (Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania) – adaptacja i normalizacja w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN [9, 10], oraz polskiej wersji kwestionariusza EAT-26 – adaptacja i normalizacja w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN [11, 12].

#### Wyniki

W tabelach 3,4 i 5 przedstawiono wyniki uzyskane w podskalach EDI oraz skali EAT-26 w badaniach pretest, posttest i 6-miesięcznym badaniu follow-up. Tabela 3 przedstawia wyniki w podgrupie uczennic liceum, tabela 4 w podgrupie uczennic technikum, tabela 5 w grupie kontrolnej. W grupie kontrolnej nie przeprowadzono badania posttest, ponieważ zakładano, że prawdopodobieństwo uzyskania innych wyników niż w badaniu pretest jest bardzo niewielkie. Badanie follow-up w tej grupie pośrednio potwierdziło powyższą hipotezę. Z uzyskanych rezultatów wynika, iż w obrębie każdej z grup (uczennice liceum, technikum, grupa kontrolna) nie obserwowano żadnych istotnych statystycznie zmian w poszczególnych badaniach (pretest – posttest – follow-up). W związku z powyższym wynika wniosek, iż realizowany program profilaktyczny nie miał wpływu na zmianę postaw wobec odżywiania się i wobec własnego ciała w grupie badanej młodzieży. Co ważne, nie stwierdzono ani negatywnego, ani pozytywnego oddziaływania przeprowadzonych zajęć.

W celu sprawdzenia, czy występuje istotne zróżnicowanie w nasileniu czynników mierzonych w podskalach EDI oraz skali EAT-26 w badaniach pretest, posttest, follow-up z uwzględnieniem typu szkoły przeprowadzono analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami w układzie 3 (nasilenie danego czynnika w kolejnych badaniach) na 2 (typ szkoły: liceum, technikum). Wyniki analizy zamieszczono w tabeli 6. Przedstawiono w niej tylko wyniki istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ), wyniki nieistotne pominięto. Przeprowadzona analiza wykazała występowanie istotnej statystycznie głównej różnicy – pomiędzy typem szkoły. Różnicę tę obserwowano w zakresie nasilenia takich czynników EDI, jak: dążenie do bycia szczupłym, bulimia, niezadowolenie z własnego ciała, nieefektywność, perfekcjonizm, świadomość interoceptywna, lęki przed dojrzałością, oraz w EAT-26. Nie stwierdzono różnicy w zakresie czynnika EDI: nieufność w relacjach międzyludzkich. Otrzymane rezultaty wskazują, iż obie grupy badane różniły się istotnie statystycznie we wszystkich kolejnych badaniach

(pretest – posttest – follow-up) w zakresie wszystkich mierzonych czynników (EDI, EAT-26), oprócz czynnika nieufność w relacjach międzyludzkich.

W celu sprawdzenia, czy występuje istotne zróżnicowanie w nasileniu czynników mierzonych w podskalach EDI oraz skali EAT-26 w badaniach pretest, follow-

Tabela 3

Średnie i odchylenia standardowe w podskalach EDI oraz EAT w podgrupie dziewcząt z liceum

Nazwa czynnika	Pretest (n1=65)	Posttest (n2=61)	Follow-up (n3=63)
<b>EDI</b>			
Dążenie do bycia szczupłym	6,22 (5,01)	5,39 (4,07)	6,92 (4,62)
Bulimia	2,06 (3,66)	1,79 (3,71)	2,33 (4,47)
Niesatysfakcja z własnego ciała	6,38 (3,60)	7,56 (3,83)	6,61 (3,74)
Neefektywność	6,8 (4,01)	6,75 (3,49)	7,06 (4,41)
Perfekcjonizm	3,88 (4,46)	3,75 (3,99)	4,19 (4,89)
Neufiducja w relacjach międzyludzkich	6,60 (3,37)	6,31 (3,36)	6,60 (3,37)
Obciążonością emocjonalną	5,57 (7,48)	5,10 (4,53)	5,11 (4,82)
LEK przed dojrzałością	5,10 (3,29)	4,03 (3,28)	5,19 (3,72)
<b>EAT</b>	<b>12,14 (12,58)</b>	<b>13,03 (13,75)</b>	<b>12,40 (11,73)</b>

Tabela 4

Średnie i odchylenia standardowe w podskalach EDI oraz EAT w podgrupie dziewcząt z technikum

Nazwa czynnika	Pretest (n1=44)	Posttest (n2=39)	Follow-up (n3=36)
<b>EDI</b>			
Dążenie do bycia szczupłym	4,88 (4,36)	5,25 (4,29)	4,78 (4,01)
Bulimia	1,05 (1,94)	0,59 (1,43)	0,94 (1,59)
Niesatysfakcja z własnego ciała	6,30 (3,11)	6,26 (3,35)	6,55 (3,72)
Neefektywność	5,48 (3,09)	4,99 (3,07)	5,28 (3,14)
Perfekcjonizm	3,14 (3,24)	2,67 (3,64)	2,00 (2,63)
Neufiducja w relacjach międzyludzkich	5,59 (3,59)	6,23 (3,48)	6,00 (3,13)
Obciążonością emocjonalną	4,29 (4,08)	4,28 (4,15)	3,38 (2,47)
LEK przed dojrzałością	3,45 (3,31)	3,53 (3,18)	3,36 (3,21)
<b>EAT</b>	<b>8,34 (6,78)</b>	<b>7,26 (5,50)</b>	<b>6,33 (5,48)</b>

Tabela 5

Średnie i odchylenia standardowe w podskalach EDI oraz EAT  
w grupie dziewcząt z grupy kontrolnej

Nazwa czynnika	Pretest (n1=117)	Follow-up (n2=94)
EDI		
Dążenie do bycia szczupłym	4,31 (4,08)	5,14 (4,16)
Bulimia	1,82 (2,07)	1,57 (2,00)
Niezadowolenie z własnego ciała	7,79 (3,07)	7,07 (3,00)
Nieefektywność	4,32 (3,07)	4,03 (3,00)
Perfekcjonizm	4,21 (3,00)	4,21 (4,40)
Nieufność w relacjach międzyludzkich	7,13 (2,05)	7,17 (3,10)
Odwiednia świadomości	4,80 (3,52)	4,59 (4,14)
LEH przed dojrzaniem	7,40 (3,02)	4,55 (3,38)
EAT	11,88 (10,00)	9,27 (8,53)

Tabela 6

Analiza wariancji w zakresie nasilenia czynników mierzonych w podskalach EDI oraz EAT  
z uwzględnieniem czynnika czasu (pretest, posttest, follow-up) oraz typu szkoły;  
podano dane różniące się istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ )

Nazwa czynnika	Czynnik czasu	Typ szkoły		
		Obecnie Liceum	Obecnie Technikum	Uwzględnienie F (1,05)
EDI				
Dążenie do bycia szczupłym	-	4,15	4,00	4,03
Bulimia	-	2,00	0,24	3,73
Niezadowolenie z własnego ciała	-	8,10	0,35	10,36
Nieefektywność	-	0,24	5,44	7,27
Perfekcjonizm	-	3,00	2,72	5,75
Nieufność w relacjach międzyludzkich	-	-	-	-
Odwiednia świadomości	-	5,46	4,05	5,00
LEH przed dojrzaniem	-	4,72	3,50	9,09
EAT	-	12,02	7,12	14,50

-up z uwzględnieniem grup (uczennice liceum, technikum, grupa kontrolna) przeprowadzono analizę wariancji z powtarzаныmi pomiarami w układzie 2 (nasilenie danego czynnika w 2 kolejnych badaniach) na 3 (podgrupa: liceum, technikum; grupa kontrolna). Wyniki analizy zamieszczono w tabeli 7. Przedstawiono w niej tylko wyniki istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ), wyniki nieistotne pominięto. Przeprowadzona analiza wykazała występowanie głównej istotnej statystycznie różnicy – pomiędzy podgrupami badanymi. Różnicę stwierdzono w zakresie nasilenia takich czynników EDI, jak: dążenie do bycia szczupłym, bulimia, nieufność w relacjach międzyludzkich, niezadowolenie z własnego ciała, nieefektywność, perfekcjonizm, świadomość

interoceptywna, oraz w EAT-26. Nie stwierdzono natomiast różnicy w zakresie czynnika EDI: lęki przed dojrzałością. Otrzymane rezultaty wskazują, iż pomiędzy podgrupami badanymi istniały różnice istotnie statystycznie w kolejnych badaniach (pretest – follow-up) w zakresie wszystkich mierzonych czynników (EDI, EAT-26) oprócz czynnika: lęki przed dojrzałością.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w badaniach pretest – posttest – follow-up w obrębie tej samej grupy w odniesieniu do wszystkich grup badanych.

Tabela 7

Liczba i procent osób z subkliniczną postacią zaburzeń odżywiania się, EAT powyżej 20 pkt. w podgrupach badanych i grupie kontrolnej

Test	Libeum			Technikum			Grupa kontrolna		
	N	N subkl.	% subkl.	N	N subkl.	% subkl.	N	N subkl.	% subkl.
Pretest	05	13	30%	44	2	4,5%	117	18	15,4%
Posttest	01	13*	21,3%	30	0*	0%	-	-	-
Follow-up	03	13*	20,0%	30	0*	0%	04	13*	12,8%

\*  $p < 0,05$  (istotność statystyczna dla różnic pomiędzy grupami)

$\chi^2(1,99) = 9,55$  – dla różnic między grupami w posttest

$\chi^2(2,193) = 8,66$  – dla różnic między grupami w follow-up

Pomimo iż liczba osób z subkliniczną postacią zaburzeń odżywiania się była w kolejnych badaniach niższa w grupie uczennic z technikum, różnice te nie osiągnęły istotności statystycznej.

W tabeli 8 przedstawiono wyniki porównania grup ze względu na punkt odcięcia w skali EAT-26 (20 pkt.). Przeprowadzona analiza za pomocą testu  $\chi^2$  nie wyka-

Tabela 8

Analiza wariancji w zakresie nasilenia czynników mierzonych w podskalach EDI oraz EAT z uwzględnieniem czynnika czasu (pretest, follow-up) oraz podgrup badanych i grupy kontrolnej; podano dane różniące się istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ )

Nazwa czynnika	Czynnik czasu	Grupy badane			Uwaga F (2, 100)
		Podgrupa uczennic libeum	Podgrupa uczennic technikum	Grupa kontrolna	
EDI	-				
Źenie do bycia szczupłym	-	0,0	4,8	5,70	3,50
Bulimia	-	2,21	0,04	1,7	3,73
Niesatysfakcja z własnego ciała	-	8,5	0,4	7,0	7,27
Niezakrywanie	-	0,80	5,01	0,38	3,30
Perfekcjonizm	-	4,05	2,72	4,34	4,17
Neufunkcyjne relacje między ludźmi	-	0,50	0,00	7,13	4,32
Odwiedniona owinięcie rąk przywino	-	5,50	3,07	4,00	2,02
Lęki przed dojrzałością	-	-	-	-	-
EAT	-	12,37	7,15	10,22	0,21



zała występowania istotnej statystycznie ( $p < 0,05$ ) różnicy w częstości występowania zaburzeń odżywiania się w podgrupach badanych (liceum, technikum, grupa kontrolna), wyrażonych ze względu na punkt odcięcia i grupę badaną w badaniu pretest. Z kolei w badaniach posttest i follow-up różnice takie potwierdzono (dane w tabeli 8).

### Wnioski

W przeprowadzonych badaniach:

1. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badaniami pretest, posttest i follow-up w stosunku do obu podgrup badanych uczennic (liceum, technikum) zarówno w ocenie EAT, jak i EDI.
2. Nie wykazano zatem oddziaływania programu profilaktycznego (zarówno pozytywnego, jak i negatywnego) na postawy wobec odżywiania się i własnego ciała w obu podgrupach badanych.
3. Nie wykazano istotnej statystycznie zmiany w częstości występowania subklinicznych przypadków zaburzeń odżywiania się w obu badanych podgrupach.
4. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w zakresie postaw wobec odżywiania się i liczby osób z subkliniczną postacią zaburzeń odżywiania się pomiędzy podgrupami (więcej nieprawidłowych postaw wobec odżywiania się i więcej przypadków subklinicznych w grupie dziewcząt z liceum).
5. Potwierdzono inne doniesienia wskazujące na nieefektywność programów profilaktycznych w zapobieganiu zaburzeniom odżywiania się.
6. Zastanawiano się nad przyczyną różnic pomiędzy obu podgrupami badanymi (ewentualne czynniki ryzyka i odporności (resilience)).

### Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż realizowany wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych program zapobiegania zaburzeniom odżywiania się nie miał wpływu na zmianę postaw wobec odżywiania się i wobec własnego ciała. Tym samym główny cel programu nie został osiągnięty. Wynik ten jest jednak spójny z wynikami wielu innych programów profilaktyki zaburzeń odżywiania się realizowanych wśród uczennic w szkołach [4, 5]. Jednocześnie wyniki badania sugerują, iż przeprowadzony program nie wpłynął negatywnie na postawy uczennic wobec odżywiania się i wobec własnego ciała. Ten rezultat wydaje się istotny o tyle, że niektóre z programów profilaktycznych nasilały niekorzystne postawy i zachowania, czy wręcz wyzwały subkliniczne postaci zaburzeń odżywiania się. Z tego punktu widzenia program przygotowany w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży wydaje się programem bezpiecznym. Uzyskane wyniki mogą kwestionować celowość przeprowadzania tego typu programów profilaktycznych wśród młodzieży w grupie wiekowej 16–17 lat.

Brak pozytywnych rezultatów programu kontrastuje jednak z listami, otrzymanymi przez realizatorów od wychowawców i uczennic, które wskazują na jego pozytywną recepcję i oddziaływanie. Oto jedno z nich: „Bardzo dziękuję za zajęcia przeprowa-

dzzone z nami. Myślę, że bardzo mi pomogły. Psychicznie czuję się lepiej. Z natury jestem osobą, która często sama sobie zaprzecza, dlatego moje odpowiedzi są takie, a nie inne. Jestem pewniejsza siebie. Znalazłam sobie chłopaka i on pomaga mi wyjść z kompleksów. Dziękuję”. List ten został napisany do realizatorów programu pół roku po jego przeprowadzeniu, przy okazji badań follow-up. Analiza treści może wskazywać, że pozytywne zmiany, jakie przyniósł program dla tej konkretnej uczennicy, to większa pewność siebie, umiejętność nawiązania satysfakcjonującego związku z chłopakiem, ale nie „wyjście z kompleksów”. To ostatnie wydaje się procesem głębszym i bardziej długofalowym. W tym sensie można postawić tezę, iż procesy leżące u podłoża zaburzeń odżywiania się, a przejawiające się niską samooceną, nadmierną koncentracją na wyglądzie i masie ciała, nieakceptacją własnego ciała zakotwiczone są znacznie głębiej, niż sięgają oddziaływania programów profilaktycznych (tzw. „core beliefs” wg terapii behawioralno-poznawczej). Zmiana ich w kilkutygodniowym programie wydaje się mało możliwa.

Z drugiej strony analiza otrzymanego listu wskazuje na fakt, iż być może zmiany, które przyniósł program, dotyczyły bardziej sfery społecznej funkcjonowania młodzieży (relacje z rówieśnikami oraz rodzicami). Ta zmiana nie była oceniana w programie. Być może w przyszłości w ocenie wyników należałoby użyć np. Kwestionariusza Więzi z Rodzicami i Rówieśnikami jako narzędzia badającego sferę relacji. Wydaje się, że pozytywna zmiana w tej sferze może długofalowo wpływać na zmianę postaw i zachowań wobec odżywiania się. Tezy te wymagałyby jednak potwierdzenia w kolejnych badaniach. Analiza otrzymanego listu może taką zależność sugerować.

Można też przypuszczać, że w wieku, w którym najczęściej ujawniają się zaburzenia odżywiania się, jest już za późno na efektywne stosowanie programu profilaktycznego. Być może powinien on być stosowany wcześniej, w 12–14 r.ż., jak postulowali to Stewart i wsp. [4, 5], kiedy dziewczęta są we wcześniejszej fazie kształtowania się poczucia własnej wartości i tożsamości związanej z płcią. Wymagałoby to przygotowania i zbadania skuteczności oddziaływań u dziewcząt w tym wieku. Być może oddziaływania profilaktyczne powinny być skierowane do rodziców dziewczynek przed okresem dorastania, w celu zwiększenia ich kompetencji rodzicielskich, tak aby mogli pomagać córkom w rozwoju i zaakceptować perspektywy stawania się kobietami. Nieskuteczność profilaktyki stosowanej w grupie 17-latek może wskazywać też na znaczenie kontekstu społecznego, w którym żyją dziewczęta i na który opisany program nie mógł mieć wpływu – społecznie wyznaczana rola kobiety, promowane wartości i kryteria oceny powodzenia życiowego z jednej strony, a niska tolerancja różnorodności i dążenie do unifikacji, z drugiej, sprawiają iż wygląd zewnętrzny zgodny z kanonem nabiera znaczenia. Wydaje się, że pomocna mogłaby być szeroko zakrojona akcja edukacji społecznej promująca różnorodność wyborów życiowych oraz niezależne od wyglądu kryteria oceny ludzi i lansowanie różnych typów budowy ciała jako piękna.

Ważnym rezultatem badań wydaje się wynik wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy liceum a technikum w zakresie postaw wobec odżywiania się i własnego ciała oraz liczby subklinicznych przypadków z zaburzeniami odżywiania się. Obserwowano bardziej zaburzone postawy i więcej przypadków

w liceum niż w technikum. Wynik ten był stabilny o tyle, że utrzymywał się w badaniach pretest, posttest i follow-up. Bardzo interesującym zagadnieniem byłaby próba odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki ryzyka, bądź czynniki ochrony, różnicują obie grupy. Odpowiedź wymagałaby oczywiście przeprowadzenia kolejnych badań, jednakże rozmowa z pedagogiem szkolnym sugeruje, iż obie grupy uczniów różnią się zasadniczo w wielu aspektach. W technikum jest większa liczba zajęć praktycznych (warsztaty, praktyki), więcej zadań wykonywanych razem (w grupach), konieczność współpracy w tych zadaniach, mniejsza rywalizacja i wrogość w grupie, możliwość obserwowania efektów swojej pracy (ogrodnictwo), bardziej skonkretyzowane cele życiowe, większe tzw. „zgranie w grupie”. W przypadku licealistów wg pedagoga szkolnego w klasach istnieje większa rywalizacja i wrogość, większy indywidualizm, rzadko podejmowane są prace wspólne, rzadziej obserwuje się tak konkretne rezultaty swojej pracy, jak w technikum ogrodniczym, jednocześnie cele życiowe uczniów liceum są znacznie mniej konkretnie sprecyzowane. Obie grupy różnią się też liczbą zajęć i tzw. „obciążeniem nauką”. Więcej zajęć, prac domowych jest w grupie dziewcząt z technikum, które, poza zwyczajnym programem szkolnym, realizują rozwinięty program przedmiotów zawodowych.

Potwierdzenie, bądź nie, tych zależności pomiędzy opisanymi czynnikami psychospołecznymi a wysokim poziomem zaburzonych postaw wobec odżywiania się i własnego ciała wymagałoby kolejnych badań. Wydaje się, że wśród wymienionych wyżej aspektów mogą kryć się ważne czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania się i odporności na nie.

### **Ðġġāđřēēř đđġōĉēřēñĉē řđđōřlġġē đĉņřġġ .** **Ðĉēņřġġūđ ĉņņēłāġāřġġ**

#### **Ńġāđēřġġ**

**Ćřāřġġēł:** Ðġġāłāġġġūđ, āġ ħłāġ āđłēłġġ, ĉņņēłāġāřġġġ ġřā đđĉēłġġġēđ đđġōĉēřēñĉē=łņēĉō đđġāđřēē řđđōřlġġē đĉņřġġġ ōēřĉūāřġġġ ġř ĉō ġġāġġġġġġġġ ħēĉ ġĉġ ġř ĉĉēłġġġġġ ġņġġā ēřē ħřēġāġ đĉņřġġġġġ , ħřē ĉ Ĳōłġēĉ ġāġġāłġġġāġ ħłēř, Ćřāřġġēł ĉņņēłāġāřġġġġġ āūēř Ĳōłġēř đđġōĉēřēñĉē=łņēġē đđġāđřēēŧ ā āđōđđł ō=łġġġō ħđłāġġō řēġē.

**Ĕłġā:** 109 ō=łġġō āřđřāñēĉō ħđłāġġō řēġē đđĉġĉēřēġ ō=řġġĉġ ā 8 āđōđđřō đđġōĉēřēñĉē=łņēġē đđġāđřēēŧ. Ĕġġđēŧūġř āđōđđř ġġġġāē ġř 117 ō=łġġō. Ĳōłġēĉ đġĉōēŧġġġā āłēñġāĉ đđġāłāġġ ā ħđłō ŧġġđřō: đđġġġġġ, đġġġġġġġ, đġĉōēŧġġ đġġēł đđēōāġāř ħġ āđłēłġġ ġēġġ=řġġġ đđġāđřēēŧ. Āē ĉņņēłāġāřġġē ĉġđġēŧġāřġġ řġēġġ ĤĤŃ-26 ĉ ĤĤ 1.

**Ĥġĉōēŧġġġ:** Ðġēō=łġġūł đġĉōēŧġġġ ōēřĉūāřġġġ ġř ġġġġġġāĉł ġōŧġġġāġġāġ āēĉ ġĉġ đđġōĉēřēñĉē=łņēġē đđġāđřēēŧ ġř ĉĉēłġġġġġ ġņġġġġġġġ ē ġġāġġāġġġēō ħłēō ĉ ħđġġāġā đĉņřġġġġġġ. Ńōŧġġġāġġġūł đřĉēĉ=ĉġ ā ġāēřġġġ ġņġġġġġġġ ē ġġāġġāġġġēō ħłēō ĉ đĉņřġġġġġġġ ġł ġġēł=łġŧ ā ġāłĉō ĉņņēłāġāřġġġūō đġāāđōđřō (ō=łġġġōŧ ēĉōłġġ ĉ ō=łġġġōŧ ħłōġĉēōēř) āġ āġłō ħđłō ĉņņēłāġāřġġġġġ (đđġġġġġ, đġġġġġġġ, đġĉōēŧġġġ).

**Āŧāġāŧŧ:** Ćņņēłāġāřġġġġġ đđġāđřēēř đđġōĉēřēñĉēĉē řđđōřlġġē đĉņřġġġġġ ġł 'āē' ħġġ ŧōđłēĉġāġŧē ĉġġġōēłġġē ĉĉēłġġġġġġġ ġņġā ē ġāġġāġġġġēō ħłēō ĉ đĉņřġġġġġġġġ ā āđōđđł ō=łġġō ā āġĉđřġġġ 16–17 ēłġ. Ā đġġēłāōŧŧēō ġřāēġāġġġġġġ ō Ĳōĉġ āŧēġ āŧ ō=łġġġū āġēłł ēēřāřĉē āġĉđřġġġ ō=łġġō, đđĉġĉēřġŧēō ō=řġġĉġ ā đđġāđřēēł (ġřđđĉēłđ 12–14-ēłġġēō), ř ħřēĉġ đġāāġđ ēłġāġā Ĳōłġēĉ ēņņēłāōŧŧēō ĉĉēłġġġġġġ ā ēġġġēřġġō ħġ ħāłđġġġēĉēřĉē, ġņġġġġġġġġġ ō đġāĉġġēĉ-āłġĉ, ř ħřēĉġ ħřēġġōłġēĉ. Ńōŧġġġāġġġūł đřĉēĉ=ĉġ ēłĉāō ō=łġġġōřēĉ ēĉōłġġġġġġġġġ ē ħłōġĉēōēř ēġāōġ ōēřĉūāřġġġġġ ġř ġřēĉ=ĉġ āřĉġŧūō ōřēġġđġā đĉġēř ĉ / ĉēĉ ĉřŧĉŧŧŧ, ġġēĉ=řġŧēłē ġāł đġāāđōđřŧŧ.

## Programm der Prophylaxe der Ernährungsstörungen – Untersuchungen

### Zusammenfassung

**Ziel:** Bisherige Untersuchungen an der Anwendung der Prophylaxeprogramme in den Ernährungsstörungen zeigen auf ihren nicht eindeutigen Einfluss auf die Stellungnahme gegenüber der Ernährung und gegenüber dem eigenen Körper. Das Ziel der Untersuchung war die Beurteilung des Prophylaxeprogramms in der Gruppe der Schülerinnen der Oberschulen.

**Methode:** 109 Schülerinnen aus den Warschauer Oberschulen nahmen an 8 Treffen der Prophylaxeprogramms teil. Die Kontrollgruppe bildeten 117 Schülerinnen. Die Beurteilung der Wirkungsergebnisse wurde in 3 Etappen durchgeführt - Prätest, Posttest, Follow up nach einem halben Jahr nach der Beendigung des Programms. Es wurden die Fragebögen EDI und EAT-26 benutzt.

**Ergebnisse:** Die erzielten Ergebnisse zeigen darauf, dass das Prophylaxeprogramm keinen bedeutenden Einfluss auf die Veränderung der Stellungnahme zu dem eigenen Körper und zu der Ernährung hat. Bedeutende Unterschiede wurden darin in beiden untersuchten Untergruppen (Schülerinnen der allgemeinbildenden Oberschule und des Technikums) in allen drei Untersuchungen (Prätest, Posttest, Follow - up) bemerkt.

**Schlussfolgerungen:** Das untersuchte Prophylaxeprogramm für Ernährungsstörungen ist kein effektives Mittel der Veränderung ihrer Stellungnahme zu dem eigenen Aussehen und zu der Ernährung in der Gruppe der Schülerinnen im Alter von 16 - 17 Jahren. In weiteren Untersuchungen sollte man das jüngere Alter der Schülerinnen berücksichtigen, die an dem Programm teilnehmen (zB. 12– 14 Jahre) und eine andere Wahl der Beurteilungsmethoden, die die Veränderungen in den Relationen zwischen den Gleichaltrigen, den Eltern - Kindern und in der Selbstbeurteilung untersuchen. Bedeutende Unterschiede unter den Schülerinnen der allgemeinbildenden Oberschule und des Technikums können auf wichtige Risikofaktoren und/oder Schutzfaktoren zeigen, die die beiden Untergruppen unterscheiden.

## Le programme préventif des troubles d'alimentation

### Résumé

**Objectif:** les recherches récentes concernant les programmes préventifs des troubles d'alimentation obtiennent les résultats ambigus. Cet article vise à estimer le programme adressé aux élèves des écoles secondaires.

**Méthode:** 109 filles des écoles secondaires de Varsovie participent à 8 sessions du programme préventif. Le groupe de contrôle compte 117 filles. Les résultats sont analysés en trois étapes – avant le teste, après et follow-up six mois après à l'aide des questionnaires EDI et EAT-26.

**Résultats:** les résultats obtenus suggèrent que le programme préventif n'influe pas d'une manière significative sur les changements des comportements des personnes examinées. Dans ces deux groupes de filles examinées (élèves des lycées et élèves des lycées d'enseignement professionnel) on note des importantes différences d'attitudes envers le corps et l'alimentation au cours de trois étapes d'examen – avant, après et follow-up.

**Conclusions:** le programme préventif analysé n'est pas l'instrument effectif des changements des attitudes envers le corps et l'alimentation des filles de l'âge de 16–17 ans. Les examens futurs doivent prendre en considération les filles de l'âge de 12–14 ans et il faut choisir les méthodes analysant les relations mutuelles, les relations «enfants – parents» et l'auto-estimation. Les différences significatives parmi des élèves du lycée et du lycée d'enseignement professionnel suggèrent que les autres facteurs du risque ou de protection peuvent jouer ici un rôle important.

**Piśmiennictwo**

1. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. (Revision). Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1 (supl.): 1–39.
2. Harris EC, Barraclough B. *Excess mortality of mental disorder*. Brit. J. Psychiatry 1998; 173: 11–33.
3. Fairburn CG. *The prevention of eating disorders*. W: Brownell KD, Fairburn CG, red. *Eating disorders and obesity*. New York, London: Guilford Press; 1995: 289–293.
4. Stewart A. *Experience with a school-based eating disorders prevention programme*. W: Noordenbos G, Vandereycken W, red. *Prevention of eating disorders*. London: Athlone Press; 1998: s. 99–136.
5. Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. *Modifications of eating attitudes and behaviour in adolescent girls: a controlled study*. Int. J. Eat. Disord. 2001; 29: 107–118.
6. Mann T, Nolen-Hoeksema S, Huang K, Burgard D, Wright A, Hanson K. *Are two interventions worse than none? Join primary and secondary prevention of eating disorders in collage females*. Health Psychol. 1997; 16: 215–225.
7. Killen JD, Barr Taylor C, Hammer L, Wilson DM, Rich T, Hayward C, Simmonds B, Kraemer H, Varady A. *An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices to young adolescent girls*. Int. J. Eat. Disord. 1993; 13: 369–384.
8. Pearson J, Goldklang D, Striegel-Moore RH. *Prevention of eating disorders: challenges and opportunities*. Int. J. Eat. Disord. 2002; 31: 233–239.
9. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. *The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia*. W: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Cocina DV, red. *Anorexia nervosa: recent developments in research*. New York: Alan R. Liss; 1983, s. 173–184.
10. Żechowski C. *Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania – Eating Disorder Inventory (EDI) – adaptacja i normalizacja*. Rozdział nieopublikowanej pracy doktorskiej: *Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się*. IPiN w Warszawie; 2002, s. 80–104.
11. Garner DM, Garfinkel P. *The Eating Attitude Test: An index of symptoms of anorexia nervosa*. Psychol. Med. 1979; 9: 273–279.
12. Włodarczyk-Bisaga K. *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się wśród uczniów szkół licealnych, studentek oraz robotnic*. Niepublikowana praca doktorska. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; 1992.

Otrzymano: 22.04.2003

Zrecenzowano: 16.05.2003

Przyjęto do druku: 25.09.2003

Adres: Klinika Dzieci i Młodzieży IPiN  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego

