KOSMOS
PROBLEMY NAUK BIOLOGICZNYCH

Tom 68 2019
Numer 2 (323)
Strony 165–176

Polskie Towarzystwo Przyrodników im. Kopernika

IZABELA DANIEL, MAGDA BRUSZKOWSKA, JOANNA SADOWSKA, KAROLINA ZIÓŁKOWSKA

Zakład Fizjologii Żywienia Człowieka
Wydział Nauk o Żywności i Rybactwa
Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie
Papieża Pawła VI 3, 71-459 Szczecin
E-mail: joanna.sadowska@zut.edu.pl

SYNDROM GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ JAKO PROBLEM NIE TYLKO SZCZUPŁYCH DZIEWCZĄT

WSTĘP

W ostatnich latach, wśród dzieci i młodzieży obserwuje się wzrost częstości zachorowań na zaburzenia odżywiania, przede wszystkim na anoreksję (SMINK i współaut. 2012). Przyczyn tego zjawiska upatruje się w zmianach społeczno-kulturowych, które mają miejsce w zachodnich społeczeństwach. Aktywność dorosłych, skupiająca się często na obronie zagrożonej pozycji standardu życia, marginalizuje potrzeby kontaktu psychicznego dzieci. Presja otaczającego młodzież środowiska, w którym poddawane są one nieustannej ocenie, wygórowanym oczekiwaniom, nierzadko krytyce i w którym spotykają się z brakiem akceptacji powoduje, że potrzeby emocjonalnego kontaktu z rodzicem/opiekunem są większe niż kiedykolwiek wcześniej. Wśród czynników sprzyjających wzrostowi częstości występowania zaburzeń odżywiania można także wymienić wzrost tempa życia, większą dostępność różnorodnych produktów spożywczych oraz udział środków masowego przekazu w promowaniu szczupłej sylwetki, przy częstej emisji reklam wysokoprzetworzonej żywności.

CZYNNIKI RYZYKA ANOREKSJI

Do najczęściej występujących zaburzeń odżywiania należą *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*. Etiologia anoreksji nie jest dostatecznie wyjaśniona. Na jej powstanie wpływa wiele czynników, które dzieli się na: predysponujące do zachorowania, wyzwalające chorobę lub przyspieszające wystąpienie jej objawów i podtrzymujące chorobę. Inny podział obejmuje czynniki biologiczne i pozabiologiczne sprzyjające anoreksji. Do czynników biologicznych zalicza się: uwarunkowania genetyczne, zaburzenia endokrynologiczne na osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, zaburzenia syntezy neuroprzekaźników (serotoniny, noradrenaliny, opioidów endogennych) oraz określone cechy osobowości (perfekcjonizm, wysoki poziom lęku, poczucie niskiej wartości). Do czynników pozabiologicznych zalicza się: wzorce kulturowe promujące szczupłą sylwetkę, rozpoczęcie stosowania diety odchudzającej i sytuacje stresowe. Wśród czynników pozabiologicznych wyróżnia się także czynniki rodzinne, warunkujące specyficzne wzorce relacji w rodzinie (uwikłanie, nadopiekuńczość, sztywność, unikanie konfliktów, angażowanie dziecka w konflikty pomiędzy rodzicami, wysokie oczekiwania rodziny w stosunku do dziecka). Na zachorowanie na anoreksję najbardziej narażone są osoby w wieku 13-25 lat. Najczęściej chorują na nią dziewczęta i młode kobiety, które stanowią 90-95% wszystkich chorych. Anoreksja jest chorobą przewlekłą, trudną do leczenia, o dużej śmiertelności, według różnych źródeł sięgającą od 5 do 15% (WELCH i GHADERI 2015). Dlatego istotne jest podejmowanie działań mających na celu wczesną identyfikację osób, które są w grupie ryzyka wystąpienia i skuteczne jej zapobieganie.

Słowa kluczowe: adolescencja, stan odżywienia, syndrom gotowości anorektycznej, zaburzenia odżywiania

Tabela 1. Wskaźniki charakterystyczne dla SGA (ZIÓŁKOWSKA 2005).

Sfery funkcjonowania		Wskaźniki syndromu gotowości anorektycznej
Psyche	samoocena	– zazwyczaj nierealistyczna, zaniżona, niekiedy dotycząca wybranej sfery życia, a nie ogólnego funkcjonowania; złe znoszenie porażek; przypisywanie sobie winy za wszelkie niepowodzenia
	perfekcjonizm i wytrwałość	– znaczna potrzeba kontroli, będąca podstawą późniejszej wytrwałości zaznacza się w wybranych dziedzinach aktywności; potrzeba perfekcjonizmu, jednak chęć bycia doskonałą nie obejmuje wszystkich sfer życia
	stosunek do jedzenia	– bywa nieprawidłowy (stosowanie diety, traktowanie pożywienia jako „pocieszyciela", celebracja posiłków lub chaos w jedzeniu); początkowo może być przeciętny, natomiast zdarzenie takie, jak: choroba somatyczna, diety w rodzinie, negatywne komentarze na temat atrakcyjności, mogą wyzwolić zmianę nawyków żywieniowych
	poczucie własnej atrakcyjności	– nieadekwatna ocena własnej atrakcyjności, skłonność do jej zaniżania, tendencja do przeceniania roli atrakcyjności fizycznej, np. w osiągnięciu powodzenia życiowego
	emocje i nastroje	– skłonność do nastroju przygnębienia i niezadowolenia z siebie
Soma	masa i wymiary ciała	– masa w normie lub ponad normę dla wieku i wzrostu – skłonność do nadmiernego skupiania się na własnej masie i wymiarach ciała – porównywanie się z aktorkami, modelkami
Polis	relacje w systemie rodzinnym	– nieprawidłowe (oparte na nadmiernej bliskości lub dystansie) albo: dość dobrze funkcjonująca rodzina
	podatność na wpływ reklamy	– wybiórcza podatność na wpływ reklamy, porównywanie się do ideałów urody kobiecej przekazywanej przez media

Anoreksja psychiczna jest rozpoznawana na podstawie ściśle określonych kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-V.

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego według ICD-10 (PUŻYŃSKI i WCIÓRKA 2000) to:

– zmniejszenie masy ciała (albo brak przyrostu – u dzieci) prowadzące do osiągnięcia masy ciała 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej dla wieku albo BMI równe lub mniejsze od 17,5;

– zachowania mające na celu zmniejszenie masy ciała: unikanie „tuczącego" pożywienia, prowokowanie wymiotów, przeczyszczania, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków zmniejszających łaknienie albo moczopędnych;

– obawa przed przytyciem i zaburzony obraz własnego ciała;

– zaburzenia hormonalne, manifestujące się u kobiet zanikiem miesiączki, a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych i potencji;

– zaburzenie nie spełniające kryteriów rozpoznania bulimii psychicznej.

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego wg DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013) to:

– ograniczenia poboru energii w stosunku do zapotrzebowania, prowadzące do znacząco niskiej masy ciała w kontekście wieku, płci, zdrowia fizycznego. Znacząco mniejsza masa jest zdefiniowana jako mniejsza niż minimalna normalna;

– intensywny lęk przed przyrostem masy ciała i przytyciem lub uporczywe zachowania, które kolidują z przyrostem masy ciała, nawet gdy masa ciała jest znacząco niska;

– zakłócenie sposobu oceny masy i kształtu własnego ciała, nadmierny wpływ masy ciała lub jego kształtu na samoocenę albo zaprzeczanie powadze aktualnie niskiej masy ciała.

SYNDROM GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ

Opisane kryteria, ze względu na różny stopień zaawansowania choroby oraz większe nasilenie zaprzeczania objawom u pacjentów młodszych, są mniej przydatne w rozpoznawaniu zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży (BRAVENDER i współaut. 2010). Nie zawsze możliwe jest też zdiagnozowanie pełnoobjawowej anoreksji, ze względu na niewystępowanie wszystkich objawów. W przypadku tych osób można jednak mówić o pewnej predyspozycji do wystąpienia anoreksji, która została określona jako Syndrom Gotowości Anorektycznej (SGA). Oznacza on

uwarunkowany psychologicznie, społecznie i kulturowo zespół objawów, które mogą wskazywać na nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej i stosunku do swojego ciała. Termin ten zdefiniowała i wprowadziła do literatury ZIÓŁKOWSKA (2001). Opisując cechy charakterystyczne dla SGA, ZIÓŁKOWSKA (2005) przedstawiła jego szczegółowe wskaźniki (Tabela 1).

Do zachowań anorektycznych, charakterystycznych dla ujawniania się syndromu anorektycznego, należą:

– ponadprzeciętna wiedza na temat wartości odżywczej pożywienia, liczenie wartości energetycznej (kalorii) spożywanego jedzenia;

– wysokie zainteresowanie swoim wyglądem i własną osobą, porównywanie się z wzorcami idealnej kobiecej sylwetki pokazywanej w mass mediach;

– obsesja na punkcie kontroli masy i rozmiarów swojego ciała i towarzyszące temu napięcie emocjonalne;

– wyolbrzymianie rozmiarów swojego ciała;

– nagłe zainteresowanie i przejawianie aktywności ruchowej;

– potrzeba kontroli, nadmierny perfekcjonizm;

– niestałe emocje, uwarunkowane niewłaściwym wyobrażeniem swojego ciała i nieprawidłowym podejściem do realizacji potrzeby pokarmowej;

– szczególna podatność na bodźce zewnętrzne, zwłaszcza pochodzące z mass mediów, głównie dotyczące prezentowanych przez nie obecnych kanonów piękna (ZIÓŁKOWSKA 2000, 2001, 2009; CHYTRA-GĘDEK i KOBIERECKA 2008; BRYTEK-MATERA i RYBICKA-KLIMCZYK 2012).

Czynniki, które mogą determinować wystąpienie SGA, zakwalifikowane zostały jako wskaźniki odbiegające od prawidłowego podejścia do postępowania z pokarmem i obrazem własnego ciała. Wśród nich wymienia się nabyty i powielany przez jednostkę styl i charakterystyczny rodzaj reakcji w sytuacji trudnej, mogący wywołać ekspresję zachowań anorektycznych i podnieść poziom gotowości anorektycznej, szczególnie na etapie dojrzewania.

Kluczowe znaczenie w ujawnieniu się niewłaściwej postawy wobec jedzenia i ciała przypisuje się: rodzajowi kontaktów z rodzicami, stylowi życia i wychowania w rodzinie, relacjom w niej panującym oraz postawie rodziców. Jak więc widać, czynnik rodzinny odgrywa istotną rolę w kształtowaniu zaburzeń żywieniowych, a jako główne, prowokujące powstanie gotowości anorektycznej uznaje się: zaburzenia dystansu między dzieckiem a rodzicami, nieprawidłowości w zakresie percepcji swojego ciała, brak właściwej strategii radzenia sobie ze stresem (jako czynnik podmiotowy) oraz okres dojrzewania i panujące podczas niego wzorce kulturowe (stanowiące czynnik środowiskowy), a także dodatkowo, wystąpienie sytuacji trudnej dla jednostki (ZIÓŁKOWSKA 2001, BRYTEK-MATERA i RYBICKA-KLIMCZYK 2012, KOROLIK i KOCHAN-WÓJCIK 2015).

Syndrom gotowości anorektycznej nie powinien być kojarzony ze specyficznymi zaburzeniami odżywiania takimi jak *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*. Nie kwalifikuje się go również do niespecyficznych (nie zróżnicowanych pod kątem etiologii i zespołu symptomów, wykazujących zaburzone realizowanie potrzeby pokarmowej), nawet jeżeli można zauważyć występowanie części objawów charakteryzujących nieprawidłowy stosunek do jedzenia i obrazu ciała (ZIÓŁKOWSKA 2001, BRYTEK-MATERA i RYBICKA-KLIMCZYK 2012). SGA to pewna gotowość do reagowania głodówką w sytuacji trudnej.

Młodzież w okresie dojrzewania jest bardzo podatna na wpływy otaczającego ją środowiska zewnętrznego, dlatego stanowi grupę, w której warto wprowadzać różnego rodzaju działania profilaktyczne w zakresie występowania zaburzeń odżywiania. Wczesna identyfikacja osób ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń odżywiania umożliwia odpowiednie postępowanie profilaktyczne i może zapobiec wystąpieniu choroby (RIENECKE 2017). Może też zapobiegać stosowaniu diet odchudzających, które powodują rozregulowanie podstawowej przemiany materii, co w późniejszym okresie może manifestować się zwiększoną tendencją do nadmiernych przyrostów masy ciała. Wykazano, że nastolatki, które stosowały dietę redukcyjną w okresie dojrzewania miały większe ryzyko rozwoju otyłości w życiu dorosłym, w porównaniu do nastolatków, które nie stosowały tych diet (SPEAR 2006, NEUMARK-SZTAINER i współaut. 2007). Działania profilaktyczne częściej są podejmowane w stosunku do dziewcząt z niską masą ciała, która budzi zaniepokojenie rodziców, opiekunów, wychowawców. Należy jednak zadać pytanie, czy zachowania charakterystyczne dla SGA nie występują także u dziewcząt z wyższą masą ciała.

WYSTĘPOWANIE ZACHOWAŃ CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA SGA W WYBRANEJ GRUPIE DZIEWCZĄT

Badaniem objęto 516 dziewcząt w wieku 14–16 lat (15,1±1,2), mieszkających w Szczecinie i uczęszczających do szkół gimnazjalnych. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, dyrekcji szkół, rodziców i uczennic. Wśród dziewcząt przeprowadzono badania ankietowe, w oparciu o Kwestiona-

riusz do Badania Indywidualnego Stosunku do Jedzenia ZIÓŁKOWSKIEJ (2001), zawierający 20 twierdzeń, które odnoszą się do czterech zmiennych diagnozujących Syndrom Gotowości Anorektycznej. Są to: formy zbijania masy ciała, stosunek do jedzenia, styl wychowania w rodzinie i spostrzeganie własnej atrakcyjności. Twierdzenia powinny zostać poparte lub zanegowane. W zależności od pytania odpowiedź twierdząca (pyt. 1-12, 15, 17-20) lub negująca (pyt. 13, 14, 16) punktowana jest 1 punktem i wskazuje na zachowania anorektyczne. Maksymalna liczba punktów wynosi 20, wynik do 6 punktów wskazuje na niski poziom SGA, od 7 do 13 na średni, a 14 p. i powyżej na wysoki poziom SGA (ZIÓŁKOWSKA 2001, MERKIEL i współaut. 2014).

Przeanalizowano także procentowy udział dziewcząt, które zaznaczyły kolejno:

– dla Kryterium 1 – zbijanie masy – minimum 4 z 5 odpowiedzi diagnostycznych,

– dla Kryterium 2 – stosunek do jedzenia – minimum 2 z 3 odpowiedzi diagnostycznych,

– dla Kryterium 3 – styl wychowania w rodzinie – minimum 2 z 3 odpowiedzi diagnostycznych,

– dla Kryterium 4 – stosunek do atrakcyjności fizycznej – minimum 7 z 9 odpowiedzi diagnostycznych.

Przeprowadzono także badania ankietowe oraz wykonano pomiary masy ciała i wzrostu dziewcząt. Masę ciała określono z dokładnością do 0,1 kg, wysokość zmierzono przy użyciu stadiometru z dokładnością do 0,1 cm. Na podstawie otrzymanych wyników wyliczono wartość wskaźnika masy ciała BMI (ang. body mass index) ze wzoru:

$$BMI = \text{masa ciała [kg]}/\text{wzrost [m]}^2$$

Stan odżywienia badanych określono w oparciu o siatki centylowe BMI (RÓŻDŻYŃSKA-ŚWIĄTKOWSKA i współaut. 2013). Udziału w badaniach antropometrycznych odmówiło 17,8% dziewcząt, które wypełniły kwestionariusz SGA. Do dalszych analiz dziewczęta podzielono na pięć grup: dziewczęta z niedowagą, z prawidłową masą ciała poniżej 50 centyla, prawidłową masą ciała powyżej 50 centyla, nadmierną masą ciała oraz nieważone.

Analizy statystyczne uzyskanych wyników wykonano w programie Statistica. Przyjęto podział badanej populacji w zależności od stanu odżywienia. Zmienne jakościowe przedstawiono w tabelach kontyngencji, a w celu określenia różnic statystycznie istotnych zastosowano ANOVĘ rang Kruskala-Wallisa. Aby określić, między którymi podgrupami wystąpiło statystyczne zróżnicowanie, zastosowano test wielokrotnego porównania średnich rang dla wszystkich grup.

Tabela 2. Ocena stanu odżywienia badanych dziewcząt wykonana na podstawie wartości wskaźnika BMI, n=424.

Cecha	Dziewczęta	
Masa ciała [kg]		
$\bar{x}$ ±SD	56,7±9,28	
zakres	(37,9–83,3)	
Wysokość ciała [cm]		
$\bar{x}$ ±SD	164±5,65	
zakres	(147,5–177)	
BMI [kg/m^2]		
$\bar{x}$ ±SD	21,1±3,26	
zakres	(15,5–31,9)	
Stan odżywienia	n	%
Niedowaga	48	11,3
Prawidłowa masa ciała ≤50c	132	31,1
Prawidłowa masa ciała >50c	172	40,5
Nadwaga	60	14,1
Otyłość	12	2,83

STAN ODŻYWIENIA BADANYCH DZIEWCZĄT

Analizując stan odżywienia badanych dziewcząt, określony na podstawie wartości wskaźnika BMI odniesionego do obowiązujących siatek centylowych, stwierdzono, że 71,7% dziewcząt biorących udział w badaniach antropometrycznych miało prawidłową masę ciała (31,1% – ≤50c, 40,6% – >50c), 11,3% badanych miało zbyt niską masę ciała w stosunku do wzrostu i wieku, a 16,9% charakteryzowało się nadmierną masą ciała, w tym 14,1% nadwagą, a 2,83% było otyłych (Tabela 2).

SYNDROM GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ

Badania poziomu Syndromu Gotowości Anorektycznej przeprowadzone na podstawie kwestionariusza opracowanego przez ZIÓŁKOWSKĄ (2001) wykazały, że średni jego poziom zdiagnozowano u 59,7% badanych dziewcząt, u 3,88% badanych występował on w stopniu wysokim (Tabela 3).

Analizując częstość występowania SGA w zależności od stanu odżywienia stwierdzono, że średni jego poziom występował istotnie częściej u dziewcząt z prawidłową masą ciała >50c (67,4%) i dziewcząt z nadmierną masą ciała (83,3%) oraz u dziewcząt, które nie wyraziły zgody na pomiary masy ciała i wysokości (52,2%), w porównaniu do dziewcząt z niedowagą (41,7%) (Tabela 3). W grupie dziewcząt nieważonych stwierdzono statystycznie istotnie wyższy odsetek z wysokim

Tabela 3. Diagnoza poziomu SGA w zależności od stanu odżywienia, [%], n=516.

Poziom SGA	Stan odżywienia					Razem
	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała ≤50c	Prawidłowa masa ciała >50c	Nadwaga lub otyłość	Nieważone	
	n=48	n=132	n=172	n=72	n=92	n=516
Niski	58,3[c]	48,5[bc]	30,2[ab]	16,7[a]	34,8[ab]	36,4
Średni	41,7[a]	48,5[ab]	67,4[bc]	83,3[c]	52,2[bc]	59,7
Wysoki	0,00[a]	3,03[a]	2,33[a]	0,00[a]	13,0[b]	3,88

a,b,c – różnymi wskaźnikami literowymi zaznaczono istotność w wierszach dla $p \leq 0,05$.

Tabela 4. Dziewczęta spełniające poszczególne kryteria SGA w zależności od stanu odżywienia, [%], n=516.

Kryterium	Stan odżywienia					Razem
	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała ≤50c	Prawidłowa masa ciała >50c	Nadwaga lub otyłość	Nieważone	
	n=48	n=132	n=172	n=72	n=92	n=516
Kryt. 1 (4 z 5)	0,00	0,00	2,33	0,00	4,35	1,55
Kryt. 2 (2 z 3)	25,0	21,2	30,2	27,8	34,8	27,9
Kryt. 3 (2 z 3)	0,00[a]	24,2[ab]	20,9[ab]	27,8[ab]	34,8[b]	23,3
Kryt. 4 (7 z 9)	8,33	21,2	27,9	27,8	21,7	23,3

a,b – różnymi wskaźnikami literowymi zaznaczono istotność w wierszach dla $p \leq 0,05$.

poziomem SGA w porównaniu do pozostałych grup.

Analizując częstość występowania odpowiedzi charakterystycznych dla SGA w poszczególnych kryteriach stwierdzono, że najrzadziej występującymi zachowaniami charakterystycznymi dla SGA było „zbijanie wagi"; spełniało je 1,55% badanych. Pozostałe kryteria spełniane były przez 23,3-27,9% badanych (Tabela 4). Różnice istotne statystycznie w obrębie grup wystąpiły dla kryterium 3 (styl wychowania w rodzinie); kryterium tego nie spełniała żadna z dziewcząt z niedowagą. Różnicę statystycznie istotną stwierdzono pomiędzy dziewczętami z niedowagą (0%) a nieważonymi (34,8%), które najczęściej spełniały to kryterium spośród wszystkich badanych grup (Tabela 4).

FORMY KONTROLI I REDUKCJI MASY CIAŁA

W Tabeli 5 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące form kontroli i redukcji masy ciała w zależności od stanu odżywienia badanych. Stwierdzono istotny statystycznie wpływ stanu odżywienia na odpowiedzi na trzy spośród pięciu przedstawionych twierdzeń. Odsetek dziewcząt z prawidłową masą ciała >50c oraz dziewcząt z nadwagą lub otyłością, które stosowały głodówki lub ograniczały jedzenie, intensywnie ćwiczyły i/lub starały się ograniczać w diecie tłuszcze i węglowodany, był statystycznie istotnie wyższy w porównaniu do pozostałych grup (Tabela 5). Analizując odpowiedzi na poszczególne pytania tego kryterium stwierdzono, że badane dziewczęta najczęściej starały się ograniczać w diecie tłuszcze i węglowodany (48,4%) oraz stosowały głodówki lub ograniczały jedzenie (44,2%).

STOSUNEK DO JEDZENIA

Biorąc pod uwagę deklarowany stosunek do jedzenia, stwierdzono zależność między stanem odżywienia a odsetkiem dziewcząt, które deklarowały, że złoszczą się, gdy zjedzą za dużo (Tabela 6). Istotnie częściej deklarowały taką odpowiedź dziewczęta z prawidłową masą ciała >50c oraz dziewczęta z nadwagą lub otyłością. Spośród pytań z zakresu stosunku do jedzenia złość po zjedzeniu zbyt dużej porcji była najczęściej zaznaczaną odpowiedzią charakterystyczną dla SGA (43,0%).

STYL WYCHOWANIA W RODZINIE

W Tabeli 7 przedstawiono rozkład odpowiedzi badanych dziewcząt na pytania dotyczące stylu wychowania w rodzinie w zależności od stanu odżywienia. W zakresie tego kryterium, charakteryzowanego na postawie

Tabela 5. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dziewcząt na pytania dotyczące form kontroli i redukcji masy ciała w zależności od stanu odżywienia, [%], n=516.

Pytanie	Stan odżywienia					Razem
	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała ≤50c	Prawidłowa masa ciała >50c	Nadwaga lub otyłość	Nieważone	
	n=48	n=132	n=172	n=72	n=92	n=516
Stosowałam głodówki, diety, ograniczałam jedzenie						
TAK	25,0[a]	30,3[ab]	53,5[c]	66,7[c]	34,8[ab]	44,2
Przyjmowałam środki przeczyszczające						
TAK	0,0	0,0	7,0	0,0	8,7	3,88
Zażywałam środki odchudzające lub obniżające łaknienie						
TAK	0,0	0,0	7,0	5,56	8,7	4,65
Intensywnie ćwiczę, eksperymentuję z reklamowanym sprzętem do ćwiczeń						
TAK	8,3[a]	9,09[a]	30,3[b]	33,3[b]	8,7[a]	19,4
Staram się ograniczać tłuszcze i węglowodany						
TAK	25,0[a]	39,4[ab]	54,8[cd]	72,2[d]	43,5[bc]	48,4

a,b,c,d – różnymi wskaźnikami literowymi zaznaczono istotność w wierszach dla p≤0,05.

Tabela 6. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dziewcząt na pytania dotyczące ich stosunku do jedzenia w zależności od stanu odżywienia, [%], n=516.

Pytanie	Stan odżywienia					Razem
	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała ≤50c	Prawidłowa masa ciała >50c	Nadwaga lub otyłość	Nieważone	
	n=48	n=132	n=172	n=72	n=92	n=516
W moim domu wiele uwagi poświęca się jedzeniu						
TAK	41,7	27,3	25,6	33,3	34,7	30,2
Złoszczę się, gdy zjem za dużo						
TAK	25,0[a]	33,3[ab]	52,4[bc]	72,2[c]	26,1[a]	43,0
Znam wartość energetyczną wielu produktów spożywczych						
TAK	16,7	33,3	32,5	38,9	39,1	33,3

a,b,c – różnymi wskaźnikami literowymi zaznaczono istotność w wierszach dla *p*≤0,05.

trzech pytań, nie stwierdzono istotnej zależności odpowiedzi od stanu odżywienia. Odpowiedzią najczęściej deklarowaną przez wszystkie grupy wagowe była odpowiedź twierdząca na pytanie „Lubię być najlepsza w wielu dziedzinach życia"; stwierdziło tak 48,1% badanych.

POSTRZEGANIE WŁASNEJ ATRAKCYJNOŚCI

Analizując rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące postrzegania własnej atrakcyjności, stwierdzono wpływ stanu odżywienia badanych dziewcząt na odsetek odpowiedzi na cztery spośród dziewięciu pytań z tego zakresu (Tabela 8). Pytania te dotyczyły poczucia obniżonego nastroju i odczuwania niezadowolenia z siebie, które najrzadziej było deklarowane przez dziewczęta z prawidłową masą ciała ≤50c. W odpowiedzi na to pytanie stwierdzono różnice statystycznie istotne pomiędzy dziewczętami z prawidłową masą ciała ≤50c (36,4%) a dziewczętami z prawidłową masą ciała >50c (65,8%) i dziewczętami z nadmierną masą ciała (77,8%). Kolejna różnica dotyczyła kontroli masy i wymiarów ciała, którą deklarował statystycznie istotnie mniejszy odsetek dziewcząt z niedowagą (41,7%), w porównaniu do grupy dziewcząt z nadwagą lub otyłością (72,2%). Twierdzeniu, że podoba się innym i jest uważana za osobę atrakcyjną, najczęściej zaprzeczały dziewczęta z nadwagą lub otyłością (88,9%), wszystkie dziewczęta z tej grupy chciały też poprawić swój wygląd. Chęć poprawy swojego wyglądu statystycznie istotnie rzadziej deklarowały dziewczęta

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dziewcząt na pytania dotyczące stylu wychowania w rodzinie w zależności od stanu odżywienia, [%], n=516.

Pytanie	Stan odżywienia					Razem
	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała ≤50c	Prawidłowa masa ciała >50c	Nadwaga lub otyłość	Nieważone	
	n=48	n=132	n=172	n=72	n=92	n=516
Moi rodzice krytykują mnie/pouczają/kontrolują						
TAK	16,7	27,3	25,6	27,8	39,1	27,9
Lubię być najlepsza w wielu dziedzinach życia (nauce, sporcie, urodzie, itp.)						
TAK	33,3	51,5	46,5	55,6	47,8	48,1
Czuję się w pełni akceptowana przez rodziców						
NIE	8,33	15,1	20,9	11,1	26,1	17,8

Tabela 8. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dziewcząt na pytania dotyczące postrzegania własnej atrakcyjności w zależności od grupy wagowej, [%], n=516.

Pytanie	Stan odżywienia					Razem
	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała ≤50c	Prawidłowa masa ciała >50c	Nadwaga lub otyłość	Nieważone	
	n=48	n=132	n=172	n=72	n=92	n=516
Wygląd ma olbrzymie znaczenie w osiąganiu powodzenia życiowego						
TAK	33,3	48,5	51,2	33,3	43,5	45,0
Wiele uwagi poświęcam dbaniu o siebie, swój wygląd, itp.						
TAK	58,3	72,7	81,4	61,1	69,6	72,1
Mężczyźni wolą szczupłe kobiety						
TAK	75,0	81,8	73,8	88,9	78,3	78,9
Często mam obniżony nastrój i odczuwam niezadowolenie z siebie						
TAK	$41,7^{ab}$	$36,4^{a}$	$62,8^{bc}$	$77,8^{c}$	$56,5^{abc}$	55,0
Porównuję się do modelek i atrakcyjnych aktorek						
TAK	33,3	24,3	20,9	16,7	17,4	21,7
Moje ciało jest proporcjonalne						
NIE	16,7	36,4	32,6	44,4	39,1	34,8
Kontroluję masę i wymiary ciała						
TAK	$41,7^{a}$	$48,5^{ab}$	$62,8^{ab}$	$72,2^{b}$	$52,2^{ab}$	56,6
Podobam się innym, jestem uznawana za osobę atrakcyjną						
NIE	$33,3^{a}$	$42,4^{a}$	$61,9^{a}$	$88,9^{b}$	$78,3^{ab}$	60,9
Gdyby było to możliwe poprawiłabym swój wygląd / ciało						
TAK	$58,3^{a}$	$84,8^{ab}$	$90,7^{b}$	100^{b}	$87,0^{ab}$	86,8

a,b,c – różnymi wskaźnikami literowymi zaznaczono istotność w wierszach dla p≤0,05.

z niedowagą (58,3%), w porównaniu do pozostałych grup dziewcząt.

Spośród pytań dotyczących postrzegania własnej atrakcyjności najczęściej zaznaczane odpowiedzi charakterystyczne dla SGA dotyczyły chęci poprawienia swojego wyglądu/ciała, którą deklarowało 86,8% badanych oraz twierdzenia, że mężczyźni wolą szczupłe kobiety; sądziło tak 78,9% badanych. Znaczny odsetek badanych dziewcząt (72,1%) twierdził również, że wiele uwagi poświęca dbaniu o siebie i swój wygląd (Tabela 8).

WYSTĘPOWANIE ZACHOWAŃ CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA SGA W RÓŻNYCH GRUPACH KOBIET

Z uwagi na brak ujednolicenia kwestionariuszy służących do diagnozowania skłonności do zachowań anorektycznych, porównanie wyników uzyskanych w badaniach

własnych z danymi innych autorów sprawia pewne trudności. Jednym z wykorzystywanych w tym celu kwestionariuszy jest test EAT-40 składający się 40 pytań (GARNER i GARFINKEL 1979) i jego modyfikacja składająca się z 26 pytań (EAT-26) (GARNER i współaut. 1982). Część autorów wykorzystuje test EDI (ang. eating disorder inventory) zawierający 64 pytania (GARNER i współaut. 1983) i jego modyfikacje: wersję EDI-2 przeznaczoną dla kobiet i mężczyzn powyżej 12 roku życia i EDI-3 przeznaczoną dla kobiet w wieku od 13 do 53 lat. Czasami jest też wykorzystywany trójczynnikowy kwestionariusz stosunku do jedzenia TFEQ (ang. three-factor eating questionnaire) zawierający 51 pytań (STUNKARD i MESSICK 1985) i jego zmodyfikowane wersje obejmujące 18 pytań (TFEQ-R18) (DE LAUZON i współaut. 2004, ANGLE i współaut. 2009) oraz 21 pytań (TFEQ-R21) (CAPPELLERI i współaut. 2009). W przeprowadzonych badaniach zastosowano kwestionariusz autorstwa ZIÓŁKOWSKIEJ (2001). Badania dotyczące częstości występowania SGA wśród uczennic technikum gastronomicznego, w oparciu o ten sam kwestionariusz, prowadzili m. in. MERKIEL i współaut. (2014). Występowanie SGA na średnim poziomie stwierdzili oni u 64,5% badanych, a na poziomie wysokim u 5,1% badanych. Są to wyniki nieco wyższe niż w opisanych powyżej badaniach (analogicznie 59,7% i 3,88%). Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że badania MERKIEL i współaut. (2014) prowadzono wśród uczennic, które, ze względu na wybrany kierunek nauki (technikum gastronomiczne), mogą wykazywać większe zainteresowanie jedzeniem i znać jego wartość odżywczą, co jest jednym z zachowań określanych jako charakterystyczne dla SGA. Badania występowania SGA w oparciu o kwestionariusz Ziółkowskiej prowadzili także CHALCARZ i współaut. (2008) w grupie judoczek, wśród których SGA na średnim poziomie zdiagnozowano u 65,3% badanych, a na poziomie wysokim u 5,5% dziewcząt. CHALCARZ i współaut. (2007) przeprowadzili także badania częstości występowania SGA u tancerek, wśród których dziewczęta ze średnim poziomem SGA stanowiły 61,9% badanej grupy, a 13,0% badanych miało wysoki poziom SGA. Wśród gimnazjalistek z gimnazjów o profilu ogólnym badanych przez CHALCARZA i współaut. (2009) SGA na poziomie średnim stwierdzono u 56,4%, a na poziomie wysokim u 8,9% badanych, natomiast u uczennic z gimnazjów o profilu sportowym średni poziom SGA zdiagnozowano u 67,6% badanych, a poziom wysoki u 12,7% uczennic. CHALCARZ i współaut. (2014) prowadzili także badania wśród studentek turystyki i rekreacji, wśród których średni poziom SGA stwierdzono u 49,4%, a poziom wysoki u 23,7% badanych. Porównując przytoczone wyniki z danymi dotyczącymi gimnazjalistek ze Szczecina można zauważyć, że występowanie SGA na poziomie wysokim częściej stwierdza się u uczennic ze szkół sportowych lub dziewcząt związanych ze sportem (np. tancerek), gdzie masa ciała i wygląd odgrywają szczególną rolę. Zbliżony do obserwowanego w grupach tancerek i gimnazjalistek ze szkoły sportowej, odsetek dziewcząt z wysokim poziomem SGA w badaniach szczecińskich gimnazjalistek dotyczył grupy dziewcząt, które nie wzięły udziału w badaniach antropometrycznych (nieważone).

Badania prowadzone przez CHALCARZA i współaut. (2007, 2008, 2009, 2014) w różnych grupach młodzieży wskazują, że spośród zachowań charakterystycznych dla SGA w poszczególnych kryteriach, najczęściej wymieniane było stosowanie głodówek, diet odchudzających, ograniczanie jedzenia, ograniczanie ilości tłuszczów i węglowodanów w diecie, poczucie złości, gdy zje się zbyt dużo, chęć bycia najlepszą w wielu dziedzinach życia, odczucie, że mężczyźni wolą szczupłe kobiety, dbałość o wygląd i chęć jego poprawienia. Również w badaniach własnych największy odsetek dziewcząt zaznaczał takie odpowiedzi. Zachowania te i odczucia dotyczą dwóch komponentów obrazu ciała: emocjonalnego (złość, brak zadowolenia z ciała i chęć jego poprawienia) i behawioralnego (zachowania mające na celu redukcję masy ciała). Dane wskazują, że idealizacja szczupłego ciała i poczucie presji posiadania szczupłej sylwetki mogą sprzyjać i być powiązane z nieprawidłowościami w zakresie realizowania potrzeb pokarmowych.

Do metody Ziółkowskiej w zakresie diagnozowania SGA odwoływały się również CHYTRA-GĘDEK i KOBIERECKA (2008), jednak badania gotowości anorektycznej wśród dziewcząt i młodych kobiet w wieku 14-26 lat przeprowadziły one przy pomocy własnej ankiety. Wyniki wskazujące na występowanie gotowości anorektycznej uzyskały u 6,5% badanych. Badane przez nie dziewczęta najrzadziej deklarowały zachowania związane z „zapobieganiem przyrostowi masy ciała przez pozbywanie się jedzenia", a gotowość anorektyczna ujawniała się najsilniej w przypisywaniu nadmiernie pozytywnego znaczenia szczupłej sylwetce. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach szczecińskich gimnazjalistek, w których nieliczne dziewczęta deklarowały, że przyjmują środki przeczyszczające, ale aż 78,9% badanych twierdziło, że mężczyźni wolą szczupłe kobiety, a 86,8% ankietowanych chciało poprawić swój wygląd/ciało.

Wyniki wielu badań wskazują, że młode kobiety często czują presję posiadania szczupłej sylwetki (SUELTER i współaut. 2018). W przeprowadzonych badaniach własnych 55% dziewcząt było niezadowolonych ze swojej sylwetki, a 60,9% uważało, że nie podoba się innym i nie jest uważana za osobę atrakcyjną. Częściej twierdziły tak dziewczęta z nadwagą i otyłością. Podobnie, w badaniu przeprowadzonym przez PETRIE i współaut. (2010), większe poczucie presji środowiska związane z posiadaniem szczupłej sylwetki i większe niezadowolenie z ciała deklarowały dziewczęta z wysokim BMI w porównaniu do dziewcząt szczuplejszych. Także MIRANDA i współaut. (2014) stwierdzili, że niezadowolenie ze swojego ciała częściej dotyczy młodzieży z nadmierną masą ciała. W badaniach KOŁOŁO i WOYNAROWSKIEJ (2004), przeprowadzonych w 2002 r., 56,5% badanych piętnastolatek uważało, że ma zbyt wysoką masę ciała. Natomiast przeprowadzone w latach 2009–2010 badania HBSC (ang. health behaviour in school-aged children) wykazały, że w Polsce odsetek piętnastoletnich dziewcząt, które uważały, że są za grube, wynosił 51% i był jednym z wyższych w Europie (CURRIE i współaut. 2012). Podobne wyniki (56%) uzyskali CUADRADO i współaut. (2000) wśród nastolatków hiszpańskich, a w Brazylii niezadowolonych z wyglądu było 64-82% nastolatków (PELEGRINI i PETROSKI 2010). W badaniach MIRANDY i współaut. (2014) wykazano, że ze swojej sylwetki było niezadowolonych 78,9% uczniów, a 60,8% chciałoby zmniejszyć masę ciała. Natomiast LOPES i współaut. (2017), prowadząc badania wśród studentów w Brazylii, nie stwierdzili wpływu stanu odżywienia na poczucie atrakcyjności. COQUEIRO i współaut. (2008) wykazali, że niezadowolenie ze swojego wyglądu jest skorelowane ze stopniem otłuszczenia ciała, a nie z wartością BMI. Wydaje się także, że odczucia te mogą być związane z wiekiem badanych, czasem prowadzenia badań i wzorcami kulturowymi charakterystycznymi dla danej społeczności.

Niezadowolenie z ciała może prowadzić do niewłaściwych zachowań żywieniowych podejmowanych w celu dopasowania do obrazu, który uważa się za idealny. W przeprowadzonych badaniach gimnazjalistek ze Szczecina stwierdzono, że 44,2% respondentek deklarowało stosowanie głodówek, diet, ograniczanie jedzenia, a 48,4% starało się ograniczać w diecie ilość tłuszczu i węglowodanów. Wyższy odsetek odchudzających się 15-letnich dziewcząt uzyskali TOMASZEWSKA i współaut. (2012) oraz JANISZEWSKA i współaut. (2011). Natomiast w trakcie prowadzenia badań HBSC, różnego rodzaju zachowania mające na celu redukcję masy ciała deklarowało 22% dziewcząt (CURRIE i współaut. 2012). W badaniach szczecińskich stwierdzono, że stosowanie diet deklarowało 25% dziewcząt z niedowagą, 30,3% dziewcząt z prawidłową masą ciała ≤50c, ale odsetek dziewcząt odchudzających się był największy w grupie z nadmierną masą ciała (66,7%). I chociaż w ich przypadku redukcja masy ciała jest uzasadniona, to należy podkreślić, że sposób dojścia do odpowiedniej masy powinien być zgodny z zasadami prawidłowego żywienia i prowadzony z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowia i rozwoju. Wyniki badań wskazują jednak, że dziewczęta często podejmują w celu redukcji masy ciała różnego rodzaju zachowania niebezpieczne dla zdrowia (FAN i JIN 2015, TROJANOWSKA i współaut. 2017). Niepokojącym zjawiskiem był fakt, że stosowanie diet, głodówek, ograniczeń żywieniowych deklarowały także dziewczęta z niedowagą i z prawidłową masą ciała, a odchudzanie stało się zjawiskiem powszechnym (EATON i współaut. 2012, BALANTEKIN i współaut. 2018). Decyzja o konieczności redukcji masy ciała u dziewcząt z prawidłową masą ciała >50c mogła być spowodowana także subiektywnym poczuciem posiadania nadwagi, a nie wynikać z obiektywnej oceny wartości wskaźnika BMI.

Ponieważ niemal połowa dziewcząt w przeprowadzonym badaniu twierdziła, że lubi być najlepsza w wielu dziedzinach życia, można przypuszczać, że będą one konsekwentnie dążyły do założonego celu, także do poprawy wyglądu, którą deklarowało aż 86,8% ankietowanych. Jednak POŁOM (2015), podczas badań nad związkiem pomiędzy SGA a strukturą motywacji osiągnięć u uczennic szkoły średniej zaobserwowała, że zaniżanie samooceny i niewłaściwy stosunek wobec własnego ciała, charakterystyczne dla osób z SGA, mają wpływ na stawiane sobie cele. Poczuciu braku akceptacji towarzyszy rezygnacja z działań wymagających większego wysiłku, z obawy przed niepowodzeniem. Może to stanowić przeszkodę w osiąganiu sukcesów ze względu na to, że samoocena rzutuje nie tylko na postrzeganie własnej osoby, ale również na podejmowane działania i zachowania. Chęć osiągnięcia sukcesu, bycia najlepszą, połączona z obawą przed niepowodzeniem i niską samooceną może prowadzić do wielu sytuacji stresowych, a w razie niepowodzenia przypisywania winy otoczeniu. Wynika to z faktu, iż osoby z zaburzeniami odżywiania są przekonane, że efekt ich działań jest zależny od czynników zewnętrznych. Pojęcie poczucia kontroli dotyczy subiektywnego przekonania o przyczynie danych zdarzeń, przejawianego przez konkretną osobę. Wyróżniamy dwa typy osób: o wewnętrznym

umiejscowieniu kontroli (działania są determinowane przez nich samych) i z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (uważające, że ich zachowania i decyzje zależą od czynników zewnętrznych). Lokalizacja poczucia kontroli i postawy wobec zaspokajania potrzeby pokarmowej i jedzenia są ze sobą powiązane. JAROS i OSZWA (2014), prowadząc badania dotyczące umiejscowienia poczucia kontroli u dziewcząt z SGA wykazały, że przejawiają one większą tendencję do zewnętrznego poczucia kontroli. Stwierdzono, że również osoby z zaburzeniami odżywiania, zarówno z *anorexia nervosa* jak i *bulimia nervosa*, przejawiają zewnętrzny typ kontroli. U osób tych stwierdza się także większe trudności w podejmowaniu decyzji i w poddaniu się leczeniu (JAROS i OSZWA 2014). Poczucie utraty kontroli zwiększa się w sytuacji określanej jako „trudna" i jest redukowane poprzez ekspresję zachowań anorektycznych, które mogą być traktowane jako próba odzyskania utraconej kontroli czy też jako zaburzona samokontrola, ograniczona do obszaru odchudzania (WÓJCIAK i współaut. 2009).

PODSUMOWANIE

Syndrom Gotowości Anorektycznej jest niezależną jednostką, mogącą być stadium przedchorobowym lub czynnikiem ryzyka dla rozwoju pełnoobjawowej anoreksji, charakteryzującym się specyficznym zespołem objawów i uwarunkowań. Ponieważ anoreksja kojarzy się z osobami bardzo szczupłymi, z wyraźnym niedożywieniem, warto zaznaczyć, że SGA może występować w różnych grupach wagowych. Stan odżywienia wpływa na odczucia i zachowania charakterystyczne dla SGA, takie jak: stosowanie głodówek, diet, ograniczeń żywieniowych, ograniczeń w zakresie ilości tłuszczu i węglowodanów w diecie, które były częściej stosowane przez dziewczęta z prawidłową masę ciała >50c i przez dziewczęta z nadmierną masą ciała; dziewczęta z tych grup częściej także niż inne złościły się, gdy zjadły zbyt dużo oraz odczuwały obniżony nastrój i niezadowolenie z siebie, czuły się nieatrakcyjne i chciały poprawić swój wygląd. Z tego względu profilaktyką w zakresie występowania zaburzeń odżywiania (głównie anoreksji) powinny zostać objęte dziewczęta niezależnie od stanu odżywienia, jednak szczególną uwagę należy poświęcić tym z masą w górnej granicy normy oraz z nadwagą lub otyłością. Odmowa udziału w pomiarach antropometrycznych może być jednym z kryteriów świadczących o niewłaściwym stosunku do swojego ciała, tym bardziej, że to w tej grupie stwierdzono najwyższy odsetek dziewcząt z wysokim poziomem SGA.

Streszczenie

Syndrom Gotowości Anorektycznej (SGA) oznacza uwarunkowany psychologicznie, społecznie i kulturowo zespół objawów, które mogą wskazywać na nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do swojego ciała. W pracy przestawiono zależności pomiędzy stanem odżywienia a występowaniem poszczególnych objawów charakterystycznych SGA. Z analizy wynika, że dziewczęta z BMI >50 centyla (zarówno z masą ciała prawidłową, jak i nadmierną) częściej wprowadzały ograniczenia dietetyczne, odczuwały złość, gdy zjadły zbyt dużo, odczuwały obniżony nastrój i niezadowolenie z siebie, czuły się nieatrakcyjne i chciały poprawić swój wygląd w porównaniu do dziewcząt z pozostałych grup. Profilaktyką w zakresie występowania anoreksji powinny zostać objęte dziewczęta niezależnie od stanu odżywienia, jednak szczególną uwagę należy poświęcić dziewczętom z masą w górnej granicy normy oraz z nadwagą lub otyłością. Stwierdzony wśród dziewcząt nieważonych najwyższy odsetek z wysokim poziomem SGA wskazuje, że odmowa udziału w pomiarach antropometrycznych może być jednym z kryteriów świadczących o niewłaściwym stosunku do swojego ciała.

LITERATURA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Arlington, American Psychiatric Association.

ANGLE S., ENGBLOM J., ERIKSSON T., KAUTIAINEN S., SAHA M. T., LINDFORS P., LEHTINEN M., RIMPELÄ A., 2009. *Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females.* Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. 6, 41.

BALANTEKIN K. N., BIRCH L. L., SAVAGE J. S., 2018. *Family, friend, and media factors are associated with patterns of weight-control behavior among adolescent girls.* Eat Weight Disord. 23, 215-223.

BRAVENDER T., BRYANT-WAUGH R., HERZOG D., KATZMAN D., KRIEPE R. D., LASK B., LE GRANGE D., LOCK J., LOEB K. L., MARCUS M. D., MADDEN S., NICHOLLS D., O'TOOLE J., PINHAS L., ROME E., SOKOL-BURGER M., WALLIN U., ZUCKER N., WORKGROUP FOR CLASSIFICATION OF EATING DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, 2010. *Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V.* Eur. Eat. Disord. Rev. 18, 79-89.

BRYTEK-MATERA A., RYBICKA-KLIMCZYK A., 2012. *Ocena nasilenia objawów syndromu go-towości anorektycznej u młodych kobiet – badania pilotażowe.* Stud. Psychologica 12, 23-36.

CAPPELLERI J. C., BUSHMAKIN A. G., GERBER R. A., LEIDY N. K., SEXTON C. C., LOWE M. R., KARLSSON J., 2009. *Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants.* Int. J. Obes. 33, 611-620.

CHALCARZ W., MUSIEŁ A., MUCHA K., 2007. *Assessment of anorectic behaviours among female judo athletes depending on anorexia readiness syndrome.* New Med. 2, 22-26.

CHALCARZ W., MUSIEŁ A., KONIUSZUK K., 2008. *Ocena zachowań anorektycznych tancerek w*

zależności od poziomu syndromu gotowości anorektycznej. Med. Sport. 1, 21-29.
CHALCARZ W., RADZIMIRSKA-GRACZYK M., SUROSZ B., 2009. *Porównanie zachowań anorektycznych gimnazjalistek ze szkół sportowych i niesportowych*. Med. Sport. 6, 368-376.
CHALCARZ W., MERKIEL S., MILEWSKA J., 2014. *Ocena zachowań anorektycznych wśród studentek turystyki i rekreacji*. Probl. Hig. Epidemiol. 295, 310-316.
CHYTRA-GĘDEK W., KOBIERECKA A., 2008. *Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet*. Psychiatria 5, 7-12.
COQUEIRO R. S., PETROSKI E. L., PELEGRINI A., BARBOSA A. R., 2008. *Body image dissatisfaction: comparative evaluation of the association with nutritional status in university students*. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul 30, 31-38.
CUADRADO C., CARBAJAL A., MOREIRAS O., 2000. *Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents*. Eur. J. Clin. Nutr. 54, S65-S68.
CURRIE C., ZANOTTI C., MORGAN A., CURRIE D., DE LOOZE M., ROBERTS C., SAMDAL O., SMITH O. R. F., BERNEKOW V., 2012. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf.
DE LAUZON B., ROMON M., DESCHAMPS V., LAFAY L., BORYS J. M., KARLSSON J., DUCIMETIÈRE P., CHARLES M. A., FLEURBAIX LAVENTIE VILLE SANTE STUDY GROUP., 2004. *The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population*. J. Nutr. 134, 2372-2380.
EATON D. K., KANN L., KINCHEN S., SHANKLIN S., FLINT K. H., HAWKINS J., HARRIS W. A., LOWRY R., MCMANUS T., CHYEN D., WHITTLE L., LIM C., WECHSLER H., CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 2012. *Youth risk behavior surveillance - United States, 2011*. MMWR Surveill Summ. 61, 1-162.
FAN M., JIN Y., 2015. *The effects of weight perception on adolescents' weight-loss intentions and behaviors: evidence from the youth risk behavior surveillance survey*. Int. J. Environ. Res. Public Health 12, 14640-14668.
GARNER D. M., GARFINKEL P. E., 1979. *The eating attitudes test: Anindex of the symptoms of anorexia nervosa*. Psychol. Med. 9, 273-279.
GARNER D. M., OLMSTED P. M., BOHR Y., GARFINKEL P. E., 1982. *The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates*. Psychol. Med. 12, 871-878.
GARNER D. M., OLMSTEAD M., POLIVY J., 1983. *Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia*. Int. J. Eat Disorder 2, 15-34.
JANISZEWSKA R., PILCH W., MAKUCH R., MUCHA D., PAŁKA T., 2011. *Aspekty żywienia i odchudzania się dziewcząt*. Probl. Hig. Epidemiol. 92, 351-354.
JAROS K., OSZWA U., 2014. *Umiejscowienie poczucia kontroli u dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej*. Psychiatr. Pol. 48, 441-451.
KOŁOŁO H., WOYNAROWSKA B., 2004. *Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*. Przegl. Ped. 34, 196-201.
KOROLIK A., KOCHAN-WÓJCIK M., 2015. *Anorexia readiness syndrome and sensitivity to body boundaries breaches*. Pol. J. Appl. Psychol. 13, 109-122.
LOPES M. A. M., DE AZEVEDO PAIVA A., LIMA A. M. T., CRUZ K. J. C., RODRIGUES G. P., DE CARVALHO C. R. G., 2017. *Perception of body image and nutritional status in nutrition undergraduates from a public university*. Demetra 12, 193-206.
MERKIEL S., CHALCARZ W., GAJDA A., 2014. *Ocena zachowań anorektycznych uczennic technikum gastronomicznego*. Probl. Hig. Epidemiol. 95, 918-926.
MIRANDA V. P. N., CONTI M. A., DE CARVALHO P. H. B., BASTOS R. R., FERREIRA M. E. C., 2014. *Body image in different periods of adolescence*. Rev. Paul. Pediatr. 32, 63-69.
NEUMARK-SZTAINER D., WALL M., HAINES J., STORY M., EISENBERG M. E., 2007. *Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II: a 5-year longitudinal study*. J. Am. Diet. Assoc. 107, 448-455.
PELEGRINI A., PETROSKI E. L., 2010. *The association between body dissatisfaction and nutritional status in adolescents*. Human Movement 11, 51-57.
PETRIE T. A., GREENLEAF C., MARTIN S., 2010. *Biopsychosocial and physical correlates of middle school boys' and girls' body satisfaction*. Sex Roles 63, 631-644.
POŁOM M., 2015. *Syndrom gotowości anorektycznej a struktura motywacji osiągnięć u uczennic szkoły średniej*. Pol. Forum Psychol. 20, 184-200.
PUŻYŃSKI S., WCIÓRKA J., 2000. *ICD-10. V rozdział. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius" Warszawa, 149.
RIENECKE R.D., 2017. *Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights*. Adolesc. Health Med. Ther. 8, 69-79.
RÓŻDŻYŃSKA-ŚWIĄTKOWSKA A., KUŁAGA Z., GRAJDA A., GURZKOWSKA B., GÓŹDŹ M., WOJTYŁO M., ŚWIADER A., LITWIN M., GRUPA BADACZY OLAF I OLA., 2013. *Wartości referencyjne wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dla oceny wzrastania i stanu odżywienia dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat*. Stand. Med. Pediatr. 1, 11-21.
SMINK F. R., VAN HOEKEN D., HOEK H. W., 2012. *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. Curr. Psychiatry Rep. 14, 406-414.
SPEAR B. A., 2006. *Does dieting increase the risk for obesity and eating disorders?* J. Am. Diet. Assoc. 106, 523-525.
STUNKARD A. J., MESSICK S., 1985. *The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger*. J. Psychosom. Res. 29, 71-83.
SUELTER C. S., SCHVEY N., KELLY N. R., SHANKS M., THOMPSON K. A., MEHARI R., BRADY S., YANOVSKI S. Z., MELBY C. L., TANOFSKY-KRAFF M., YANOVSKI J. A., SHOMAKER L. B., 2018. *Relationship of pressure to be thin with gains in body weight and fat mass in adolescents*. Pediatr. Obes. 13, 14-22.
TOMASZEWSKA I. E., BABICZ-ZIELIŃSKA E., TOMASZEWSKI D., 2012. *Odmienne postrzeganie własnych sylwetek przez młodzież a ryzyko występowania zaburzeń w odżywianiu*. Probl. Hig. Epidemiol. 93, 812-816.
TROJANOWSKA A., ZARZYCKA D., TROJANOWSKA P., BERNAT K., BURY A., ZIĘTEK A., 2017. *Przeja-*

wy zachowań anorektycznych wśród nastolatków. Endokrynol. Ped. 16.4.61, 281-288.
WELCH E., GHADERI A., 2015. *Mortality in anorexia nervosa – a look back at and beyond one of the most cited papers in the field*. Adv. Eating Disord. Theory Res. Practice 3, 221-229.
WÓJCIAK R. W., MOJS E., CIERPIAŁKOWSKA L., 2009. *P02-74 The health locus of control in anorexia women*. Eur. Psychiat. 24, 764.
ZIÓŁKOWSKA B., 2000. *Uwarunkowania ekspresji syndromu gotowości anorektycznej*. Sborník. Prací Filozofické Fakulty Brněnské Univerzity Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis P4, 35-55.
ZIÓŁKOWSKA B., 2001. *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w okresie adolescencji*. Fundacja Humaniora.
ZIÓŁKOWSKA B., 2005. *Anoreksja od A do Z*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
ZIÓŁKOWSKA B., 2009. *Sytuacje trudne jako źródło zaburzeń łaknienia. Zaburzenia łaknienia jako źródło sytuacji trudnych* [W:] *Opętanie (nie)jedzeniem*. ZIÓŁKOWSKA B. (red.). Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 177-186.

KOSMOS Vol. 68, 2, 165–176, 2019

IZABELA DANIEL, MAGDA BRUSZKOWSKA, JOANNA SADOWSKA, KAROLINA ZIÓŁKOWSKA

Department of Human Nutrition Physiology, Faculty of Food Sciences and Fisheries, West Pomeranian University of Technology in Szczecin, 3 Papieża Pawła VI Str., 71-459 Szczecin, E-mail: joanna.sadowska@zut.edu.pl

ANOREXIA READINESS SYNDROME AS A PROBLEM OF NOT ONLY SLIM GIRLS

Summary

Anorexia Readiness Syndrome (ARS) is a psychologically, socially and culturally conditioned set of symptoms that may indicate irregularities in the implementation of the nutritional need and relation to one's body. The paper presents a relationship between the state of nutrition and the occurrence of individual symptoms characteristic for ARS. The analysis shows that girls with BMI >50 centile more often introduced dietary restrictions, when ate too much felt anger, lowered mood and dissatisfaction with themselves, unattractive and wanted to improve their appearance. Prevention of anorexia should include girls regardless of their nutritional status, but special attention should be paid to those with a correct body weight at the upper limit and above of the norm. The highest percentage of girls with a high ARS level among girls of uncontrolled weight indicates that refusal to participate in anthropometric measurements may be one of the criteria indicative of an inappropriate attitude to their body.

Keywords: adolescence, anorexia readiness syndrome, eating disorders, nutritional status