

RADOSŁAW ROGOZA, EWA KRÓL

rogoza.radoslaw@gmail.com

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

**LAUREACI NAGRODY
IKARY PSYCHOLOGII 2012**

**W DRODZE KU DOSKONAŁOŚCI
– BULIMIA.
ANALIZA AUTORSKIEGO
NARZĘDZIA I WYNIKÓW BADANIA
KWESTIONARIUSZEM ED-BN**

RECENZJA

Recenzent: dr Tomasz Rowiński

Artykuł przedstawia istotny współcześnie problem, tzn. zaburzenia odżywiania wśród młodzieży. Autorzy na początku tekstu dość często odwołują się do roli mass mediów i zbyt jednoznacznie przypisują im bezpośrednią moc sprawczą w rozwoju zaburzeń odżywiania (przez mechanizm internalizacji presji). Jest to założenie, które dość powszechnie przyjmowano w pierwszej połowie XX wieku. Jednak począwszy od badaczy amerykańskich (np. Lazarfeld), a kończąc na współczesnych teoretykach i badaczach mass mediów (McQuail, Mrozowski, i in.) można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że efekt korzystania z mass mediów (szczególnie Internetu) jest związany z interakcją treści (tutaj obrazu ciała) i charakterystyki psychologicznej użytkownika/odbiorcy. Czytelnik ma wrażenie, że mass media stanowią najbardziej istotną przyczynę (!) rozwoju bulimii.

Wprawdzie w dalszej części Autorzy redefiniują rolę mass mediów, zatem tym bardziej niefortunnie wygląda początkowy kategoriyczny opis roli mass mediów.

Autorzy zwracają uwagę na dość ważny aspekt w percepcji osób chorych na zaburzenia jedzenia (bulimię), a mianowicie na stereotyp związany z płcią ludzi chorych na bulimię (kobieca choroba). Uwzględnienie w badaniach mężczyzn (studentów UMCS) pozwoliło na jego przełamanie. Badania wykazały, że także mężczyźni mogą przejawiać podobne zaburzenia.

Wstępne dane dotyczące kwestionariusza są obiecujące. Autorzy proponują dalsze badanie walidacyjne narzędzia. Proponowałbym rozważyć badania nie tylko na grupie studentów, ale także na grupie osób zdiagnozowanych jako chorych na bulimię (podejmujących lub nie terapię). Jest to dość istotne kryterium trafności różnicowej, które jest niezbędne przy aplikacji narzędzia w praktyce klinicznej (a taką też uwzględniają Autorzy). Odwołanie się do klasyfikacji chorób DSM V jest jak najbardziej pożądane.

Brakuje mi w tym artykule prezentacji wykresu osypiska (wykres był traktowany jako jedno z kryteriów trafności rozwiązania jednoczynnikowego dla skali w ramach eksploracyjnej analizy czynnikowej). Ponadto analizując pozycje skali można dojść do wniosku, że kwestionariusz ED-BN mierzy raczej stopień zagrożenia bulimią (kontinuum) niż bulimię *per se*. Badania na grupach zdiagnozowanych osób pozwoliłyby na określenie „punktu odcięcia” w wielkości wyniku w skali.

Niezależnie od powyższych słabości, uważam, że artykuł wart jest publikacji.

STRESZCZENIE

Człowieka XXI wieku charakteryzuje postępująca destrukcja, dotykająca tak ważnych sfer jak ciało, psychika i umysł. Młode pokolenia nie mają poczucia kontroli nad swoim życiem, nie odczuwają satysfakcji z niego. Media starają się kontrolować każdą dziedzinę życia swoich odbiorców – decydują o tym, jak powinni wyglądać, co powinni jeść, jaki styl życia powinien być ich stylem. W ostatnich latach coraz powszechniejszym obszarem dającym poczucie kontroli młodym ludziom jest ciało i sposób odżywiania. Potwierdzeniem tego jest fakt coraz większej zachorowalności na bulimię. Jest ona wśród wielu społeczeństw postrzegana jako choroba, która dotyka wyłącznie kobiet, jednak dynamizm współczesnego świata wymaga rewizji poglądów.

Z przeprowadzonych badań autorskim kwestionariuszem, wynika, iż na siedem osób wyłonionych jako wysoce zagrożonych bulimią, cztery z nich to mężczyźni. Celem skonstruowania kwestionariusza było sporządzenie efektywnego narzędzia pozwalającego na wczesną diagnozę zachowań predysponujących do zachorowania na bulimię. Specyfika choroby powoduje, że jest zauważana przez otoczenie osoby chorej w późnym stadium rozwoju, gdzie stan zdrowia jest już w znacznym stopniu pogorszony, a rokowania na pełen powrót do normalnego życia znikome. Badanie normalizacyjne zostało przeprowadzone na losowo dobranej grupie $N = 120$ osób, studentów UMCS w wieku od 18 do 26 roku życia. Grupa ta została podzielona równolicznie ze względu na płeć. Rzetelność testu została sprawdzona metodą analizy czynnikowej i wyniosła $C = 0,714$.

Słowa kluczowe: bulimia, kwestionariusz, zaburzenia odżywiania, profilaktyka

Prawdopodobnie najsubtelniejszym słowem, jakie widnieje w obszernym słowniku pojęć, jest z całą pewnością *piękno*. Swoją nieuchwytnością nagabuje do rozważań od wieków najznamienitsze osobistości. Etcoff (2000) uważa, że filozofia rozważa je, a pornografia wystawia na sprzedaż. Sentencja ta obrazuje ewolucję, która dokonała się na przestrzeni rozwoju kultury ludzkiej. Pierwszym wielkim okresem rozkwitu piękna była epoka hellenistyczna. Dla starożytnych Greków piękno było niczym dodatkowy zmysł, a sam Arystoteles starając się opisać jego naturę, powiedział, że nikt, kto jest ślepy, nie powinien o to pytać. Na piedestale Platónskich idei znalazło się obok prawdy i sprawiedliwości nie bez przyczyny właśnie piękno. W myśli Platóna to właśnie piękno posiadało zdolność czynienia dostrzegalnym to, co jest duchowe. Jednocześnie percypowana przez zmysły uroda jest jedynie imitacją czystego piękna, które jest nam niedostępne. Postawa wobec piękna była jednak dychotomicznym wahadłem, tak samo jak potrafiło wzbudzać szacunek i podziw, wzbudzało pogardę i nienawiść. Kontrastującym z hellenistycznym rysem piękna jest bez wątpienia okres epoki wieków średnich inspirowanych naukami Chrystusa, głoszącymi opieranie się pokusom doczesnym, gdzie uroda w dobie dominującej ascezy została poddana prohibicji. Nie mniej jednak nawet wówczas urodzie towarzyszyła ambiwalencja, w Księdze Rodzaju czytamy, że człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boga, a więc jego wygląd jest boski, i im jest piękniejszy, tym bardziej Bogu podobny.

Wkraczając na współczesniejsze tory, które są podwaliną dalszych rozważań, gdzie N. Wolf (1991) określiła jakoby piękno jako byt obiektywny i uniwersalny nie istniało, a uroda była jedynie walutą, podobnie jak pieniądź, gdzie M. Duchamp dziełem sztuki uczynił sedes, a A. Warhol puszkę zupy, definicja piękna wymyka się, rozszerzając się na co raz to nowe sfery życia. *Słownik języka polskiego PWN* (2011) piękno definiuje jako: „zespół cech, takich jak proporcja kształtów, harmonia barw, dźwięków, który sprawia, że coś się podoba, budzi zachwyt [...]”, co ukazuje jego skrajnie subiektywny i nieuchwytny charakter. Aktualnie do urody podchodzi się z ogromnym szacunkiem. Jest klarownym wyznacznikiem pozycji społecznej, prestiżu i władzy, gdyż –zataczając ogromne historyczne koło – „pożądanie piękna wydaje się stanowić doskonały przykład bodźca stłumionego w postaci swego celu” (Freud, za: Etcoff, 2000, s. 31), gdzie ludzie w nieświadomych objęciach atrakcjonizmu hołdują platońskiej zasadzie to, co piękne, jest dobre, rozpoczynając nieskończony maraton w kierunku przepoczwarzania w pięknego motyla.

Koniec XX wieku i początek XXI wiąże się nie tylko z szeregiem przemian politycznych, jest to również czas ogromnej rewolucji w sposobie postrzegania piękna drugiego człowieka. Ideał piękna kobiecego ciała zaczyna zmierzać w bardzo niebezpiecznym kierunku, gdzie pięknem nazywamy to, co lekarze i psychologowie

określają mianem choroby czy zaburzenia. W XXI wieku manii szczupłej sylwetki ulegają już nie tylko kobiety, które jak dotąd wyłącznie były kojarzone z zaburzeniami odżywiania, staje się to problem w dużej mierze mężczyzn.

Piękno ludzkiego ciała ewoluowało na przestrzeni wieków. Dawniej obfite kobiety były symbolem płodności i zdrowia, stały się inspiracją dla artystów. Do mowy potocznej przeszło nawet określenie kobiety o rubensowskich kształtach i bynajmniej nie jest to związek frazeologiczny mający na celu zadrwienie z kogoś. Ideał męskiej sylwetki również uległ przeobrażeniu, choć nie tak drastycznemu jak w przypadku płci pięknej. Choć męskie ciało od zarania dziejów przedstawiane było jako proporcjonalne i dobrze zbudowane, przez współczesnych nawet ono zostało odchudzone.

Dzisiejszy świat oferuje nam szereg sprzecznych informacji dotyczących sposobu odżywiania, które niekiedy są tak nachalne, że wręcz przypominają rzucane z ekranu telewizora czy komputera rozkazy o tym, co i jak mamy jeść. Media starają się kontrolować każdą dziedzinę życia swoich odbiorców – decydują o tym, jak powinni wyglądać, co powinni jeść, jaki styl życia powinien być ich stylem. Z każdej strony młody człowiek odbiera sprzeczne sygnały. Kampania reklamowa chipsów Lays głosiła: „Lays: no one can eat just one”, czyli nikt nie poprzestanie na jednym. Zadziwiającym jest fakt, iż wskazanie słabości, braku kontroli w jedzeniu okazało się być świetnym chwytem marketingowym.

Mass media oddziałują na pokolenia kobiet i mężczyzn, wpływając na ich sposób rozumienia piękna. Rzesze młodych ludzi codziennie korzystając z Internetu, przekonują się o wpływie sylwetki na odnoszenie sukcesów w każdej dziedzinie życia. W ten oto prosty sposób zaczyna się u nich mechanizm internalizacji presji. Młodzi ludzie zaczynają być przekonani, że to, co oferuje im kultura popularna, to jedyne słuszne dobro i piękno.

Działa tutaj także mechanizm częstotliwości, w telewizji czy na okładkach gazet dominują szczupli czy wręcz chudzi ludzie. Człowiek jest istotą społeczną, uczy się i rozwija poprzez porównywanie się z innymi, modelowanie i identyfikację. To z pozoru niewinne porównywanie się powoduje nadmierną koncentrację na sylwetce. Zaczynamy dostrzegać, że nie wpasowujemy się idealnie w obowiązujący kanon piękna. Wygląd dla wielu osób jest podstawą budowania samooceny, która maleje, jeśli jesteśmy skoncentrowani na swoim ciele, które w subiektywnej ocenie nie jest dla nas satysfakcjonujące.

Dodatkową pułapką współczesnych jest tempo życia i wygoda płynąca z posługiwania się schematami myślowymi. Bycie szczupłą/szczupłym daje nam poczucie kontroli nad swoją figurą, a ta kontrola automatycznie jest przenoszona na inne aspekty życia i wspomaga odnoszenie sukcesów zarówno zawodowych, jak i pry-

watnych. Jest to prosty schemat ukazujący cudowną moc szczupłej figury, która jest panaceum na wszelkie problemy. Jest on nam codziennie oferowany i zbiera swoje żniwa pośród delikatnych i niegotowych na brutalną rzeczywistość ludzi wkraczających w dorosłe życie.

Wszystko to może prowadzić do powstania zaburzeń odżywiania, w tym bulimii. Marta Kowalczyk (2008) w swojej książce zwraca uwagę na najczęściej występujące w literaturze medycznej i psychologicznej określenie bulimii:

Schorzenie o podłożu psychicznym, którego istotą jest świadome objadanie się połączone z poczuciem utraty kontroli nad ilością przyjmowanego pokarmu, prowokowanie wymiotów, zażywanie środków przeczyszczających lub moczopędnych. Zachowaniom tym najczęściej towarzyszy poczucie winy, wstydu oraz wstrętu do samej siebie. Osoby chorujące na bulimię oceniają swoją wartość na podstawie wagi i wyglądu. (s. 36)

Aby zasiane przez media ziarno wykiełkowało, musi paść na podatny grunt. Zaburzenia odżywiania, w tym bulimia mogą rozwinąć się u osób nadmiernie skoncentrowanych na fizyczności, podatnych na wpływy innych. Zwykle są to osoby będące w fazie budowania swojej samooceny, nie do końca ukształtowane, które poczucie własnej wartości mierzą przez pryzmat tego, co widoczne dla oczu. Bulimia jest zaburzeniem, które dotyka osoby o specyficznym zestawie cech osobowościowych.

Wolska (za: Kowalczyk, 2008) wyróżniła pięć charakterystycznych cech osób chorych na bulimię. Przede wszystkim jest to swego rodzaju labilność emocjonalna związana ze skłonnością do depresji, wspomniana wcześniej niska samoocena i powiązana z nią trudność w akceptacji własnego wyglądu. Ponadto osoby chore na bulimię wyróżnia także brak samokontroli i skłonność do zachowań impulsywnych. Bulimicy są bardzo często osobami ambitnymi, które jednak nie mają poczucia odniesionego sukcesu. Osoby te zdają się nie zauważać tego, co osiągnęły. Wzmaga to w pewnym sensie chorobę, mimo utraty wagi przy stosowaniu wszelkich zabiegów kompensacyjnych, bulimicy nie widzą tego, że zgodnie ze swoimi zamierzeniami uzyskali rezultaty, które powinny ich satysfakcjonować. Fakt ten podkreśla istotę bulimii, której prawdziwym podłożem są problemy natury osobowościowej, a zaburzenie jedzenia jest tylko ich objawem.

Oprócz tych charakterystycznych cech należy zwrócić uwagę również na fakt, iż w kręgu osób objętych ryzykiem zachorowania na bulimię znajdują się także osoby, które w dzieciństwie albo w okresie adolescencji zmagaly się z nadwagą czy wręcz otyłością. W kontaktach z takimi osobami należy zachować szczególną wrażliwość, gdyż często momentem przełomowym i wywołującym zaburzenia odżywiania jest szorstka uwaga na temat budowy ciała wypowiedziana z ust bliskiej osoby.

W rozwoju zaburzeń odżywiania istotną rolę odgrywa rodzina. Niestety wciąż nie mamy pewności, które aspekty jej funkcjonowania mogą wywołać, a które podtrzymać bulimię (Józefik, 2006). Należy pamiętać, iż to nie rodzice stanowią bezpośredni powód rozwoju bulimii, a pewien typ ich zachowania, często przez nich nieuświadomiony.

Zostały wyodrębnione dwa mechanizmy występujące w rodzinach, które mogą wzmocnić rozwój zaburzeń odżywiania. Pierwszym jest przecenianie roli wyglądu i masy ciała, natomiast drugim czynnikiem są ogólne zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny kształtujące nieprawidłową samoocenę (Józefik, 2006).

Podstawą sprawnego i prawidłowego funkcjonowania tej podstawowej komórki społecznej jest komunikacja. W momencie, gdy jest ona zaburzona i nie pozwala na płynny przekaz informacji, emocji czy przeżyć między członkami rodziny, może powodować pewne zmiany w sposobie funkcjonowania poszczególnych jej członków.

Zgodnie z założeniami McKay, Davis i Fanning (za: Mroczkowska, Ziółkowska, 2011) istnieją cztery główne rodzaje zaburzeń komunikacji w rodzinie, które mogą mieć wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania, w tym bulimii: zaprzeczanie (własnym emocjom), pomijanie (pomijanie tych części komunikatów, które dotyczą potrzeb), przemieszczanie (wyrażanie uczuć w bezpieczny sposób, pomijając aspekt, którego te uczucia dotyczą), niespójne komunikaty (niespójność między wypowiedzianymi słowami a mową ciała).

Czynnikami wyzwalającym dla zaburzeń odżywiania mogą być trudne sytuacje życiowe, takie jak np. choroba lub śmierć bliskiej osoby, kłótnie rodzinne czy stres wywołany sesją egzaminacyjną.

Sam atak bulimiczny może być wynikiem stresu, głodu czy nudy, może również nastąpić o dowolnej porze. Podczas takiego napadu chorzy zjadają w krótkim czasie dużą ilość pokarmu, której wartość kaloryczna oscyluje w granicach 3500–10000 kcal (Kowalczyk, 2008).

Zazwyczaj są to produkty wysokokaloryczne, których osoby będące na diecie się wystrzegają. Przerażający jest fakt utraty kontroli podczas ataku bulimicznego, co ukazuje zarówno ilość, jak i jakość spożywanego jedzenia. Bulimicy podczas napadu są w stanie zjeść nierozmrożone mięso, a także produkty niedogotowane. „Doświadczeni” bulimicy wiedzą, jakie pokarmy mogą przyjąć tak, aby zminimalizować uszkodzenia przewodu pokarmowego. Jako pierwsze spożywają pokarmy o charakterystycznej barwie, aby wiedzieć, w którym momencie należy przestać wymiotować. Z czasem pojawia się u nich odruch wymiotny i nie potrzebują oni dodatkowych bodźców drażniących przełyk. Inną formą kompensacji może być przyjmowanie środków farmakologicznych przeczyszczających i moczopędnych. Osoby cierpiące na bulimię mogą także przyjmować środki

ograniczające łaknienie, a między poszczególnymi napadami żarłoczności stosować głodówki.

Atak bulimiczny jest elementem błędnego koła. Przyjęcie tak ogromnej ilości jedzenia wywołuje przykre uczucie napięcia i wstydu (chorzy mają świadomość choroby i starają się ją ukrywać), doprowadza to także do ciągłego myślenia o jedzeniu. Koncentracja na tym wstydliwym wydarzeniu powoduje lęk przed przytyciem, co w konsekwencji prowadzi do zachowań kompensacyjnych, szczególnie do prowokowania wymiotów, które ponownie stają się niedającym się znieść stresorem, który chory stara się przezwyciężyć.

Bulimia, podobnie jak anoreksja, sieje w niewinnej ofierze pustkę i zniszczenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Zaburzenie to wpływa na każdy aspekt funkcjonowania jednostki, negatywnie wpływając na wszystko, czego się podejmie.

Choć osoby cierpiące na bulimię z pozoru wyglądają na zdrowe, w środku toczą nieustanną walkę o jedzenie, która tak naprawdę oznacza nieustanną walkę o siebie. Zaburzenia odżywiania są tylko powierzchownym objawem zaburzeń, jakie dotyczą głębszych sfer człowieka. Z przebojowej osoby bulimia jest w stanie uczynić osobę załęknioną i zakompleksioną, jej macki powoli ciągną swoją ofiarę na dno, jednocześnie obniżając diametralnie jej samoocenę. Wszelkie kontakty społeczne wymagają ogromnego wysiłku i przekonywania samego siebie, że ludzie nie widzą we mnie tego potwora, którym jestem i z którym codziennie walczę. Osoby cierpiące na to zaburzenie zdają sobie sprawę ze swojej choroby i z tego, że środki, jakie stosują są niewłaściwe i pewnym sensie sprzeczne z ideą zdrowego życia. Powoduje to jedynie pogłębiającą się niechęć do siebie samego i swojego ciała.

Bulimia nerwowa jest zaburzeniem wysoce absorbującym osobę chorą, dlatego przede wszystkim wywiera ogromny wpływ na sytuację szkolną czy zawodową. Bulimicy najczęściej nie są w stanie uczestniczyć w tych dziedzinach życia na poziomie przynajmniej satysfakcjonującym, bywają jednak przypadki, gdy realizują się na tym polu kosztem innych obszarów. Jakość życia towarzyskiego w przypadku tego zaburzenia jest bardzo niska. Osoby chore zwykle cierpią w samotności, zmagają się ze swoim poczuciem wstydu czy winy, odizolowują się w sposób bardziej lub mniej świadomy (Cooper, Todd, 2005).

Bardzo dokładnego rozróżnienia następstw i powikłań bulimii dokonuje Kowalczyk (2008). Do zaburzeń występujących w przebiegu, czy też jako następstwo bulimii, zalicza zaburzenia fizyczne, psychiczne i społeczne. Do zaburzeń fizycznych, najbardziej złożonych i najliczniejszych kwalifikuje: opuchliznę twarzy i policzków, obrzęk gruczołów ślinowych, zatrzymanie płynów w organizmie, odwodnienie i zaburzenia gospodarki elektrolitowej, arytmie pracy serca, zaburzenia jelitowe, bóle brzucha, wzdęcia i zaparcia, zaburzenia miesiączkowania, blizny na

grzbietach dłoni, rany na przelyku, niski poziom cukru we krwi, osłabienie, ospałość, uczucie zmęczenia, zaburzenia w pracy nerek, bóle i zawroty głowy, omdlenia, ubytki w uzębieniu, trudności z utrzymaniem przez dłuższy czas pokarmu w żołądku.

Do mniej licznych zaburzeń psychicznych zalicza: niepokój, napięcie, wahania nastroju, drażliwość, nieustanne poczucie winy, zachowania obsesyjne, zwłaszcza w odniesieniu do jedzenia i ciężaru ciała, tendencje do uszkodzania własnego ciała, niską samoocenę, depresję, myśli samobójcze, trudności w określaniu własnej tożsamości, uczucie wewnętrznej pustki.

Bulimia może także doprowadzić do problemów natury społecznej. Zdaniem autorki chorzy najczęściej zmagają się z: konfliktami z prawem na skutek kradzieży pieniędzy i jedzenia, problemami finansowymi, niemożnością kontynuowania pracy lub nauki, unikaniem kontaktów i spotkań towarzyskich, kłótniami rodzinnymi, trudnościami w kontaktach z rówieśnikami.

Nie wolno zapominać, że bulimia jest zaburzeniem odżywiania, które może prowadzić do śmierci – co jest najstraszniejszą konsekwencją tej choroby i swego rodzaju cyrografem podpisanym z samym sobą.

W ramach konstrukcji kwestionariusza jako kryteria badawcze przyjęto propozycję zmian w ramach konstrukcji DSM-V (2012). W stosunku do DSM-IV (1994) odnotowano dwie zmiany o istotnym charakterze. Pierwszą z nich jest zredukowanie częstotliwości występowania napadów oraz zachowania kompensacyjnego z przynajmniej dwukrotnego w ciągu tygodnia do jednorazowego zachowania tygodniowo (Wilson, Sysko, 2009). Drugą zmianą, która wpłynęła na całą konstrukcję testu, jest zlikwidowanie różnicowania zaburzenia na podtypy. W DSM-IV wyróżnione zostały podtypy: przeczyszczające oraz nieprzeczyszczające (DSM-IV, 1994), jednak na podstawie przeglądu literatury (van Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell, Hoek, 2009) wykazano, że uwaga poświęcana typowi nieprzeczyszczającemu jest znikoma, a osobom chorym na ten podtyp bulimii jest bliżej innemu zaburzeniu z tej grupy – napadom kompulsywnego objadania (*Binge Eating Disorder*). Wspomniana likwidacja różnicowania zaburzenia na podtypy według DSM-V zaowocowała jednoczynnikową strukturą kwestionariusza; mierzony konstrukt zarówno teoretycznie, jak statystycznie cechował się wysoką homogenicznością.

Występowanie wymiotów jako kryterium patognomoniczne nie zostało uwzględnione ze względu na współwystępowanie z wieloma chorobami zakaźnymi. Nagły początek, charakterystyczny przebieg i obecność objawów dodatkowych upraszczają diagnozę różnicową (Zalewski, 1985), aczkolwiek ze względu na troskę o komfort psychiczny osób badanych nie zastosowano pytań ingerujących w tę sferę, a skupiono się na rozszerzonym spektrum objawów bulimii, koncentrując się na psychogenym

aspekcie, co dało możliwość różnicowania z wielorakimi chorobami przewodu pokarmowego.

Rozważając nad tym wybitnie skomplikowanym konstruktem, jakim z całą pewnością jest bulimia, nie sposób pominąć etiologię o podłożu osobowościowym. Głównymi predysponującymi cechami do zachowań bulimicznych są cechy obrazu klinicznego spójnego z osobowością chwiejną emocjonalnie typu *borderline*. Zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób psychicznych ICD-10 (2000), cechami dystynktywnymi osobowości *borderline* jest impulsywność, chwiejność emocjonalna, brak spójnego *self* oraz działania autoagresywne, w skład których wchodzi zaburzenia z grupy odżywiania. Otto Kernberg (1989) z kolei kładzie nacisk na stosowane mechanizmy obronne, takie jak rozszczepienie, zaprzeczenie, idealizacja, dewaluacja, wszechmocna kontrola oraz identyfikacja. Każdy z nich odgrywa kluczową rolę w postrzeganiu rzeczywistości przez pacjenta, i tak stosując rozszczepienie, dychotomizuje percypowany świat na to, co absolutnie dobre i złe, które pomimo wzajemnie wykluczającego się charakteru funkcjonują równolegle, co jest znamioną cechą zaburzeń odżywiania. Ujmowanie świata jako białego bądź czarnego jest częstą przyczyną stłumionych konfliktów stopniowo i w sposób nieświadomy narastających i tak bardzo decydujących o jakości życia osoby chorej. Adler (1979), reprezentujący model deficytu w ujmowaniu osobowości z pogranicza, jako dominujący defekt wyłuszcza nieumiejętność samouspokojenia, która jest konsekwencją niezdolności do przywołania obrazu pomocnego, opiekuńczego lub przynoszącego ukojenie opiekuna. Trudność ta w życiu dorosłym objawia się narastającym do obsesyjnych rozmiarów lękiem przed porzuceniem (Goldstein, 2003). Konkludując, cechy osobowości wśród pacjentów z pogranicza predysponują, aczkolwiek nie są jasnym predyktorem, do współwystępowania zaburzeń odżywiania w postaci bulimii psychicznej (Pawłowska, 2011).

METODA

W badaniu mającym na celu skonstruowanie kwestionariusza umożliwiającego wczesną diagnozę bulimii wzięło udział 180 osób dorosłych, uczących się aktualnie na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Studenci reprezentowali wszystkie wydziały uczelni, a sposób ich doboru był losowy – jedynym kryterium różnicującym była płeć – ogólnie podzielono grupę badawczą na dychotomiczne płciowo równoliczne grupy. Pytania wywodziły się z zakładanego konstrukt bulimii według kryteriów diagnostycznych DSM-V, zakładającego jednoczynnikowy charakter zaburzenia. Posługując się metodą walidacji krzyżowej wyodrębniono losowo 60

osób, na podstawie ich wyników których, za pomocą metody analizy czynnikowej, wydzielono ostateczny zestaw pytań poddany dalszej analizie.

Do ostatecznej analizy zostało poddane 17 pytań spełniające zakładane kryteria. Aby upewnić się o homogeniczności testu oraz wyodrębnienia liczby czynników konstruktów, zastosowano wykres osypiska. Zgodnie z zakładaną teorią na podstawie wykresu wyodrębniono jeden dominujący czynnik, dalej interpretowany jako zachowania predysponujące do zachorowania na bulimię. Metoda wykresu osypiska utwierdziła nas w przekonaniu o homogeniczności mierzonego konstruktów, a zatem umożliwiła analizę rzetelności metodą alfa Cronbacha, która wyniosła $C = 0,714$. Oznacza to, iż skonstruowany przez nas kwestionariusz w wysokim poziomie mierzy założony przez autorów konstrukt – bulimię. By ocenić, czy robi to trafnie, zastosowaliśmy metodę zgodności sędziów kompetentnych, którymi było 14 studentów IV i V roku psychologii UMCS. Wszystkim sędziom zostały zaprezentowane kryteria diagnostyczne według DSM-V, a następnie poproszono o ocenę trafności pytań w stosunku do teorii. Na podstawie analizy współczynnika CVR, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$, wszystkie pytania spełniły warunek istotności, a więc uniwersum mierzonej cechy zostało trafnie określone. 16 z 17 pytań istotnie na poziomie $p < 0,01$ koreluje z wynikiem ogólnym testu, a więc skonstruowany kwestionariusz jest wysoce spójny wewnątrznie. Przyjmując wielowymiarowy model etiologii patologii, sprawdzono korelację pomiędzy BMI osób badanych a ich wynikiem ogólnym. Korelacja ta jest istotna na poziomie 95%, aczkolwiek jest to korelacja słaba, a zależność prawie nic nieznacząca. Oznacza to, iż BMI w niewielkim stopniu wyjaśnia stopień zagrożenia bulimią wśród populacji studentów UMCS, co potwierdza założenia teoretyczne o względnie przeciętnej wadze osób cierpiących z powodu bulimii.

Otrzymany rozkład wyników surowych nie jest rozkładem normalnym, dlatego zdecydowano się na normalizację rozkładu za pomocą transformacji nieliniowej. Normy liczone oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Po przeprowadzonej transformacji nieliniowej odczytano wartości z z tablic dystrybucyj rozkładu normalnego, by przeliczyć je drogą transformacji liniowej na wyniki skali standardowej – stenowej. Maksymalną liczbą punktów surowych do uzyskania była liczba 34, natomiast by uzyskać sten 10 wśród mężczyzn wystarczyło 19 pkt, a wśród kobiet 17. Tak szeroki przedział punktowy dla maksymalnej wartości jest kluczowy przy jakościowej interpretacji wyników, na jego podstawie można zakładać rozwój choroby w percypowanej rzeczywistości osoby badanej.

DYSKUSJA

Kwestionariusz ED-BN jest użytecznym narzędziem profilaktycznym, w sposób skuteczny przesiewa osoby z wyraźnym obrazem choroby, osoby bez predyspozycji do zaburzeń oraz co najistotniejsze osoby, wśród których tendencje są wyraźne, aczkolwiek nie są w pełni realizowane, to właśnie wśród tych osób stojących na rozdrożu są jednostki najbardziej podatne na pomoc psychologiczną, która może zapobiec katastrofalnym skutkom zaburzenia, zanim osiągnie pełnię swojego obrazu klinicznego. Jakkolwiek badanie kwestionariuszowe powinno być dopiero pierwszym krokiem uruchamiającym długotrwały proces pomocy. Tylko zorganizowanie odpowiednich struktur specjalizujących się w udzielaniu wsparcia może przynieść wymierne rezultaty.

Badania profilaktyczne dotyczące zaburzeń odżywiania są znikome, nie istnieje żaden program wczesnej diagnostyki umożliwiający udzielenie fachowej pomocy w kluczowym dla jednostki momencie, który dla otaczającego społeczeństwa ma zwykle efemeryczny charakter, a właśnie poprzez ciągłe bagatelizowanie tudzież rygorystyczne zwiększanie wymagań otwiera bramy zaburzeniom. Choroby z grupy zaburzeń odżywiania mają swój wyjątkowo skomplikowany charakter, ale nawet przyjmując wielowymiarowy model etiologii patologii, można wyróżnić cechy dystynktywne pojawiające się w ontogenetycznym rozwoju choroby najwcześniej, stopniowo nadbudowując swoje struktury i zniekształcając już istniejące mechanizmy. We wczesnej prewencji niezmiernie istotne jest wykazanie różnicowania percepcji osoby bulimicznej i anorektycznej przez osoby z jej najbliższego kręgu, jeśli anoreksja uwydatnia swoje objawy w sposób spektakularny w pejoratywnym tego słowa znaczeniu, tak bulimia ma charakter wysoce podstępny, w milczeniu dokonując degradacji życia osoby chorej, począwszy od emocjonalno-społecznej izolacji, a kończąc na dewaluacji środowiska fizycznie i psychicznie wewnętrznego.

Głównym celem przyświecającym nam jako konstruktorom, było, po zanalizowaniu podstępnego przebiegu choroby, opracowanie skutecznej metody przeciwdziałania jej dramatycznym skutkom. Literatura przedmiotu niejako milczy na temat występowania zaburzeń odżywiania wśród mężczyzn, zdawkowo prezentując wyniki badań. Tak naturalnie i mocno wpojona jest w naszych umysłach zależność pomiędzy zaburzeniami odżywiania a kobietami, że grupa mężczyzn jest narażona na szczególne niebezpieczeństwo, albowiem postawienie diagnozy bulimii mężczyźnie wymaga złamania przez lata aktualnego skryptu poznawczego. Dynamizm współczesnego świata niejednokrotnie podkreślał, że to, co wczoraj było snem, w dniu dzisiejszym staje się rzeczywistością. Zgodnie z tym założeniem postanowiono objąć badaniami również grupę mężczyzn, co jak się okazało było wyjątkowo trafnym posunięciem,

gdyż zaburzenia odżywiania występowały z większym procentowo natężeniem wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Możliwe przyczyny takiego stanu są bezliczne, w przeciwieństwie do możliwych działań, których po prostu brakuje. Istotnym problemem stała się dla nas sytuacja podjęcia dalszych działań w celu umożliwienia uzyskania pomocy nie tylko osobom wyodrębnionym w badaniu, ale bacząc na skalę zjawiska, również domniemanym z całej populacji studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Jakkolwiek pomimo psychometrycznej precyzji i teoretycznego wsparcia nie traktujemy kwestionariusza jedynie jako narzędzia stygmatyzującego, ale jako pomoc umożliwiającą wniknięcie w subiektywne struktury rzeczywistości jednostki, ukierunkowujące na udzielenie konkretnego wsparcia. Narzędzie poza ilościową analizą umożliwia również jakościową interpretację w przypadku wysokich wyników, pozwala wstępnie określić sprawnemu klinicyście stopień zaawansowania zmian chorobowych w strukturach psychicznych osoby chorej.

Przyszłe działania są ukierunkowane na dogłębną analizę problemu poprzez przeprowadzenie badania na większej próbie studentów UMCS. Działanie to jest możliwe dzięki zrozumieniu i wsparciu Rektora UMCS prof. S. Michałowskiego, który w trosce o zdrowie studentów propaguje badania profilaktyczne, oraz dzięki nieocenionej pomocy merytorycznej kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii UMCS prof. A. Herzyk. Liczymy, że dzięki temu poparciu uda nam się stworzyć nowy, bezpieczniejszy świat, w którym przeciwdziałanie w kulminacyjnym momencie choroby, dającym dobre rokowania na przyszłość, pozwoli powrócić do pełni zdrowia wszystkim potrzebującym. Liczymy też, że owocne wyniki przyszłych badań zainspirują do wdrażania programów profilaktycznych w jak największej liczbie placówek. Warto zapamiętać, że zmieniając bieg wydarzeń w życiu konkretnej osoby, zmieniamy jej wewnętrzny świat, otwierając enigmatyczne okno wolności, mamy sposobność zmienienia świata zewnętrznego, a więc ogólnego dobra ludzkiego. Ratując człowieka, ratujemy ludzkość.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, G. (1979). Aloneness and borderline psychopathology. The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 83–96.
- Albert, K. (1991). *O platońskim pojęciu filozofii*. Warszawa: Instytut Socjologii i Filozofii Polskiej Akademii Nauk.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistic Manual, Fourth Edition*. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association, (2012, 15 kwietnia). *Diagnostic and Statistic Manual, Fifth Edition*. Pobrane z: www.dsm5.org.

- Cooper, M., Todd, G., Wells, A. (2005). *Bulimia. Program terapii*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Etcoff, N. (2000). *Przetrwają najpiękniejsi*. Warszawa: Wydawnictwo CiS, Wydawnictwo W.A.B.
- Gadamer, H.-G. (2002). *Idea dobra w dyskusji między Platonem i Arystotelesem*. Kęty: Wydawnictwo Antyk.
- Goldstein, E. (2003). *Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.
- Van Hoeken, D., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., Hoek H. W. (2009). The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 595–602.
- Józefik, B. (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kernberg, O. F. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Kowalczyk, M. (2008). *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. Kraków: Wyd. Impuls.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska, B. (2011). *Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców*. Warszawa: Difin.
- Pawłowska, B. (2011). *Zaburzenia osobowości pacjentek z anoreksją i bulimią psychiczną*. Referat wygłoszony na ogólnopolskiej konferencji naukowej „Oko w oko z osobowością”, Lublin.
- Pużyński, S. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Wydawnictwo Vesalius.
- Reale, G. (2005). *Historia filozofii starożytnej*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Słownik języka polskiego PWN* (2011). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wilson, G. T., Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 603–610.
- Wolf, N. (1991). *The beauty myth*. London: Random House.
- Zalewski, T. (red.). (1985). *Choroby przewodu pokarmowego u dzieci*. Warszawa: PZWL.

ED–BN

Informacje o osobie badanej:

Kod Płeć: K M

Wykształcenie:

Waga: Wzrost: Wiek:

Miejsce zamieszkania:

Badający: Data badania:

Proszę ustosunkować się do kolejnych pozycji poprzez otoczenie kółkiem jednej z cyfr od 1 do 5:

Zakreśl 1. gdy się ZDECYDOWANIE NIE ZGADZASZ

Zakreśl 2. gdy się RACZEJ NIE ZGADZASZ

Zakreśl 3. gdy NIE MASZ ZDANIA

Zakreśl 4. gdy się RACZEJ ZGADZASZ

Zakreśl 5. gdy się ZDECYDOWANIE ZGADZASZ

1 2 3 4 5
1 3 4 5

W razie zmienienia zdania proszę starą odpowiedź przekreślić w sposób, który jest ukazany na obrazku. Nie ma tu odpowiedzi dobrych i złych. Kwestionariusz jest anonimowy i skonstruowany wyłącznie w celach profilaktycznych, dlatego prosimy o szczere odpowiedzi.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

1.	Będąc w sklepie spożywczym, kupuję tylko to, co potrzebuję, nie ulegam magii chwili	1 2 3 4 5
2.	Gdy zaczynam jeść, zjadam o wiele więcej i szybciej, niż się spodziewałem	1 2 3 4 5
3.	Myszę, że inni ludzie akceptują mnie, pomimo wyglądu	1 2 3 4 5
4.	Kiedy patrzę w lustro, podobam się sobie	1 2 3 4 5
5.	Moim zdaniem, piękno nie jest najważniejsze, są cenniejsze wartości	1 2 3 4 5
6.	Dbanie o formę jest dobre, ale nie jest warunkiem akceptacji wśród rówieśników	1 2 3 4 5
7.	Nie tracę kontroli nad tym, co i ile jem	1 2 3 4 5
8.	Zdarza mi się jeść tylko po to, by poprawić sobie humor	1 2 3 4 5
9.	Jestem w stanie dużo poświęcić, by stracić na wadze lub nie przytyć	1 2 3 4 5
10.	Myśli o jedzeniu nie zabierają mi wiele czasu	1 2 3 4 5
11.	Staram się unikać owoców cytrusowych	1 2 3 4 5
12.	Przed posiłkiem dobrze jest spożyć pokarm o charakterystycznej i łatwej do rozpoznania barwie	1 2 3 4 5
13.	Miewam uczucie powracającego do przełyku pokarmu po jedzeniu	1 2 3 4 5
14.	Przygotowując posiłek, gotuję więcej niż jestem w stanie zjeść	1 2 3 4 5
15.	Wiem, kiedy jestem najedzony	1 2 3 4 5
16.	Moja samoocena nie zależy ani od tego, jak wyglądam, ani ile ważę	1 2 3 4 5
17.	Gdy nieco przytyję, mam ogromną potrzebę pozbycia się dodatkowych kilogramów	1 2 3 4 5