

Anna Katarzyna Wiatrowska

ORCID: 0000-0002-4730-789X

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Samoocena i style radzenia sobie ze stresem a nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania

Depresja współwystępuje z zaburzeniami odżywiania wpływając na różne aspekty funkcjonowania osoby chorej. Istotną rolę w etiologii i obrazie zaburzeń pełni poczucie własnej wartości oraz radzenia sobie ze stresem. Z tej perspektywy badanie związków między samooceną i stylami radzenia sobie ze stresem a nasileniem depresji u osób z zaburzeniami odżywiania wydaje się interesujące.

Cel badań: Celem podjętych badań było poszukiwanie zależności pomiędzy nasileniem objawów depresji a ogólnym poczuciem własnej wartości kobiet z zaburzeniami odżywiania i ocenami dotyczącymi istotnych obszarów ich funkcjonowania oraz radzeniem sobie ze stresem.

Metoda badań: Badaniem objęto łącznie 100 kobiet, w tym 50 chorych na anoreksję oraz tyle samo z rozpoznaniem bulimii, według kryteriów diagnostycznych DSM-V (2015). Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku. W pracy zastosowano Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI) O'Briena i Epsteina, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera i Skalę Depresji Hamiltona (*HAM-D*).

Wyniki: Przeprowadzone analizy wykazały istotne powiązania między samooceną i radzeniem sobie ze stresem a depresją u kobiet z zaburzeniami odżywiania. U kobiet z anoreksją depresja jest powiązana z oceną dyspozycji społeczno-moralnych, zaś u chorych na bulimię z samooceną własnej efektywności i atrakcyjności fizycznej oraz oceną społeczną. Ze spadkiem nasilenia objawów depresji łączy się u kobiet z zaburzeniami odżywiania tendencja do zadaniowego radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Słowa kluczowe: samoocena, style radzenia sobie ze stresem, depresja, zaburzenia odżywiania, jadłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna

Self-esteem and stress management styles in relation to increase of depression in women with eating disorders

Depression co-occurs with eating disorders affecting different aspects of the sick person's functioning. A significant role in the etiology and picture of disorders is played by the sense of self-esteem and stress management. From this perspective studying the relations between self-esteem and stress management styles on the one hand and increase of depression on the other in people with eating disorders seems of interest.

Research aim: The aim of the undertaken studies was to search for the relations between increase of depression symptoms and the general sense of self-esteem in women with eating disorders on

the one hand and the assessments concerning significant areas of their functioning and self-esteem and stress management.

Method: The study totally comprised 100 women, including 50 with anorexia and the same number of women with diagnosed bulimia, according to the diagnostic criteria of DSM-V (2015). The groups did not differ significantly considering the age. The research made use of the Multidimensional *Self-Esteem Inventory* (MSEI), the *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) by Endler and Parker and the *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D).

Results: The analyses indicate significant relations existing between self-esteem and stress management on the one hand and depression in women with eating disorders on the other. In women with anorexia depression is linked to the assessment of social and moral dispositions, whereas in patients with bulimia it is connected with self-esteem of one's own effectiveness and physical attractiveness and social assessment. A decrease of depression symptoms is connected in women with eating disorders with a tendency to task-oriented coping with stress situations.

Key words: self-esteem, stress management styles, depression, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Wprowadzenie

Z anoreksją i bulimią psychiczną współwystępują liczne zaburzenia afektywne, takie jak zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe czy depresja (Blinder i in. 2006; Hudson i in. 2007; Pdraig i in. 2008; Anderson i in. 2013; Kucharska, Wilkos 2016; Wiatrowska 2019). Współistnienie zaburzeń afektywnych powinno być uwzględnione zarówno w procesie diagnostycznym, jak i planowaniu leczenia oraz w ocenie powrotu do zdrowia osób z zaburzeniami odżywiania.

Jak wskazuje literatura przedmiotu z nieprawidłowym funkcjonowaniem emocjonalnym wiążą się trudności w postrzeganiu objawów zaburzeń odżywiania, funkcjonowaniem poznawczym (Bizeul i in. 2003; Piłska, Jeżewska 2008; Józek, Pilecki 2009; Giel i in. 2012) i społecznym (Hambrook i in. 2011, Harrison i in. 2014). W etiologii anoreksji i bulimii istotą rolę pełni poczucie własnej wartości. Nieadekwatna samoocena może sprzyjać pogłębianiu się następstw psychopatycznych, w tym depresji (Watson i in. 2002; Wojciszke, Doliński 2008; Dzwonkowska i in. 2008; Fila-Jankowska 2009), które na zasadzie sprzężenia zwrotnego wzmagają niewłaściwe nawyki i postawy żywieniowe. Ponadto badania ujawniają, iż zasadniczą rolę w obrazie zaburzeń odżywiania odgrywa brak efektywnych stylów radzenia sobie ze stresem. W sytuacji trudnej osoby z anoreksją i bulimią nie podejmują działań oraz planów ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, lecz wykazują tendencję do skupiania się na sobie i własnych, zazwyczaj negatywnych stanach afektywnych oraz ujawniają skłonność do poznawczego i emocjonalnego odcinania się od sytuacji problemowej (Fairburn i in. 2003; Brytek-Matera 2009; Wiatrowska 2017; Villa i in. 2009; Pawłowska 2011; Wiatrowska 2019). O ile w literaturze przedmiotu nie brakuje doniesień odnoszących się do poczucia własnej wartości i sposobów radzenia sobie ze stresem osób z zaburze-

niami odżywiania oraz współwystępujących chorób afektywnych, o tyle nie ma badań dotyczących zależności między wyszczególnionymi zmiennymi.

Samoocenę zdefiniowano zgodnie z teorią osobowości sformułowaną przez Epsteina (1980). W jego rozumieniu samoocena, będąc elementem systemu *ja*, wykazuje – podobnie jak cała samowiedza – strukturę hierarchiczną. Na najniższym poziomie samoopisu ułożone są szczegółowe sądy ewaluatywne o samym sobie, odnoszące się do konkretnych zdarzeń. Samowartościowania dotyczące specyficznych, głównych obszarów funkcjonowania podmiotu (posiadanych zdolności i własnej efektywności, bycia kochanym, akceptowanym i wspieranym przez bliskich, popularności i umiejętności kierowania ludźmi oraz wpływania na ich zachowania, samokontroli i wytrwałości, moralności, wyglądu i atrakcyjności seksualnej, zdrowia i wigoru) znajdują się na poziomie pośrednim. Natomiast na poziomie najwyższym umieszczona jest globalna samoocena, odnosząca się do najbardziej ogólnego i zgeneralizowanego poczucia własnej wartości, integrującego ewaluacje przebiegające na niższych piętach.

W niniejszym badaniu oparto się na teorii radzenia sobie ze stresem N.S. Endlera i J.D. Parkera (1994), którzy wyróżnili trzy podstawowe style, mianowicie: 1) skoncentrowany na zadaniu, który określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali wykazują w sytuacjach stresowych tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji; 2) skoncentrowany na emocjach, dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak: złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasami mogą jednak powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie; 3) skoncentrowany na unikaniu, określa styl radzenia sobie ze stresem, charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Problem i cel badań

Celem pracy było poszukiwanie związków pomiędzy depresją a samooceną i radzeniem sobie ze stresem kobiet z zaburzeniami odżywiania. Stąd też główny problem badawczy przyjął postać pytania: *Czy istnieje, a jeśli tak, to jaka jest siła i kierunek zależności między nasileniem depresji u kobiet z anoreksją i bulimią a ogólnym*

poczuciem własnej wartości i samoocenami szczegółowymi dotyczącymi istotnych aspektów ich funkcjonowania oraz stylami radzenia sobie ze stresem? Przyjęto założenie, że występują istotne powiązania między samooceną i radzeniem sobie w sytuacjach stresowych a nasileniem depresji badanych, natomiast charakter tych związków zależy od natężenia wartości analizowanych zmiennych.

Charakterystyka badanych kobiet

Badania przeprowadzono w ośrodkach leczenia zaburzeń odżywiania, na terenie Polski. Wszystkie placówki spełniały podobne kryteria świadczonych usług w zakresie opieki medycznej i psychologicznej dla grupy osób z zaburzeniami odżywiania. W skład tych kryteriów weszły: regularne i obligatoryjne kontrole stanu psychofizycznego badanych kobiet (tj. kontrola wagi ciała, ocena BMI i kontrolne badania medyczne), konsultacje medyczne i psychologiczne oraz w zależności od wskazań lekarskich konsultacje dietetyczne. Mając na uwadze specyfikę badań oraz konieczność wyeliminowania jak największej liczby zmiennych zakłócających, przy doborze badanych posłużono się następującymi kryteriami: ukończony 18. rok życia, wykształcenie na poziomie co najmniej podstawowym, zdiagnozowane zaburzenie odżywiania w oparciu o obowiązujące skale diagnostyczne. W trakcie badań udzielano wskazówek i wyjaśnień o charakterze proceduralnym, nieodnoszącym się do obszaru treściowego i znaczeniowego. Rygorystycznie przestrzegano zasady anonimowości i dobrowolności uczestnictwa.

Badaniem objęto łącznie 100 kobiet z zaburzeniami odżywiania, w tym 50 chorych na anoreksję i 50 z rozpoznaniem bulimii, według kryteriów diagnostycznych DSM-V (2015).

Tabela. 1. Wiek badanych kobiet

Grupa	Wiek ważnych	Wiek średnia	Wiek odch. standardowe
Anoreksja	50	25,14	5,19
Bulimia	50	26,82	5,09
Ogółem	100	25,98	5,18

Źródło: opracowanie własne.

Grupy objęte badaniem nie różniły się istotnie pod względem wieku (test t dla prób niezależnych, $t=1,63$, $df=98$, $p=0,11$). Średnia wieku u kobiet z anoreksją wynosiła 25,14 ($SD=5,19$), natomiast u chorych na bulimię 26,82 ($SD=5,18$).

Tabela. 2. Wykształcenie badanych kobiet

Grupa	Zawodowe	Średnie	Pomaturalne	Wyższe
Anoreksja	1	29	2	18
% z wiersza	2	58	4	36
Bulimia	3	11	8	28
% z wiersza	6	22	16	56
Ogółem	4	40	10	46

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych przeważały kobiety z wykształceniem średnim (40%), w tym ponad dwukrotnie więcej z anoreksją (58%) niż z bulimią (22%). Stosunkowo liczna była również grupa z wykształceniem wyższym (46%), gdzie kobiety z bulimią dominowały (56%) nad chorymi na anoreksję (36%). Osób posiadających wykształcenie pomaturalne było 10%, w tym ze znaczną przewagą badanych na bulimią 16% nad kobietami z anoreksją – 4%. Najmniej licznie reprezentowane były osoby posiadające wykształcenie zawodowe (4%), w tym 6% kobiet z bulimią oraz jedna z anoreksją. Procentowy rozkład zmiennej wykształcenia związany jest z wiekiem badanych kobiet.

Tabela. 3. Środowisko zamieszkania badanych kobiet

Grupa	Wieś podmiejska	Miejscowość do 10 tys. mieszkańców	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto do 100 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
Liczba	20	13	7	3	7
% z wiersza	40	26	14	6	14
Liczba	24	8	1	0	17
% z wiersza	48	16	2	0	34
Ogółem	44	21	8	3	24

Źródło: opracowanie własne.

Analiza środowiska zamieszkania wskazuje, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które mieszkały na podmiejskiej wsi (44%), w tym 48% z bulimią i 40% z anoreksją. W dużych miastach przekraczających 100 tys. mieszkańców, częściej mieszkały kobiety z bulimią (34%) niż z anoreksją (14%), natomiast w małych miejscowościach do 10 tys. mieszkańców wystąpiła odwrotna tendencja, częściej bowiem mieszkały w nich badane z anoreksją (26%) niż bulimią (16%). Stosunkowo nieliczną grupę stanowiły osoby mieszkające w miastach do 50 tys. miesz-

kańców (8%) w tym siedmiokrotnie więcej kobiet z rozpoznaniem anoreksji (14%) niż bulimii (2%). W mieście do 100 tys. mieszkańców mieszkało 6% kobiet z anoreksją.

Metody badań

W badaniu wykorzystano *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny* autorstwa O'Briena i Epsteina, adoptowany do warunków polskich przez D. Fecenec (2008), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* stworzony przez N.S. Endlera i J.D. Parkera (1990), w polskiej adaptacji J. Strelau'a i wsp. (2013) oraz *Skalę Depresji Hamiltona* (1967) służącą do identyfikacji objawów nasilenia depresji.

Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI) składa się z jedenastu podskal, spośród których osiem dotyczy samoocen szczegółowych, natomiast trzy pozostałe związane są z ogólną samooceną, integracją tożsamości oraz obronnym wzmacnianiem samooceny. Samooceny szczegółowe obejmują: 1) kompetencje, dotyczące własnych zdolności i efektywności w wykonywaniu różnych zadań; 2) bycie kochanym, odnoszące się do własnej osoby w zakresie bliskich relacji z innymi osobami, jak również poczucia, że jest się akceptowanym przez otoczenie społeczne; 3) popularność związana z poczuciem, że jest się lubianym przez innych; 4) zdolności przywódcze, wiążące się z umiejętnością kierowania ludźmi oraz wywierania wpływu na ich zachowanie; 5) samokontrola, odnosząca się do własnej wytrwałości, zdyscyplinowania oraz umiejętności panowania zarówno nad ciałem, jak i nad emocjami; 6) samoakceptacja moralna, dotycząca zgodności między wyznawanymi przez człowieka wartościami a jego własnym postępowaniem; 7) atrakcyjność fizyczna, związana z wyglądem; 8) witalność, odnosząca się do oceny własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia (Fecenec 2008).

Samooocena globalna dotyczy najbardziej podstawowych i ogólnych odczuć podmiotu wobec siebie samego. Integracja tożsamości wiąże się natomiast z poczuciem spójności własnej osoby, która to spójność może być wskaźnikiem wysokiej efektywności samooceny w regulowaniu procesów przetwarzania informacji na temat *ja*. Obronne Wzmacnianie Samooceny ukierunkowane jest z kolei na wychwycenie tych osób, które charakteryzują się zawyżoną potrzebą aprobaty społecznej oraz wykazują tendencję do nadmiernego kontrolowania się podczas udzielania odpowiedzi na zadawane pytania. Kwestionariusz składa się ze 116 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali (Szpitalak, Polczyk 2015). Rzetelność polskiej wersji MSEI stwierdzono poprzez określenie zgodności wewnętrznej za pomocą alfa Cronbacha, która została obliczona z podziałem na wiek i płeć. Najniższą wartość osiągnęła ona dla podskali Samoakceptacja Moralna (0,54-0,55), najwyższą zaś dla podskali Witalność –

(0,87–0,88). Trafność teoretyczna określana poprzez korelacje między MSEI a innymi narzędziami wykazała wiele istotnych statystycznie zależności (Fecenek 2008). Reasumując można stwierdzić, że polska wersja Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny jest rzetelnym i trafnym narzędziem do badania zarówno ogólnego poczucia własnej wartości, jak i pozostałych wymiarów samooceny.

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) składa się z 48 twierdzeń dotyczących zachowań podejmowanych przez człowieka w sytuacjach stresowych. Występują trzy odmienne style radzenia sobie, mianowicie: 1) styl skoncentrowany na zadaniu – podejmowanie wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych działań, 2) styl skoncentrowany na emocjach – koncentracja na negatywnych przeżyciach emocjonalnych oraz skłonności do fantazjowania i myślenia życzeniowego, 3) styl skoncentrowany na unikaniu – tendencja do poznawczego i emocjonalnego odcinania się od sytuacji stresowej, która przejawia się angażowaniem się w czynności zastępcze lub relacje towarzyskie. Badany określa na pięciostopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych. Trafność narzędzia wykazano za pomocą analizy czynnikowej oraz korelacji z innymi konstruktami czy porównania wyników CISS między przedstawicielami różnych populacji. Rzetelność stwierdzono poprzez określenie zgodności wewnętrznej za pomocą alfa Cronbacha i stałości czasowej w dwukrotnym badaniu tej samej grupy. Wartości poza skalą Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich okazały się zadowalające i w przypadku stylu skoncentrowanego na zadaniu i stylu skoncentrowanego na emocjach przyjmowały wartość między 0,82 a 0,88, natomiast w przypadku stylu skoncentrowanego na unikaniu 0,74–0,78 (Strelau i in. 2013).

Skala Depresji Hamiltona (HAM-D) jest wykorzystywana do badania nasilenia objawów depresji. Składa się z 21 pytań dotyczących: obniżenia nastroju, poczucia winy, myśli samobójczych, trudności z zasypianiem, budzenia się w nocy, budzenia się wcześniej rano, trudności w pracy i aktywności pozazawodowej, spowolnienia psychoruchowego, pobudzenia, lęku, pobudzenia somatycznego, objawów somatycznych, objawów ogólnych, zaburzeń seksualnych i ze strony układu rozrodczego, objawów hipochondrycznych, spadku masy ciała, wyglądu, dobrego wahania nasilenia objawów, objawów depersonalizacji i derealizacji, objawów paranoidalnych oraz objawów obsesyjno-kompulsyjnych. W każdym pytaniu zaznacza się tylko jedną odpowiedź. Im większa liczba punktów tym większe nasilenie objawów depresji. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha obliczony dla tej skali wynosi średnio 0,70 (Ragby i wsp. 2004).

Wyniki badań

W pierwszej kolejności poszukiwano powiązań między nasileniem objawów depresji a samooceną ogólną i ocenami w zakresie bardziej szczegółowych aspektów funkcjonowania kobiet z zaburzeniami odżywiania. Otrzymane wartości współczynników korelacji nieparametrycznej *R Spearmana* oraz poziomy istotności w wyodrębnianych ze względu na postać zaburzenia, podgrupach kobiet z anoreksją i bulimią przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela. 4. Współczynniki korelacji *R Spearmana* pomiędzy nasileniem depresji a wymiarami samooceny badanych kobiet

Nasilenie depresji Wymiary samooceny	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	R Spearman	P	R Spearman	P	R Spearman	P
Ogólna samoocena	-0,135	0,350	0,009	0,951	-0,037	0,716
Kompetencje	-0,195	0,175	-0,103	0,478	-0,137	0,174
Bycie kochanym	-0,211	0,142	0,288	0,043*	0,064	0,529
Popularność	-0,327	0,020*	-0,314	0,026*	-0,413	<0,001***
Zdolności przywódcze	0,139	0,337	0,156	0,279	0,052	0,609
Samokontrola	-0,201	0,161	-0,164	0,255	-0,021	0,838
Samoakceptacja moralna	-0,360	0,010*	0,067	0,642	-0,079	0,437
Atrakcyjność fizyczna	0,068	0,637	0,156	0,279	0,108	0,287
Witalność	0,066	0,650	0,457	<0,001***	0,308	0,002**
Integracja tożsamości	-0,270	0,058	0,380	0,007**	0,162	0,107
Obronne wzmacnianie samooceny	-0,108	0,454	-0,232	0,105	-0,110	0,276

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

U kobiet z zaburzeniami odżywiania wystąpiły różniące się od siebie, układy zależności między poszczególnymi wymiarami samooceny a depresją. Mając na uwadze całą grupę badanych, należy zwrócić uwagę na silną, ujemną korelację ($R = -0,413$, $p < 0,001$) pomiędzy nasileniem objawów depresji a samowartościowaniem popularności u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną. Zatem im wyższe poczucie, że jest się lubianym przez innych tym mniejsze u badanych kobiet nasilenie objawów depresji. W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania wystąpiła ponadto przeciętna korelacja dodatnia pomiędzy samowartościowaniem witalności a zaburzeniem afektywnym. Należy zatem stwierdzić, że nasilenie objawów

depresji u badanych powiązane jest z wysoką oceną własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia.

W grupie chorych na anoreksję ujawniła się przeciętna korelacja ujemna pomiędzy samoakceptacją moralną ($R=-0,360$, $p=0,010$) i popularnością ($R=-0,327$, $p=0,020$) a zaburzeniem afektywnym. Oznacza to, że wraz ze spadkiem oceny popularności w grupie, oraz zgodności między wyznawanymi przez siebie wartościami a własnym postępowaniem nasilają się u kobiet z anoreksją objawy depresji.

U kobiet z rozpoznaniem bulimii ujawniła się silna korelacja dodatnia pomiędzy zaburzeniem afektywnym a oceną witalności ($R=0,457$, $p<0,001$) oraz przeciętna korelacja dodatnia między integracją tożsamości a depresją ($R=0,380$, $p=0,007$). Zatem nasilenie objawów depresji u chorych na bulimię jest powiązane ze wzrostem samowartościowania własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia oraz poczuciem wewnętrznej spójności. W grupie kobiet z bulimią wystąpiła ponadto, słaba korelacja ujemna między zaburzeniem afektywnym a samooceną popularności ($R= -0,314$, $p=0,026$) oraz słaba dodatnia korelacja pomiędzy poczuciem bycia kochanym a depresją ($R=0,288$, $p=0,043$). Oznacza to, że spadek samowartościowania popularności w grupie społecznej oraz wzrost oceny własnej osoby w zakresie bliskich relacji z innymi wiąże się u chorych na bulimię z nasileniem objawów depresji.

Kolejny etap analiz dotyczył powiązań między preferowanymi stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych a nasileniem objawów zaburzenia afektywnego u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Uzyskane wartości współczynników korelacji nieparametrycznej *R Spearmana* pomiędzy analizowanymi zmiennymi oraz poziomy istotności zamieszczono w poniższej tabeli 5.

Tabela. 5. Współczynniki korelacji *R Spearmana* pomiędzy nasileniem depresji i stylami radzenia sobie badanych kobiet

Nasilenie depresji Style radzenia sobie ze stresem	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	R Spearman	P	R Spearman	P	R Spearman	P
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,161	0,265	-0,486	<0,001***	-0,211	0,035*
Styl skoncentrowany na emocjach	0,021	0,885	0,222	0,121	0,133	0,188
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,044	0,761	0,131	0,363	-0,066	0,513
Angażowanie się w czynności zastępcze	0,168	0,244	0,168	0,245	-0,017	0,869
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,120	0,408	0,116	0,420	-0,067	0,510

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Źródło: opracowanie własne.

W grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania istotna statystycznie korelacja wystąpiła jedynie pomiędzy nasileniem depresji a stylem skoncentrowanym na zadaniu. Pozostałe sposoby zachowań podejmowane przez badane w sytuacjach stresowych nie utworzyły istotnych zależności z zaburzeniem afektywnym.

U kobiet z rozpoznaniem bulimii wystąpiła silna korelacja ujemna ($R=-0,486$, $p<0,001$) pomiędzy nasileniem depresji a zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem. Zatem większa gotowość do podejmowania w sytuacjach trudnych wysiłków zmierzających do rozwiązania problemów poprzez działania o charakterze poznawczym i behawioralnych powiązana jest u chorych na bulimię z mniejszym nasileniem objawów depresji.

W grupie kobiet z anoreksją nie wystąpiły współzależności między zaburzeniem afektywnym a zadaniowym stylem radzenia sobie z problemami. Przeprowadzona analiza nie ujawniła również istotnych związków pomiędzy pozostałymi stylami radzenia w sytuacjach stresowych a nasileniem depresji w wyodrębnionych ze względu na postać zaburzenia grupach kobiet. Nie wystąpiły zatem powiązania między depresją a stylem skoncentrowanym na emocjach oraz stylem zorientowanym na unikanie, który przyjmuje dwie formy, mianowicie angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Mając na uwadze całą grupę kobiet z zaburzeniami odżywiania, należy zwrócić uwagę na wystąpienie znacznie słabszej od tej, która ujawniła się w grupie chorych na bulimię, istotnej korelacji ujemnej między zaburzeniem afektywnym a zadaniowym sposobem radzenia sobie ze stresem ($R=-0,211$, $p=0,035$). Zatem podejmowanie w sytuacjach stresowych wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych działań powiązane jest u kobiet z zaburzeniami odżywiania z mniejszym nasileniem objawów depresji.

Dyskusja wyników

Przyjęta hipoteza, dotycząca występowania związków między samoocena i sposobami radzenia sobie ze stresem a nasileniem depresji u osób z zaburzeniami odżywiania, znalazła potwierdzenie w toku przeprowadzonych badań. Wystąpiły różniące się od siebie, układy zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi w wyodrębnionych ze względu na postać zaburzenia grupach kobiet. U chorych na anoreksję objawy depresji nasilają się wraz ze spadkiem poczucia popularności w grupie społecznej oraz zgodności między wyznawanymi wartościami a własnym postępowaniem. Zatem zaburzenie afektywne powiązane jest u kobiet z anoreksją z oceną dyspozycji społecznych i moralnych. Jak wykazały badania C. Harrisona i wsp. (2014) chore na anoreksję charakteryzuje w porów-

naniu z osobami zdrowymi nasilenie anhedonii i niedopasowania społecznego. Dodatkowo analiza wewnątrzgrupowa badanych z zaburzeniami odżywiania wykazała, że osoby z anoreksją doświadczają nasilonych trudności w funkcjonowaniu emocjonalno-interpersonalnym oraz wykazują większe niż chore na bulimię problemy z adaptacją społeczną (McIntosh i in. 2000, Hambrook i in. 2011). U kobiet z rozpoznaniem bulimii nasilenie objawów depresji łączy się z wyższą oceną własnej osoby pod kątem formy fizycznej i stanu zdrowia oraz integracją tożsamości, która wskazuje na większą efektywność ich samooceny w regulowaniu procesów przetwarzania informacji na temat *ja*. Jak wynika z obserwacji i badań osoby z zaburzeniami odżywiania są niezwykle skoncentrowane na wyglądzie zewnętrznym, osoby z bulimią w przeciwieństwie do kobiet z anoreksją mają głębsze poczucie choroby i oceniają swoje dolegliwości jako dysfunkcyjne. Ujawniają nieprawidłową postawę wobec obrazu własnego ciała, jednak w przeciwieństwie do chorych na anoreksję nie zaprzeczają chorobie i nie pomniejszają jej objawów (Anderson i in. 2013, Wiatrowska 2009). U kobiet z bulimią zaburzenie afektywne jest powiązane również z oceną funkcjonowania społecznego, mianowicie poczuciem, że jest się kochanym i wspieranym przez najbliższych oraz zdolnym do nawiązywania i utrzymania bliskiego kontaktu emocjonalnego, a także z niższym samowartościowaniem popularności w grupie społecznej. U kobiet z bulimią zaburzenie afektywne wiąże się z oceną w zakresie własnej efektywności i atrakcyjności fizycznej oraz samooceną społeczną.

Jak wykazały analizy, istotne statystycznie zależności pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem a depresją u kobiet z zaburzeniami odżywiania, dotyczyły jedynie stylu zorientowanego na zadanie. Zatem gotowość do podejmowania w sytuacjach stresowych działań i planów ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, poprzez wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych strategii, powiązane jest u badanych z mniejszym nasileniem objawów depresji. Zależność ta wystąpiła w grupie chorych na bulimię, nie ujawniła się natomiast u kobiet z anoreksją. Otrzymane rezultaty potwierdzają wcześniejsze doniesienia, które ujawniają, że umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych u kobiet z zaburzeniami odżywiania ulega pogorszeniu wraz z angażowaniem się w niewłaściwe nawyki i postawy żywieniowe (Fairburn i in. 2003; Brytek-Matera 2009; Brytek-Matera, Charzyńska 2008; Villa i in. 2009; Pawłowska 2011, Wiatrowska 2017, 2019). Deficyty w zakresie rozwiązywania problemów prowadzą do trwałych konfliktów interpersonalnych, zaś napięcie i stres z nimi związane wzmacniają niewłaściwe zachowania dotyczące przyjmowania pokarmów (Holt, Espelage 2002). Świadomość niewłaściwych nawyków i postaw wobec jedzenia, szczególnie u chorych na bulimię z jednej strony może sprzyjać podjęciu leczenia, z drugiej zaś prowadzi do poważnych następstw psychopatycznych.

Implikacje dla praktyki i ograniczenia badań

Poszukiwanie zależności pomiędzy nasileniem objawów depresji a samooczną ogólną kobiet z zaburzeniami odżywiania i ocenami dotyczącymi istotnych obszarów ich funkcjonowania oraz radzeniem sobie ze stresem, wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia przebiegu samych zaburzeń, jak również procesu ich leczenia i rokowania. Wśród umiejętności życiowych sprzyjających zdrowiu wymienić należy poczucie własnej wartości oraz umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Kształtowanie i rozwijanie tych dyspozycji życiowych powinno stać się podstawą programów terapii i profilaktyki zaburzeń odżywiania oraz promocji zdrowia. W kolejnym badaniu warto uwzględnić osoby znajdujące się w okresie dojrzewania, u których zagrożenie zaburzeniami jedzenia jest największe oraz późnej dorosłości, które również zmagają się z różnymi destrukcyjnymi zachowaniami żywieniowymi (Kucharska, Wilkos 2016; Wiatrowska 2019). Wartościowe poznawczo, jak również aplikacyjnie byłoby poszukiwanie innych predyktorów, które mogą istotnie oddziaływać na charakter powiązań między różnymi postaciami zaburzeń jedzenia i odżywiania się a nasileniem objawów depresji.

Bibliografia

- Anderson D.A., Jason M.L., Young De K.P. (2013), *Proces oceny. Rozwój metod badania klinicznego w zaburzeniach odżywiania się* [w:] *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką*, red. M. Maine, B.H. McGilley, D.W. Bunnell, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Bizeul C., Brun J.M., Rigaud D. (2003), *Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients*, „European Psychiatry”, 18: 119–123.
- Bizeul, C., Brun, J.M., Rigaud, D. (2003), *Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients*, „European Psychiatry”, 18: 119–123.
- Blinder B.J., Cumella E.J., Sanathara V.A. (2006), *Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders*, „Psychosomatic Medicine”, 68: 454–462.
- Brytek-Matera A. (2009), *Konfrontacja ze stresem u kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi*, *Endokrynologia*, „Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, 4: 213–219.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M. (2008), *Samooceena i jej pomiar: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. *Podręcznik*, Wydawnictwo PTP, Warszawa.
- DSM-5 (2015), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław.
- Endler N.S., Parker J.D.A. (1994), *Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies*, „Psychological Assessment”, 6 (1): 50–60.
- Epstein S. (1980), *The self – concept: A review and the proposa of an integrated theory of personality* [w:] *Personality: Basic aspect and current research*, red. E. Staub, Prentice–Hall, Englewood Cliffs NJ.

- Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003), *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment*, „Behaviour Research and Therapy”, 41 (5): 509–528.
- Fecenc D. (2008), *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI (polska adaptacja)*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Fila-Jankowska A. (2009), *Samoocena autentyczna*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa.
- Giel K.E., Wittorf A., Wolkenstein L., Klinberg S., Drimmer E., Schönenberg M., Rapp A.M., Fallgatter A.J., Hautzinger M., Zipfel S. (2012), *Is impaired set-shifting a feature of „pure” anorexia nervosa? Investigating the role of depression in set-shifting ability in anorexia nervosa and unipolar depression*, „Psychiatric Research”, 200 (2–3): 538–543.
- Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S., Chalder, T. (2011), *Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome*, „British Journal of Clinical Psychology”, 50 (3), 310–325, doi: 10.1348/014466510X519215.
- Harrison C., Mond J., Bentley C. (2014), *Loss of control eating with and without the undue influence of weight or shape on self-evaluation: evidence from an adolescent population*, „Journal of Eating Disorders”, 2 (1): 31–31.
- Holt M.K., Espelage D.L. (2002), *Problem-solving skills relationship attributes among women with eating disorders*, „Journal of Counseling and Development”, 80 (3): 346–354.
- Hudson J.L., Hiripi E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007), *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*, „Biological Psychiatry”, 61: 348–358.
- Kucharska K., Wilkos E. (2016), *Zaburzenia odżywiania [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, M. Jarema (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- McIntosh W., Bulik, C.M., McKenzie, J.M. (2000), *Interpersonal therapy for anorexia nervosa*, „International Journal of Eating Disorders”, 27: 125–139.
- Padraig W., Stern J., Phelan M. (2008), *Psychiatria. Sedno*, t. 1, Wydawnictwo, Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Pawlowska B. (2011), *Współzależność między sposobami radzenia sobie ze stresem a zaburzonymi postawami wobec odżywiania u kobiet z anoreksją typu przeczyszczającego i z bulimią*, „Family, Medicine and Primary Care Review”, 13 (2): 214–215.
- Pilecki M., Józefik B. (2009), *Związek depresyjności z obrazem siebie u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 9: 233–241.
- Pilska M., Jeżewska-Zychowicz M. (2008), *Psychologia żywienia*, Wydawnictwo SGGW.
- Ragby R.M., Ryder A.G., Schuller D.R., Bagby, Marshall M.B. (2004), *The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight?*, „American Journal of Psychiatry”, 161: 2163–2177.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2013), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS: Podręcznik do polskiej normalizacji*, Wydawnictwo PTP, Warszawa.
- Szpitalak M., Polczyk R. (2015), *Samoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Villa V., Manzoni G.M., Pagnini F., Castelnuovo G., Cesa G.L., Molinari E. (2009), *Do coping strategies discriminate eating disordered individuals better than eating disorder features? An explorative study on female inpatients with anorexia and bulimia nervosa*, „Journal of Clinical Psychology in Medical Settings”, 16 (4): 297–303.

-
- Watson D., Suls J., Haig J. (2002), *Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 83 (1): 185–197.
- Wiatrowska A. (2017), *Radzenie sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania*, Annales UMCS. Sectio J, 30 (1): 161–170.
- Wiatrowska, A., (2019), *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wojciszke B., Doliński D. (2008), *Psychologia społeczna [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, red. J. Strelau, D. Doliński, Wydawnictwo GWP, Gdańsk.