

KATARZYNA NOWAK

## SOCJODEMOGRAFICZNE I RODZINNE CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA MŁODZIEŻY

**Abstrakt:** Nasilenie zaburzeń odżywiania przypada najczęściej na okres dojrzewania, pomiędzy 12 a 19 rokiem życia. Dotychczasowe badania poszukują ich przyczyn w czynnikach genetycznych, osobowościowych, rodzinnych oraz społeczno-kulturowych. Celem pracy była ocena socjodemograficznych i rodzinnych czynników zaburzeń odżywiania w grupie dziewcząt i chłopców w wieku 15–19 lat. Badania przeprowadzono w grupie 157 uczniów w powiecie radomskim za pomocą EAT 26 i KRR. Uzyskane wyniki wskazują na związek pomiędzy wiekiem, wykształceniem matki, komunikacją z matką i problemami zdrowia psychicznego w rodzinie a nasileniem ryzyka zaburzeń odżywiania.

**Słowa kluczowe:** młodzież, zaburzenia odżywiania, uwarunkowania socjodemograficzne i rodzinne.

### WPROWADZENIE

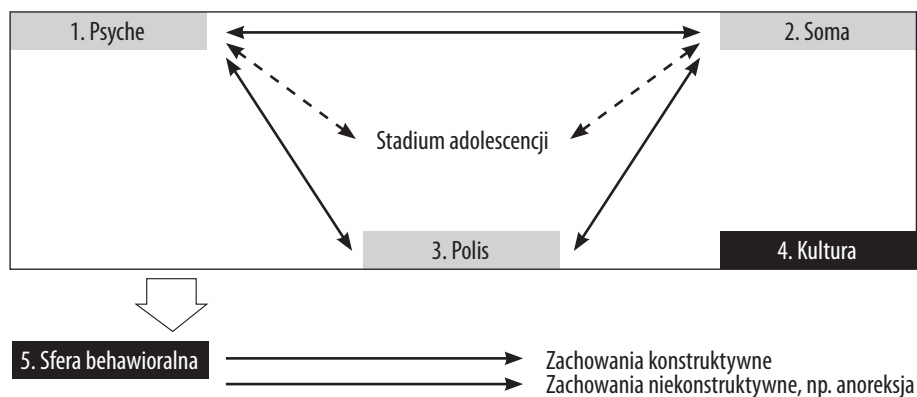
Adolescencja to okres specyficznych, nierzadko burzliwych przemian w życiu człowieka, w którym kształtują się dwie zdolności istotne dla jego dalszego rozwoju: zdolność do dawania nowego życia oraz zdolność do samodzielnego kształtowania własnego życia (Harwas-Napierała, Trempała 2005). Uwaga dojrzewającego młodego człowieka naturalnie wówczas skupia się na funkcjonowaniu organizmu i przeobrażeniach w wyglądzie zewnętrznym. Czas zmian biologicznych niesie z sobą nieuchronną konfrontację z własną seksualnością, w wyniku czego powstaje konieczność zmiany w wielu obszarach stosunku do siebie i innych oraz uświadomienia sobie wymogu podjęcia nowych ról społecznych (Józefik 1999a).

W tym trudnym dla dojrzewających czasie, zwłaszcza u młodych dziewcząt, pojawia się podatny grunt do wystąpienia i rozwoju zaburzeń odżywiania, do których należą m.in. *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, zespół gwałtowanego objadania i in. Szereg autorów zgodnie przyznaje, iż najbardziej narażone na nie są osoby w przedziale wiekowym 10/12 do 20/23 lat. J. W. Barnhill i N. Taylor (2001) podają, iż średni wiek wystąpienia anoreksji to 17 lat, przy czym na ogół zwykle występuje ona przed 20 r.ż., natomiast rzadko zdarza się po 40 r.ż. G. Jagielska i in. (2005, s. 261) zauważają jednak, iż w ostatnich latach coraz częściej odnotowuje się przypadki jadłowstrętu

psychicznego już u dziewczynek w wieku 8–13 lat. Z kolei bulimia pojawia się przed lub tuż po 20 r.ż., po czym rozwija się i często chorują na nią kobiety również pomiędzy 30. a 40. r.ż. Zaburzenia te w przeważającej mierze dotyczą dorastające dziewczęta i młode kobiety pochodzące z rodzin średniej bądź wyższej warstwy społecznej, średniozamożnych, które w wywiadzie ujawniają np. obecność rodziców lub rodzeństwa cierpiących na zaburzenia odżywiania, członków rodziny z zaburzeniami nastroju, lękowymi czy nadużywającymi substancji psychoaktywnych, uprawianie dyscypliny sportu wymagającej niskiej masy ciała, wykorzystanie seksualne (Barnhill i Taylor 2001).

Zarówno w literaturze przedmiotu, jak i rozumieniu potocznym dostrzega się związek pomiędzy manipulowaniem jedzeniem przez adolescentów a doświadczanymi przez nich wewnętrznymi konfliktami, dotyczącymi poczucia tożsamości, roli psychoseksualnej czy współczesnych oczekiwań kulturowych i społecznych – odnoszących się do poczucia sukcesu i atrakcyjności, nierzadko związanych z określonym, szczupłym, wyglądem (por. Abraham, Llewellyn-Jones 1999; Namysłowska i in. 2000). Niedostrzeżenie jedzenie i waga stają się wówczas obsesyjnym centrum skrywającym rzeczywiste niezaspokojone potrzeby psychiczne młodego człowieka.

Rycina 1 przedstawiająca związek okresu dojrzewania w jego wielowymiarowym ujęciu z możliwością wystąpienia zaburzeń jedzenia zwraca uwagę na fakt, iż sam okres rozwojowy, łączący się z procesem dojrzewania, nie upoważnia do przypuszczenia, iż dany wzorec manipulowania jedzeniem zostanie wyzwolony. Musi dodatkowo zaistnieć konfiguracja określonych czynników, np. natury psychospołecznej, społeczno-kulturowej itp., aby zaburzenia te zaczęły się rozwijać. Powoduje to, iż odpowiedź na pytanie, dlaczego dana osoba cierpi na zaburzenia odżywiania, jaka jest etiologia jej zaburzenia, stanowi trudność, zaś wątpliwe wydaje się, aby uznawać wyłącznie udział jednego z nich.



Rycina 1. Obszary zmian w okresie adolescencji a ryzyko zaburzeń jedzenia

Stąd też, z uwagi na skomplikowany mechanizm układu wielu czynników odpowiedzialnych za wyzwolenie i rozwój u danej osoby zaburzonego sposobu odżywiania się, poniżej zostanie przedstawiona zwięzła charakterystyka głównych uwarunkowań zaburzeń jedzenia.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na kilka najważniejszych grup czynników związanych potencjalnie z wystąpieniem anoreksji i bulimii, tworzących tzw. **wieloczynnikowy model etiologii**, rozpatrywany na płaszczyznach: biologicznej, indywidualnej, rodzinnej i społeczno-kulturowej (por. Niewiadomska i in., 2005; Jagielska i in. 2005; Sumiła i in. 2006).

Teorie rozpatrujące przyczyny pojawienia się i rozwoju zaburzeń odżywiania koncentrują się głównie na determinantach psychologicznych, rodzinnych i społecznych. Część z nich stale jednak bada koncepcje upatrujące powodów ich powstania w **uwarunkowaniach biologicznych**. Niezaprzeczalnie ważnym czynnikiem z tej grupy jest płeć – zaburzenia jedzenia dotyczą przede wszystkim kobiety (Carson i in. 2005). Wskazuje się też na związek anoreksji lub bulimii z czynnikami genetycznymi, hormonalnymi i neuronalnymi. Liczni autorzy (por. Abraham, Llewelyn-Jones 1999 s. 59–61; Apfeldorfer 1999, s. 82–83; Freyberger, Schneider 2005, s. 177; Kendall 2004; Pilecki 1999, s. 69–71; Niewiadomska i in. 2005, s. 104–105; Ziółkowska 2005, s. 30) opisując problematykę zaburzeń odżywiania wskazują na związek:

- anoreksji z: uwarunkowaniami genetycznymi (np. większa zachorowalność na anoreksję występuje u bliźniąt jednojajowych, gdy jedno z nich zachoruje, niż w innych grupach odniesienia), genetyczną słabością mechanizmu homeostazy kontroli wagi i wrodzoną predyspozycją do nadmiernej jej kontroli; wrodzonymi zaburzeniami przysadki ujawniającymi się dopiero w okresie dojrzewania, predyspozycjami organicznymi układu nerwowego, zaburzeniem kontroli ośrodka sytości; niedoborami cynku, wzrostem substancji opiodowych w mózgu w wyniku długotrwałego głodzenia się lub wyczerpujących ćwiczeń fizycznych;
- bulimii z: chorobami afektywnymi, w tym z ich występowaniem w rodzinie pochodzenia osoby chorej, z zaburzeniem działania transmiterów mózgowych w ośrodku głodu i sytości, zaburzeniami w poziomie aminokwasu tryptofanu, neuropeptydu „Y”, neurotransmiterów: serotoniny, noradrenaliny, dopaminy.

Czynnik biologiczny nie przesądza o pojawieniu się zaburzenia odżywiania. Może natomiast stanowić istotne podłoże sprzyjające jego rozwinięciu.

Wiele miejsca poświęca się roli, jaką w powstaniu anoreksji lub bulimii odgrywają **czynniki osobowościowe**. M. Wolska (1999, s. 63) zaleca jednak, aby w opisie cech osobowościowych adolescentów z zaburzeniami odżywiania posługiwać się raczej terminem „cechy indywidualne”, z uwagi na fakt, iż osobowość młodzieży nie jest jeszcze w pełni ukształtowana, nie stanowi trwałej i stabilnej struktury. Pojęcie „cechy indywidualne” oznaczałoby zatem cechy, które odróżniają osobę od innych, bez przesądzania o ich trwałości czy niezmienności. Konfiguracja tych czynników

jest nieco odmienna dla anoreksji i bulimii. Warto też zaznaczyć, iż niejednokrotnie opis cech indywidualnych występujących przed zachorowaniem przemieszany jest z opisem cech rozwijających się w czasie choroby, stąd występuje znaczna trudność z wyłonieniem wyłącznie przedchorobowych czynników indywidualnych sprzyjających powstaniu anoreksji czy bulimii (tamże).

## CZYNNIKI INDYWIDUALNE A ANOREKSJA

B. Ziółkowska (2005) opisując cechy charakterystyczne dla tzw. syndromu gotowości anorektycznej, mogącego być wstępem do rozwoju specyficznego, pełnoobjawowego zaburzenia jedzenia, przedstawiła jego wskaźniki w wielu sferach funkcjonowania osoby. Ich opis zawiera tabela 1.

Tabela 1. Wskaźniki charakterystyczne dla syndromu gotowości anorektycznej

SFERY FUNKCJONOWANIA		WSKAŹNIKI SYNDROMU GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ
Psyche	Samooceń	-zazwyczaj nierealistyczna, zaniżona, niekiedy dotycząca wybranej sfery życia, a nie ogólnego funkcjonowania; złe znośnienie porażek; przypisywanie sobie winy za wszelkie niepowodzenia
	perfekcjonizm i wytrwałość	- znaczna potrzeba kontroli, będąca podstawą późniejszej wytrwałości; wytrwałość 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”, celebrowanie posiłków lub chaos w jedzeniu); początkowo może być przeciętny, natomiast zdarzenia 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	waga i wymiary ciała	- waga w normie lub ponad normę dla wieku i wzrostu - skłonność do nadmiernego skupiania się na własnej wadze 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 przekazywanych przez media

Źródło: B. Ziółkowska 2005, s. 67.

Zdaniem autorki powyższe wskaźniki nie są jednoznacznym determinantem wystąpienia jadłowstrętu, stanowią jednak ważną grupę czynników jego ryzyka i mogą współuczestniczyć w wyjaśnianiu genezy powstania tego zaburzenia u jednostki.

Z kolei Lask i Bryant-Waugh (1992, za: Wolska 1999, s. 64) opisując cechy psychologicznego funkcjonowania osób, u których wystąpiła anoreksja, wskazują m.in. na troskę o wagę i kształt ciała, obniżony obraz siebie oraz depresję.

R. Carson i in. (2005, s. 454) podają, iż osoby podatne na anoreksję cechuje tendencja do dużego dystansu emocjonalnego i zahamowania poznawczego, preferowanie uporządkowanego i przewidywalnego środowiska, kłopoty z przystosowaniem się do zmian, zwiększony konformizm i uległość wobec innych, unikanie ryzyka i silne doświadczanie niepokoju w sytuacjach ryzyka, skłonności perfekcjonistyczne.

Inni badacze (por. Jagielska i in. 2005, s. 262; Rabe-Jabłońska 1988, za: Niewiadomska i in. 2005, s. 106) wskazują na model osobowościowy osoby z anoreksją, którą tworzą m.in. takie cechy, jak: nierealistyczny, zniekształcony model ciała, trudności z rozpoznawaniem bodźców płynących z organizmu, tendencje perfekcjonistyczne, które czasem mogą sprawiać wrażenie obsesji, przesadna skrupulatność, nadmierna odpowiedzialność i pilność, wygórowana potrzeba sukcesu i kontroli, tendencje introwertywne, trudności w nawiązywaniu relacji, unikanie kontaktów społecznych i in.

B. Ziółkowska (2005, s. 27) odwołując się do teorii defektów osobowości zwraca uwagę na niedojrzałość osobowości niektórych anorektyczek, uwidaczniającą się w lęku przed dorosłością, labilnością emocjonalną czy negowaniem własnej seksualności.

L. Putyński (2006) w badaniach własnych wykazał, iż w porównaniu z dziewczętami zdrowymi u dziewcząt z anoreksją występuje nasilenie trudności związanych z osobowościowym przystosowaniem się do społeczeństwa – są one nadmiernie skoncentrowane na sobie, pełne rezerwy do ludzi i nastawione wobec nich obronnie.

I. Namysłowska i in. (2000) podają z kolei wzorzec funkcjonowania osoby z anoreksją oparty na poszukiwaniu akceptacji i uznania ze strony innych, co sprawia, iż podejmuje ona szereg działań, które stara się wypełnić jak najlepiej, aby zyskać uznanie i akceptację z ich strony.

Bomba, Marwit, Orwid (za: Wolska 1999, s. 64) wskazują natomiast na takie cechy chorych na anoreksję, jak: wysoka solidność, pilność, przywiązywanie dużej wagi do wyników w nauce, koncentracja na planach życiowych związanych głównie z wykształceniem, przy jednoczesnym współwystępowaniu: przegazzonego nastroju, unikaniu kontaktów z innymi osobami, zwłaszcza chłopcami oraz unikaniu działań w grupie.

Powyższe dane pokazują, iż charakterystycznym rysem funkcjonowania psychologicznego osób z anoreksją jest skłonność do perfekcjonizmu, skrupulatność, koncentracja na sobie, dystansowanie się od innych.

## CZYNNIKI INDYWIDUALNE A BULIMIA

Uwarunkowania osobowościowe bulimii nie są tak dobrze dookreślone, jak w przypadku anoreksji, podkreśla się ich ogromne zróżnicowanie (Carson i in. 2005).

M. Wolska (1999, s. 64–65) wskazuje na takie cechy specyficzne osób z bulimią jak: niemożność osiągnięcia przez nich samokontroli, wysoka skłonność do doświadczania lęku i depresji lub labilności nastroju, wstydlivość i zwiększona wrażliwość interpersonalna, tendencje do zachowań impulsywnych oraz podwyższona skłonność do samobójstw.

I. Niewiadomska i in. (2005, s. 113) podają, iż charakterystyczne cechy osobowościowe dla tej grupy chorych to m.in. poczucie społecznej niepewności, perfekcjonizm, wysoka potrzeba osiągnięć, obowiązkowość, słabe umiejętności społeczne, chwiejność emocjonalna, tendencje depresyjne. Z kolei M. Cooper i in. (2005) zauważają częste współwystępowanie u nich cech osobowości borderline.

I. Namysłowska i in. (2000, s. 56) w opisie wzorca funkcjonowania osoby z bulimią zwracają uwagę na: nadmierne skoncentrowanie na doskonałym wypełnianiu oczekiwań innych, stawianie sobie wysokich wymagań, bolesnym doświadczaniu jakiegokolwiek porażki, poczucie bycia nic niewartą, zmienność nastrojów, impulsywność, poczucie samotności i opuszczenia oraz niezadowolenia i napięcia.

W literaturze podmiotu niejednokrotnie podkreśla się, że osoby z bulimią istotnie od osób z anoreksją odróżnia świadomość występowania zaburzenia, przyznanie się do braku kontroli nad czynnościami i nawykami związanymi z odżywianiem oraz brak poczucia sukcesu spowodowany nasilaniem się zachowań kompulsywnych, np. zakupów, używaniem środków psychoaktywnych (Niewiadomska i in. 2005, s. 114).

Bulimia to choroba często dotykająca osoby, które nie akceptują swego wyglądu, wagi, nie czują się dobrze w swoim ciele i pragną za wszelką cenę poprawić swoje samopoczucie. Najczęściej obraz siebie kobiety chorej na bulimię charakteryzuje się wobec tego poprzez takie cechy, jak m.in.: niestabilność emocjonalna, impulsywność, zaborczość, pragnienie aprobaty, a ponadto: zmienność reakcji i zachowań, niepewność własnej tożsamości, słaba kontrola popędów i zaburzenie relacji z innymi ludźmi. Osoby chore na bulimię często odczuwają wstyd, wstręt do siebie, upokorzenie i poniżenie, zamykają się w sobie; nie liczą się ze swoimi potrzebami, odczuciami czy oczekiwaniami; tracą poczucie kontroli nad własnym życiem

**Uwarunkowania rodzinne** to kolejny ważny obszar uwzględniany w próbach zrozumienia genezy i rozwoju zaburzeń odżywiania. Rodzina jest czynnikiem ujmowanym z jednej strony jako istotny determinant powstania zaburzenia odżywiania, a z drugiej – jako mogący je podtrzymywać. Zwraca się uwagę na tak niekorzystne cechy systemu rodzinnego osoby cierpiącej na zaburzenia jedzenia, jak: nadopiekuńczość rodziców, usidlanie (członkowie rodziny żyją nawzajem swoim życiem), brak umiejętności rozwiązywania konfliktów, unikanie konfrontacji z sytuacjami trudnymi oraz nadmierna koncentracja na stanie zdrowia dziecka (por. Carson i in. 2005, s. 454–456; Niewiadomska i in. 2005, s. 112).



J. W. Barnhill i N. Taylor (2001, s. 87) uważają, iż pewne osoby dziedziczą cechy i skłonności związane ze środowiskiem rodzinnym, które istotniej narażają je na wystąpienie zaburzeń jedzenia. Autorzy podają, iż osoby cierpiące na anoreksję lub bulimię częściej pochodzą z rodzin, której członkowie chorują na depresję, chorobę alkoholową, otyłość, nadużywają substancji psychoaktywnych, mają zaburzenia lękowe, fobię społeczną, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia osobowości z pogranicza lub zaburzenia stresowe pourazowe; ponadto zaburzenie jedzenia wzrasta u osób wychowujących się w rodzinie, w której występuje wiele problemów psychologicznych.

Wskazuje się też, iż w powstaniu zaburzeń jedzenia ważną rolę odgrywają w historii rodziny pacjentki takie czynniki, jak: występowanie u któregoś z członków rodziny zaburzenia odżywiania jakiegokolwiek typu, otyłości (*bulimia nervosa*) czy stosowanie diety rodzinnej. Podejmowane są też próby wyłonienia specyficznych cech rodzin z określoną postacią zaburzenia odżywiania.

**Rodziny osób chorych na anoreksję** cechuje np. brak hierarchii w rodzinie i zatarcie granic pomiędzy jej członkami, co prowadzi do niejasnych ról oraz zwiększonej intensywności relacji. Na skutek tego ograniczona zostaje prywatność, „przestrzeń wewnętrzną” i indywidualizm osoby, jest ona wikłana w sprawy innych osób z rodziny i tym samym zaczyna mieć problemy z określeniem własnej tożsamości. Jedynym obszarem wolności anorektyczki staje się przestrzeń jej ciała, nad którym stara się zachować kontrolę (tamże, s. 112–113).

I. Namysłowska i in. (2000) opisując klimat rodziny osoby z anoreksją podkreślają, iż rodzice mają na ogół rzadki kontakt z sobą, często zupełnie inne upodobania i styl zachowania, skoncentrowani są natomiast na wypełnianiu określonych obowiązków, które mają na celu dobro rodziny, oraz kierują się zasadą, iż można czuć się dobrze tylko wtedy, kiedy inni czują się dobrze. Powoduje to narastanie rozczarowania, niezadowolenia i braku satysfakcji z małżeństwa, o czym jednak nie rozmawiają ze sobą, bojąc się urażenia partnera, poruszania spraw spornych czy ujawnienia konfliktu. Nie podejmują się też odstępstwa od przyjętych w rodzinie reguł, ponieważ budzi to zbyt silne poczucie winy, wyrzuty sumienia lub lęk, iż zostanie to odebrane jako wręcz zdrada rodziny. W takiej sytuacji dziecko często staje się pośrednikiem pomiędzy rodzicami, dbając o ich dobre samopoczucie, nierzadko też staje się powiernikiem matki i zna intymne szczegóły jej pożywania z ojcem

B. Ziółkowska (2005) omawiając rodzinne determinanty anoreksji zwraca uwagę na znaczenie takich czynników, jak charakter dystansu pomiędzy członkami rodziny i rodzaj postaw rodzicielskich skutkujących niekorzystnymi konsekwencjami dla rozwoju osoby, mogącymi wytworzyć u niej syndrom gotowości anorektycznej, a konsekwencji – rozwój anoreksji. Ponadto analizując wyniki badań nad systemem rodzinnym osób cierpiących na anoreksję podaje takie jego cechy, jak: brak komunikacji między członkami rodziny, unikanie przez nich konfliktów, specyficzne relacje rodzice-dzieci (nadopiekuńczość – vs. ignorowanie dziecka) oraz małżeńskie (np. wikłanie dziecka w problemy małżeńskie lub manipulowanie jego uczuciami),

powodujące ekspresję zachowań mających na celu zwrócenie na siebie uwagi oraz uzyskanie kontroli nad sobą i własnym życiem; praktykowanie diet, zwłaszcza przez matkę lub siostrę; zwracanie nadmiernej uwagi przez matkę na wygląd córki – w tym nieustanne krytykowanie jej lub korygowanie; nadmierne znaczenie przypisywane posiłkom i rytuałom z nimi związanym (tamże, s. 26; s. 30).

W opisie **rodziny osób chorych na bulimię** wskazuje się, iż występują w niej cechy podobne, jak u rodzin anorektyczek, tj. np. występowanie silnej więzi, zatarcie granic między członkami rodziny, słaby system małżeński, brak jasnej hierarchii i ról, niemożność wyrażenia autonomii poszczególnych członków rodziny i realizacji ich indywidualnych pragnień. Wymienia się jednak również cechy specyficzne tylko dla tych rodzin (w odniesieniu do rodzin anorektyczek), a mianowicie: burzliwy sposób rozwiązywania konfliktów, co prowadzi częściej do rozpadu całego systemu rodzinnego, oraz występowanie w nich zaburzeń afektywnych i problemów alkoholowych. Podejmowane są również próby wyodrębnienia typów rodzin osób z bulimią, wśród których wskazuje się na np. rodziny perfekcyjne, nadopiekuńcze czy chaotyczne (Niewiadomska i in. 2005, s. 115).

I. Namysłowska i in. (2000) charakteryzując klimat rodziny osoby z bulimią wskazują, iż często panuje w niej atmosfera napięcia i nieporozumienia, zaś konflikty dotyczą drobiazgów i wybuchają nagle. Członkowie rodziny żyją w niepewności, czy jakiś drobiazg nie wywoła za chwilę czyjegoś zdenerwowania, którego osoby nie są w stanie powstrzymać i często uzewnętrzniają w postaci złości lub rozdrażnienia. Stany emocjonalne rodziców są dla dzieci trudne do przewidzenia i nigdy nie wiedzą one, co je w danej sytuacji może spotkać: złość czy pobłażliwość ze strony ojca lub matki. Poza tym rodzice często odmiennie odnoszą się do zachowań dziecka – za to samo uzyskuje ono od jednego pochwałę, a od drugiego naganę. Dziecko stara się więc zachowywać idealnie, by ochronić się przed krytyką rodziców oraz często rozwija nadmierną empatię wobec ich przeżyć, aby natychmiast zareagować na nawet niewielkie oznaki niezadowolenia z ich strony. Z uwagi na fakt, iż rodzice zwykle pozostają ze sobą w otwartym konflikcie, dziecko często opowiada się po stronie jednego z nich, zwykle bardziej skrzywdzonego, i otwarcie występuje przeciwko drugiemu rodzicowi. Istotną cechą tychże rodzin jest zatem brak stałości i stabilności, przewidywalności i uporządkowania co do podziału obowiązków, zasady są niejasne, nierzadko pojawiają się problemy związane z alkoholizmem, agresją lub sytuacją finansową (tamże).

H. J. Freyberger, W. Schneider (2005) zwracają jednak uwagę, iż u bulimiczek, w porównaniu z anorektyczkami, symbioza z matką jest słabiej wyrażona, natomiast nieporównywalnie większą rolę pełnią dla nich ojcowie. Wciąż wykazuje się, iż u bulimiczek występuje stosunkowo wysoki wskaźnik doświadczeń kazirodczych (tamże, s. 177).

Rozważania na temat rodzin osób z zaburzeniami odżywiania można podsumować ogólną charakterystyką rodziców, w której zwraca się uwagę, iż matki dziewcząt z anoreksją, bulimią lub otyłością to kobiety nieczułe, kierujące się tylko obowiązkami



i źle znoszące fizyczną bliskość dzieci, unikające okazywania uczuć, ponadto słabe, bojaźliwe, zawiedzione, niedowartościowane, ze skłonnościami depresyjnymi, chętnie wykorzystujące dziecko jako wsparcie (Apfeldorfer 1999 s. 93). Z kolei ojcowie często opisywani są jako osoby o cechach nieostrych, pozbawione autorytetu, nieobecne fizycznie lub psychicznie, nierzadko też mają oni skłonność do zaburzeń psychicznych, a nawet wykazują tendencje kazirodcze (tamże, s. 95).

D. Michałek (2001b) przedstawia bardziej krytyczną sylwetkę matki i ojca osoby z zaburzeniami odżywiania. Matkę kreśli jako osobę dokonującą na dziecku pierwotnej traumy nadużycia poprzez utrzymywanie go w symbiotycznej zależności i odmawianie ojcu prawa do stanowienia o dziecku. Matka taka uwodzi dziecko poprzez jedzenie, nadużywa czynności karmienia, ponieważ nie dostrzega w nim osobnego istnienia, a wszelkie sygnały od niego traktuje jako domaganie się jedzenia. Matka taka, określana przez autorkę jako *matka gorliwa* lub *Postać Karmiąca*, stanowi przeciwieństwo *matki troskliwej* – traktującej dziecko jako osobne istnienie i zastanawiającej się nad rzeczywistymi potrzebami dziecka, a nie zagłuszającej go pokarmem. Matka w roli Postaci Karmiącej męża redukuje do roli żywiciela, sama pozostaje zaś w relacji opartej na bezgranicznej miłości do swojego obiektu, dziecka-bożka, które potrafi uczynić ją Doskonałą. Wszelkie próby autonomii dziecka są dla niej niebezpieczne, bo kim będzie pomniejszona o potomstwo? (Michałek 2001c, s. 18).

Charakteryzując natomiast ojca, autorka zwraca uwagę na znaczenie ustanowienia przez niego roli gwaranta Rodzinnego Prawa, na podstawie którego kategorycznie domaga się on obecności żony dla siebie i rozpoznaje w niej kobietę, a nie tylko jej funkcję macierzyńską wobec dziecka. Tym samym jego Ojcowski Zakaz symbiozy matka-dziecko sprawia, że dziecko nie będzie zmuszane do potwierdzania swego istnienia u innych, zyskuje poczucie bezpieczeństwa, gdyż o jego życiu nie decydują wyłącznie potrzeby matki. Ojcowskie Prawo przyznaje dziecku prawo do odrębnego istnienia, Prawo do Własnego Życia, a kobietę przywraca mężowi. Ojciec, który unika roli gwaranta – pozbawia rodzinę struktury, zaś przeznaczeniem dziecka staje się jedynie funkcja użyteczności dla osoby, z którą się zwiąże, jedynie związek symbiotyczny będzie dla niego pewny, bezpieczny i zadowalający. Lęk powstający przy próbach odłączenia lub separacji będzie zagłuszał toksycznym partnerem, narkotykami, jedzeniem, alkoholem, komputerem czy kompulsywnymi zakupami.

W wyniku takiej postawy matki i ojca powstaje rodzina „byle-jaka”, patologiczna, która nie utworzyła własnej struktury, stanowi tylko zbiór osób połączonych poczęciem potomka. Poczucie złudnego spokoju, bezpieczeństwa i zadowolenia opiera na wzajemnym zaspokajaniu potrzeb, zaś w istocie nie rozpoznaje się w niej i nie respektuje wzajemnego osobnego istnienia każdego z jej członków (tamże).

Powyższa charakterystyka rodziny jak też cech matek i ojców dziewcząt z zaburzeniami odżywiania pozwala wysnuć wniosek, iż zarówno anorektyczki, jak i bulimiczki mają w tym wymiarze podobny problem, który polega na głębokiej ambiwalentnej walce z rodzicami o własną autonomię i tożsamość (Carson i in. 2005, s. 456).

Z kolei wśród *uwarunkowań kulturowo-społecznych* najczęściej wskazuje się na wymagania dotyczące **wzorca urody i wyglądu** propagowanego w kulturze, zwłaszcza w odniesieniu do mieszkanki miast i dużych aglomeracji miejskich, wchodzących w okres **dojrzewania**. W związku z tym coraz młodsze dziewczęta poprzez próby głodówek lub intensywnych ćwiczeń fizycznych próbują wpłynąć na dokonujące się z ich i w ich ciele zmiany, aby sprostać obowiązującemu kanonowi idealnego ciała. Powoduje to stałe obniżanie się granicy wiekowej wystąpienia zwłaszcza jadłowstrętu.

B. Ziółkowska (2005, s. 45) wskazuje, iż dorastające dziewczęta stają się najczęstszymi ofiarami anoreksji z następujących powodów: ujawniają wzmożoną potrzebę porównań społecznych, zwłaszcza zaś tzw. porównań „w górę”, w hierarchii wartości wygląd jest jednym z ich naczelných wyznaczników globalnej samooceny oraz są podatne na wpływ kultury masowej, grupy rówieśniczej, mody, a wobec przekazów z nich płynących ujawniają często brak krytycyzmu.

Ponadto autorka do ważnych determinantów społecznych anoreksji zalicza: potrzebę przynależności do grupy rówieśniczej, potrzebę – vs. nacisk dokonywania porównań społecznych, potrzebę – vs. nacisk kontroli, rywalizacji, perfekcjonizmu, presję opierającą się na sprzecznych przesłankach (np. nakłanianie dziecka do zjedania całego posiłku przy jednoczesnym nagradzaniu go za szczupłą sylwetkę) (tamże, s. 30).

Z kolei I. Namysłowska i in. (2000, s. 33–34) podkreślają, iż współczesna nastolatka lub młoda kobieta często próbuje zrealizować szereg sprzecznych oczekiwań społecznych, dotyczących takich zaleceń, jak:

- zaspokajaj potrzeby innych ludzi – dbaj o własne interesy,
- bądź delikatna – dąż do wyznaczonego celu i rób karierę,
- nie pokazuj mężczyźnie, że jesteś mądrzejsza od niego – osiągnij sukces, pokaż, że jesteś dobra,
- dbaj przede wszystkim o dom i męża – bądź niezależna, decyduj o sobie,
- bądź idealną panią domu – rób błyskotliwą karierę.

Niemożność pogodzenia tych wykluczających się oczekiwań sprawia, iż kobieta skierowuje się ku swojemu ciału, uważając iż cel, jakim jest utrzymanie jego szczupłego wyglądu, jest łatwiejszy do osiągnięcia, a przy tym jego doskonałość będzie substytutem powyższych osiągnięć osobisto-rodzinno-zawodowych, których w rzeczywistości nie może zrealizować.

Na rozprzestrzenianie się zaburzeń jedzenia znaczny wpływ mogą mieć zatem wzorce obowiązujące we współczesnej kulturze, w której tożsamość kobiety coraz częściej określana jest przez pryzmat jej ciała i wyglądu, wyrażane poprzez (Niewiadomska i in. 2005, s. 116):

- przekonanie, iż od szczupłości zależy sukces społeczny, zdrowie, atrakcyjność fizyczna,
- przekonanie, iż szczupłość jest wyrazem silnego poczucia własnej wartości i silnej woli osoby,
- przedstawianie sylwetek, których wskaźnik BMI jest coraz niższy,

- promowanie niskokalorycznego sposobu odżywiania się, produktów dietetycznych, środków odchudzających, diet, mody na odchudzanie,
- wymaganie od kobiet, aby dbały o swoje ciało, kupując określone kosmetyki i stosując szereg zabiegów kosmetycznych, dermokosmetycznych, a nawet chirurgicznych.

Podsumowując, analiza czynników związanych z ryzykiem wystąpienia i rozwoju zaburzeń odżywiania pokazuje, iż istotnym z nich jest wiek, przypadający na okres dojrzewania, jak też szereg uwarunkowań natury osobowościowej, rodzinnej i społeczno-kulturowej. Stąd też odpowiedź na pytanie, dlaczego/z jakich powodów u danej osoby wystąpiło zaburzenie odżywiania, niesie z sobą wiele trudności, jednak odnalezienie właściwych przyczyn jest niezwykle ważne dla procesu terapii, który nierzadko trwa kilka, a nawet kilkanaście lat.

## BADANIA WŁASNE

W literaturze przedmiotu pojawia się coraz więcej informacji o przyczynach, charakterze i skutkach anoreksji i bulimii, które najczęściej rozpoczynają się we wczesnej adolescencji, nawet od około 12–13 r.ż., a nasilają i rozwijają pełnoobrazowo w okresie adolescencji późnej. Stąd też przedmiot niniejszych badań dotyczy pomiaru tendencji do zaburzeń odżywiania w okresie dojrzewania, a cel stanowi wykazanie związku, jaki występuje pomiędzy ich nasileniem i postacią a czynnikami natury socjodemograficznej i pochodzącymi ze środowiska rodzinnego.

Podstawowe pytanie badawcze sformułowano następująco: Jakie jest nasilenie tendencji do zaburzeń jedzenia i ich postać u młodzieży w wieku 15–19 lat z powiatu radomskiego, przy uwzględnieniu oddziaływania takich czynników, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców, struktura rodziny, problemy zdrowotne w rodzinie oraz relacje w rodzinie?

Główny problem badawczy implikuje pytania szczegółowe:

1. Czy występują różnice w nasileniu i specyfice zaburzeń odżywiania pomiędzy uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych?
2. Czy występują różnice w specyfice zaburzeń odżywiania z uwagi na płeć oraz miejsce zamieszkania respondentów?
3. Czy występują różnice w specyfice zaburzeń jedzenia pomiędzy badanymi z uwagi na wykształcenie rodziców, strukturę rodziny i problemy zdrowotne w rodzinie?
4. Jakie są relacje pomiędzy respondentami a rodzicami w grupach młodzieży o niskim i wysokim nasileniu zaburzeń odżywiania?
5. Które z uwzględnionych zmiennych niezależnych determinują wystąpienie tendencji do zaburzeń odżywiania u młodzieży?

W odniesieniu do postawionych powyżej problemów badawczych sformułowano następujące hipotezy:

1. Występują różnice w nasileniu zaburzeń odżywiania pomiędzy uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.
2. U dziewcząt występuje większa niż u chłopców tendencja do zaburzeń odżywiania, przy czym tendencja do zachowań anorektycznych jest większa, niż zachowań bulimicznych.
3. Występują różnice w nasileniu i specyfice zaburzeń jedzenia pomiędzy grupami badanych pochodzących ze wsi i miasta.
4. Nasilenie zaburzeń odżywiania jest większe u respondentów pochodzących z rodzin niepełnych oraz cechujących się występowaniem problemów zdrowia psychicznego.
5. Występują różnice w ocenie relacji z rodzicami w grupach młodzieży o niskim i wysokim nasileniu zaburzeń odżywiania.
6. Czynniki takie, jak wiek, struktura rodziny oraz rodzaj relacji z rodzicami, determinują pojawienie się tendencji do zaburzeń odżywiania u adolescentów.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od marca do maja 2012 r. na próbie losowej uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w powiecie radomskim. Głównym kryterium doboru grupy badawczej był wiek respondentów – obejmujący okres adolescencji. Zwrócono przy tym uwagę na tzw. wiek krytyczny dla wystąpienia zaburzeń odżywiania, stąd uwzględniono osoby w ostatnich latach okresu dorastania (III klasa gimnazjum, tj. 15–16 lat) oraz osoby we wczesnym wieku młodzieńczy (II–III klasa szkoły ponadgimnazjalnej, tj. 17–19 lat). Badane osoby samodzielnie odpowiadały na pytania, zakreślając właściwą dla siebie odpowiedź. Przeprowadzone badania miały charakter grupowy, zadbano o zapewnienie anonimowości badanych, przeciętny czas potrzebny na wypełnienie kwestionariuszy wynosił ok. 45 minut. Ogółem przebadano 185 osób, do analizy psychometrycznej, z uwagi na kompletność i poprawność wypełnienia, zakwalifikowano 157 kwestionariuszy.

W badaniach posłużono się następującymi narzędziami: Kwestionariuszem Postaw Wobec Odżywiania EAT 26 D. Garnera i P. Garfinkela oraz Kwestionariuszem Relacji Rodzinnych M. Płopy i P. Połomskiego.

**Kwestionariusz EAT-26** został stworzony przez D. Garnera oraz P. Garfinkela do badania postaw i zachowań wobec odżywiania się chorych na jadłowstręt psychiczny (por. Modrzejewska 2010; N. Pytlińska 2010). Stosowane w badaniu narzędzie jest pochodzącą z 1982 r. 26-pytaniową wersją pierwotnej 40-itemowej wersji kwestionariusza, który pozwala na ocenę trzech obszarów objawów zawartych w podskalach określonych jako:

- 1) zachowania dietetyczne/dieta (*dieting*),
- 2) bulimia i zaabsorbowania jedzeniem (*bulimia & food preoccupation*),
- 3) kontrola oralna (*oral control*)

Każda odpowiedź podlega punktowej ocenie od 0 do 3 punktów. Maksymalna ilość punktów, jaką uzyskać można w badaniu kwestionariuszem, wynosi 78. Zaburzone odżywianie diagnozuje się przy punktacji powyżej 20 punktów.

EAT 26 używany jest w badaniach klinicznych i populacyjnych zaburzonego odżywiania się, stanowi on popularne narzędzie przesiewowe w badaniach epidemiologicznych nad klinicznymi jednostkami zaburzeń odżywiania. W literaturze przedmiotu spotkać można wiele doniesień co do trafności i rzetelności narzędzia, pochodzących z badań transkulturowych wersji angielskiej jak i badań prowadzonych w oparciu o inne wersje językowe. Standaryzacji narzędzia na populacji 747 uczennic klas pierwszych warszawskich liceów dokonała K. Włodarczyk-Bisaga w roku 1992 (za: Modrzejewska 2010, s. 654). Dowiodła ona użyteczności narzędzia w warunkach polskich jako kwestionariusza przesiewowego do oceny obecności objawów szerokiego spektrum zaburzonego odżywiania.

Kwestionariusz Relacji Rodzinnych KRR M. Plopy i P. Połomskiego opiera się na teorii systemowego rozumienia rodziny, ujmującej wieloaspektowość relacji tworzących ją członków. Rodzina nie jest prostą sumą właściwości poszczególnych członków, lecz na jej całość oddziałują zarówno czynniki pochodzące z systemu rodzinnego, jak też z systemów związanych z nim, a pochodzących z zewnątrz (np. środowisko lokalne, szkolne etc.) (Plopa, Połomski 2010). Bezpośrednią teoretyczną podstawę kwestionariusza KRR tworzy funkcjonalny model rodziny opisany przez Epsteina, Bishop i Lenina, w którym akcent kładzie się na takie obszary warunkujące prawidłowość funkcjonowania systemu rodzinnego, jak: komunikacja, pełnienie ról w rodzinie, rozwiązywanie problemów, reaktywność emocjonalna, zaangażowanie emocjonalne oraz kontrola zachowań. W kolejnych zmianach tego modelu inni autorzy dodali do niego wymiary: wyznawane wartości i normy oraz oczekiwania społeczne i tendencje obronne.

Na podstawie wiedzy z zakresu systemowej teorii rodziny założono istnienie określonych czynników dotyczących różnych w niej relacji. Wyniki analiz czynnikowych pozwoliły na wyróżnienie w kwestionariuszu KRR w ramach relacji interpersonalnych w rodzinie następujących czynników:

1. W zakresie RELACJI OGÓLNYCH: *Komunikacja/Spójność/Autonomia-Kontrola/Tożsamość*
2. W zakresie RELACJI DIADYCZNYCH (relacje z matką /relacje z ojcem): *Komunikacja/Spójność/Autonomia-Kontrola*
3. W zakresie RELACJI MIĘDZY RODZICAMI (w oczach dziecka): *Komunikacja/Spójność/*
4. W zakresie JA w RODZINIE: *Komunikacja/Spójność/Autonomia-Kontrola* (tamże s. 44)

Kwestionariusz KRR ostatecznie tworzą wymiary:

- -KRR-1 MOJA RODZINA z czynnikami: *komunikacja, spójność, autonomia-kontrola, tożsamość*
- -KRR-2 MOI RODZICE JAKO MAŁŻEŃSTWO z czynnikami: *komunikacja, spójność*
- -KRR-3 MOJA MATKA z czynnikami: *komunikacja, spójność, autonomia-kontrola*

- -KRR-4 MÓJ OJCIEC z czynnikami: *komunikacja, spójność, autonomia-kontrola*
- -KRR-5 JA W OCZACH MATKI z czynnikami: *komunikacja, spójność, autonomia-kontrola*
- -KRR-6 JA W OCZACH OJCA z czynnikami: *komunikacja, spójność, autonomia-kontrola*

Kwestionariusz relacji Rodziny KRR może być stosowany w badaniach indywidualnych i grupowych, przy czym można wówczas stosować wszystkie jego wersje równocześnie lub – w zależności od celu badania – tylko jedną bądź kilka z nich. Osoba badana ustosunkowuje się do twierdzeń, wybierając jedną z pięciu odpowiedzi (*tak, raczej tak, nie wiem, raczej nie, nie*). Czas wypełniania dla większości wersji wynosi około 15 minut.

W niniejszych badaniach wykorzystano wersje: KRR-2, KRR-3 i KRR-4.

Grupę osób badanych ogółem stanowiło 157 uczniów ze szkół gimnazjalnych (N = 70) i ponadgimnazjalnych (N = 87) Radomia i powiatu radomskiego. Charakterystykę respondentów z uwagi na główne zmienne socjodemograficzne przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Zmienna	Grupa ogółem (N = 157)	
Szkoła		
Gimnazjum	N = 70	44,5%
Ponadgimnazjalna	N = 87	55,5%
Wiek	M = 17	SD = 1,4
Płeć		
K	N = 97	62%
M	N = 60	38%
Miejsce zamieszkania		
Miasto	N = 94	60%
Wieś	N = 63	40%
Struktura rodziny		
Pełna	N = 59	38%
Niepełna	N = 98	62%
Problemy zdrowia psychicznego w rodzinie		
Brak	N = 96	61%
Występują (alkoholizm, depresja)	N = 61	39%



Wykształcenie matki		
podstawowe	N = 37	24%
zawodowe	N = 32	20%
średnie	N = 57	36%
wyższe	N = 31	20%
Wykształcenie ojca		
podstawowe	N = 32	20%
zawodowe	N = 48	31%
średnie	N = 59	38%
wyższe	N = 18	11%

Źródło: badania własne.

Dane powyższe świadczą o tym, iż zbadano porównywalny odsetek uczniów szkół gimnazjalnych (44,5%) oraz ponadgimnazjalnych (55,5%). Średni wiek respondentów wyniósł 17 lat. Większość badanych w grupie ogółem to osoby płci żeńskiej (62%), pochodzące z miasta (60%), rodzin: niepełnych (62%), bez problemów zdrowia psychicznego (61%), w których rodzice, zarówno matka, jak i ojciec, posiadają najczęściej wykształcenie średnie (około 40%).

## WYNIKI BADAŃ

Omówiono rezultaty badań dotyczących tendencji do zaburzeń odżywiania w grupie młodzieży w wieku od 15 do 19 lat i ich uwarunkowań socjodemograficznych oraz rodzinnych. Prezentację wyników rozpoczęto od ich analizy z uwagi na takie zmienne, jak: wiek (uczniowie gimnazjum w wieku 15 i 16 lat oraz szkół ponadgimnazjalnych w wieku 17–19 lat) (tabela 3) oraz płeć (tabela 4).

Tabela 3. Tendencje do zaburzeń uczniów szkół gimnazjalnych (Grupa G) i ponadgimnazjalnych (Grupa PG)

Eat 26	Grupa G (N = 70)		Grupa PG(N= 87)		Test T-Studenta	
	M	Sd	M	Sd	t	p<
Dieta	4,0	6,01	11,6	10,92	-4,346	0,001
Bulimia	1,4	2,41	5,2	5,42	-4,455	0,001
Kontrola Oralna	1,7	2,89	5,8	6,21	-4,174	0,001
WO	6,2	9,558	22,9	22,58	-4,759	0,001

Źródło: badania własne.

Dane zawarte w tabeli 3 wskazują, iż pomiędzy badanymi uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych występują różnice na poziomie istotnym statystycznym ( $p < .001$ ) w nasileniu ogólnej tendencji do zaburzeń odżywiania i ich postaci, przy czym wyniki wyższe we wszystkich podskalach EAT26 otrzymano u młodzieży w wieku pomiędzy 17 a 19 rokiem życia. Wynik ogólny w tej grupie uzyskał wartość diagnostyczną (ponad 20), zaś skalą o najwyższym nasileniu była skala dotycząca zachowań dietetycznych ( $M = 10.92$ ). U uczniów w wieku 15–16 lat tendencja ta wystąpiła w stopniu nieznacznym.

Tabela 4. Tendencje do zaburzeń odżywiania dziewcząt (K) i chłopców (M) ze szkół gimnazjalnych (Grupa G) i ponadgimnazjalnych (Grupa PG)

Eat 26	Grupa G (N = 70)				Test T		Grupa PG(N= 87)				Test T		Test T			
	K (N=41)		M (N=29)		t	p<	K (N=56)		M (N=31)		t	p<	K (N=97) G-PG		M (N=60) G-PG	
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD			t	p<	t	p<
D	4,88	6,83	2,07	2,2	2.01	0.031	15,19	12,24	10,37	10,2	1,61	n.i.	3.02	0.003	3.93	0.001
B	1,35	2,72	1	0,85	1.93	n.i.	7,32	6,06	4,5	4,9	1,83	0.07	1.91	0.05	3.96	0.001
KO	2,15	3,2	1	1,37	1.97	0.017	8,18	7,23	5	5,62	1,86	0.07	2.99	0.003	3.74	0.001
WO	7,64	10,91	3	2,16	2,57	0,024	31,88	25,74	19,84	20,6	1,86	0.07	3.58	0.001	4.08	0.001

Źródło: badania własne.

Z kolei tabela 4 dotycząca analizy nasilenia zaburzeń odżywiania z uwzględnieniem zmiennej płci pokazuje, iż jest ono istotnie wyższe w grupach dziewcząt niż chłopców. W grupie badanych ze szkół gimnazjalnych pomiędzy uczniami a uczennicami wystąpiły różnice na poziomie istotnym statystycznie w wyniku ogólnym ( $p < 0.024$ ) oraz podskalach Dieta ( $p < 0.031$ ) i Kontrola Oralna ( $p < 0.017$ ), tylko w skali Bulimia respondenci otrzymali podobne, niskie wyniki. Natomiast pomiędzy grupami dziewcząt i chłopców ze szkół ponadgimnazjalnych wystąpiły

różnice istotne statystycznie we wszystkich podskalach. Zwraca uwagę, iż uczennice w wieku 17–19 lat uzyskały wynik dosyć wysoki ( $M = 32$ ), ale interesujący jest też fakt, iż wynik ogólny chłopców w tym przedziale wiekowym jest na granicy ryzyka zaburzeń odżywiania ( $M = 19,84$ ) i podobnie jak ich rówieśniczki wykazują oni nasiloną tendencję do zachowań związanych ze stosowaniem i przestrzeganiem diety ( $M = 10,37$ ).

Analiza porównawcza wyników pomiędzy podgrupami dziewcząt oraz chłopców ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych pokazuje, iż dla obu płci ryzyko zaburzeń odżywiania rośnie wraz z wiekiem – uczniowie i uczennice w wieku 17–19 lat uzyskali istotnie statystycznie wyższe wyniki ( $p < 0.001$ ) niż badane i badani w wieku 15–16 lat.

Tabela 5. Tendencje do zaburzeń odżywiania młodzieży mieszkającej na wsi (Grupa W) i w mieście (Grupa M)

Eat 26	Grupa W (N=63)		Grupa M (N=94)		Test T-Studenta	
	M	Sd	M	Sd	t	p<
Dieta	8,42697	10,35603	8,96429	8,83797	-0,24748	n.i.
Bulimia	3,60674	4,98091	3,96429	4,32462	-0,34129	n.i.
Kontrola Oralna	4,04494	5,54918	4,57143	5,43942	-0,43989	n.i.
WO	15,94382	20,73006	17,00000	18,58912	-0,24074	n.i.

Źródło: badania własne.

Dane zawarte w tabeli 5 ukazują z kolei, iż zmienna miejsca zamieszkania nie jest istotna w ocenie tendencji do zaburzeń odżywiania u młodzieży. Respondentów pochodzących z miasta i ze wsi cechuje zbliżone nasilenie wyników: obydwie grupy charakteryzuje podobny, umiarkowany poziom zachowań związanych z dietą i kontrolą oralną, zaś najsłabsza jest u nich tendencja do zaburzeń związanych z bulimią. Natomiast wynik ogólny jest nieznacznie wyższy u młodzieży miejskiej ( $M = 17$ ).

Kolejne analizy wyników dotyczą oceny związku tendencji do zaburzeń odżywiania z czynnikami środowiska rodzinnego, takimi jak: struktura rodziny, wykształcenie rodziców, problemy zdrowia psychicznego oraz relacje z rodzicami.

Dane przedstawione w tabeli 6 świadczą o tym, iż z uwagi na ogólny poziom nasilenia zaburzeń odżywiania pomiędzy badanymi uczniami z rodzin pełnych i niepełnych nie ma istotnych różnic – uzyskali oni podobny wynik zarówno w wymiarze ogólnym (WO poniżej wartości diagnostycznej:  $M = 16$ ), jak też w podskalach: Dieta i Kontrola Oralna. Jedyną skalą, w której stwierdzono istotne różnice w wynikach wyodrębnionych grup, okazała się skala Bulimii, w której wyższy wskaźnik ( $M = 4,37$ ) cechuje młodzież pochodzącą z rodzin niepełnych. Dane te pozwalają na wniosek, iż zaburzona równowaga struktury rodziny, w której dojrzewający młody człowiek

doświadcza braku jednego z członków w wyniku rozwodu, samotnego rodzicielstwa czy śmierci jednego z rodziców, sprzyja tendencjom bulimicznym, związanym ze stałymi myślami o jedzeniu, nadmiernym niekontrolowaniem spożywania go bez możliwości przerwania czy wymiotowaniem po posiłkach.

Tabela 6. Tendencje do zaburzeń odżywiania młodzieży pochodzącej z rodzin pełnych (Rodz P) i niepełnych (Rodz NP)

Eat 26	Rodz P (N = 59)		Rodz NP (N = 98)		Test T-Studenta	
	M	Sd	M	Sd	t	p<
Dieta	8,64706	9,95550	8,31250	10,19942	0,16096	n.i.
Bulimia	2,76471	1,14067	4,37500	0,90696	-2,71797	0,008
Kontrola Oralna	4,15294	5,69776	4,21875	5,04006	-0,05740	n.i.
WO	16,18824	20,53655	16,21875	19,46334	-0,00726	n.i.

Źródło: badania własne.

Analiza danych dotyczących tendencji do zaburzeń odżywiania u młodzieży o różnym poziomie wykształcenia rodziców ujawniła interesujące dane: wykształcenie ojca nie różnicowało grup na poziomie istotnym statystycznie, natomiast wykształcenie matki tak (por. tabela 7).

Tabela 7. Tendencje do zaburzeń odżywiania młodzieży a wykształcenie matki (P–podstawowe, Z–zawodowe, S–średnie, W–wyższe)

Eat 26	P (N = 37)		Z (N = 32)		S (N = 57)		W (N = 31)		Anova		
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	M	Sd	f	p<	
Dieta	9,67	11,11	15,14	11,51	6,36	8,17	7,36	9,62	4,530891	0,005	Z-S* Z-W*
Bulimia	5,33	5,16	6,37	6,69	2,65	3,51	3,21	4,43	3,571110	0,02	Z-S*
Kontrola Oralna	5,17	7,01	7,00	6,75	3,38	5,01	3,43	4,77	2,691328	0,05	Z-S*
WO	19,66	22,91	28,91	24,62	11,91	11,44	13,75	18,71	4,185565	0,007	Z-S*

Źródło: badania własne.

Najwyższe wyniki, zarówno w wymiarze ogólnym, jak i w poszczególnych podskalach, uzyskano w grupach osób, których matki miały wykształcenie podstawowe lub zawodowe, najniższe natomiast u młodzieży, która wskazała na średnie lub wyższe wykształcenie matki. Natomiast największe różnice istotne statystycznie stwierdzono

między młodzieżą, której matki miały wykształcenie zawodowe, a młodzieżą, której matki miały wykształcenie średnie lub wyższe. Respondentów wskazujących na zawodowe wykształcenie matki, zwłaszcza w porównaniu z respondentami matek o wykształceniu średnim, cechował znacząco wyższy wynik ogólny, który przekroczył wartość diagnostyczną ( $M = 28,91$ ), mieli oni też wyższe wyniki we wszystkich trzech podskalach, wśród których najsilniej zaznaczyła się tendencja młodzieży do zachowań związanych z dietą ( $M = 15$ ).

Kolejna tabela przedstawia wyniki dotyczące analizy związku tendencji do zaburzeń odżywiania u młodzieży z występowaniem w najbliższej rodzinie problemów zdrowia psychicznego. Okazało się, iż pomiędzy młodzieżą pochodzącą z rodzin bez tego typu problemu i z nim nie ma istotnych statystycznie różnic w ogólnym nasileniu tendencji do zaburzeń odżywiania oraz w zachowaniach związanych ze stosowaniem diety i kontrolą oralną. Natomiast jedyną podskalą różnicującą badane grupy respondentów okazała się Bulimia ( $p < .014$ ), w której istotnie wyższy wynik ( $M = 5,92$ ) uzyskała młodzież z rodzin o problemach zdrowia psychicznego dotyczących występowania chorób psychicznych (depresja) lub uzależnienia od alkoholu.

Tabela 8. Tendencje do zaburzeń odżywiania młodzieży pochodzącej z rodzin z problemami zdrowia psychicznego (RODZ ZP) i bez nich (RODZ BP)

Eat 26	RODZ BP (N = 96)		RODZ ZP (N = 61)		Test T-Studenta	
	M	Sd	M	Sd	t	p<
Dieta	8,52	9,095	8,63	10,433	-0,057	n.i.
Bulimia	3,03	3,694	5,92	5,263	2,503	0,014
Kontrola Oralna	3,27	4,968	4,61	5,723	1,241	n.i.
WO	14,39	17,016	17,06	21,565	0,668	n.i.

Źródło: badania własne.

Zaskakujące dane uzyskano w następnej analizie – dotyczącej postrzegania relacji z matką (KRR-3), ojcem (KRR-4) oraz relacji małżeńskiej rodziców (KRR-2) w grupach młodzieży wyodrębnionych z uwagi na nasilenie wyniku ogólnego w EAT 26 wskazującego na brak ( $WO < 20$ ) lub występowanie ( $WO > 20$ ) u młodzieży tendencji do zaburzeń odżywiania.

Tabela 9. Tendencje do zaburzeń odżywiania młodzieży a relacje z rodzicami

Kwestionariusz Relacji Rodzinnych	WO EAT 26 niski (N = 99)		WO Eat 26 Wysoki (N = 58)		Test T-Studenta	
	Sten	Sd	M	Sd	t	p<
<b>KRR-2 Małżeństwo</b>						
Komunikacja	4	8,591	4	7,307	-0,734	n.i.
Spójność	4	8,900	4	8,683	-0,802	n.i.
<b>KRR-3 Matka</b>						
Komunikacja	5	7,561	5	7,697	0,909	n.i.
Spójność	5	7,256	5	8,058	0,954	n.i.
Autonomia -Kontrola	2	6,902	3	7,272	0,265	n.i.
<b>KRR-4 Ojciec</b>						
Komunikacja	5	7,798	4	7,177	1,476	n.i.
Spójność	5	7,922	4	7,296	0,749	n.i.
Autonomia -Kontrola	3	7,423	3	7,314	-0,075	n.i.

Źródło: badania własne.

Porównania percepcji powyższych relacji w rodzinie wykazały brak różnic na poziomie istotnym statystycznie pomiędzy badanymi z nasiloną tendencją do zaburzeń odżywiania i bez niej.

Młodzież z obydwu wyodrębnionych grup tak samo negatywnie postrzega związek rodziców jako pary małżeńskiej, wskazując na niski poziom komunikacji pomiędzy nimi (N = 4), nieumiejętność wzajemnego rozumienia i wysłuchiwanie swoich racji oraz życie obok siebie, nacechowane wzajemnym brakiem zaufania oraz nikłym zainteresowaniem problemami partnera.

Nieco lepiej respondenci badanych grup oceniają swoją relację z matką, w której wskazują na przeciętną (N = 5) satysfakcję z poziomu komunikacji i bliskości z nią, natomiast zdecydowanie nisko oceniają możliwość chronienia w kontakcie z nią własnej prywatności, niezależnego działania, realizowania potrzeby autonomii. Matkę postrzegają jako osobę wytwarzającą atmosferę napięcia i lęku oraz nagradzającą posłuszeństwo i zależność.

Z kolei w ocenie relacji z ojcem pomiędzy młodzieżą z tendencją do zaburzeń odżywiania a bez niej stwierdzono nieznaczące różnice, które jednak okazały się nieistotne statystycznie. Respondenci z nasiloną tendencją do zaburzeń odżywiania gorzej oceniają poziom komunikacji i bliskości z ojcem (N = 4). Postrzegają ojca jako sztywnego w swoim stanowisku, podkreślającego swoją władzę, niezdolnego do prowadzenia konstruktywnych dyskusji. Wskazują na chłodne i sztywne relacje z nim, uważają, iż ojciec jest obojętny na ich problemy i nie można liczyć na jego pozytywne uczucia i wsparcie. Natomiast tak samo, jak młodzież bez zaburzeń



odżywiania, postrzegają kontrolę ze strony ojca jako nadmierną, czują się ograniczani w swojej prywatności i swobodzie działania, uważają, iż wymagane jest od nich nadmierne posłuszeństwo.

Ostatni etap analizy danych dotyczył sprawdzenia udziału poszczególnych zmiennych w wyjaśnianiu ogólnej tendencji do zaburzeń odżywiania młodzieży oraz do zachowań związanych z dietą, bulimią i kontrolą oralną (por. tabela 10).

Tabela 10. Udział zmiennych niezależnych w wyjaśnianiu tendencji do zaburzeń odżywiania w wielokrotnej regresji

ZMIENNE NIEZALEŻNE	Beta	t	p<
<b>WYNIK OGÓLNY EAT 26</b>			
Wiek	,428	5,26	0,001
Wykształcenie M	-,18	-2,23	0,028
Komunikacja M	-,25	-2,61	0,011
Współczynnik korelacji wielokrotnej: R = .545 Współczynnik wielokrotnej determinacji: R <sup>2</sup> = .297 Istotność równania: F = 9,39, p<.000			
<b>DIETA</b>			
Wiek	,364	4,28	0,001
Wykształcenie M	-,18	-2,07	0,041
Komunikacja M	-,9	-2,23	0,027
Współczynnik korelacji wielokrotnej: R = .473 Współczynnik wielokrotnej determinacji: R <sup>2</sup> = .224 Istotność równania: F = 10,862 p<.000			
<b>BULIMIA</b>			
Wiek	,402	4,84	0,001
Wykształcenie M	-,17	-1,99	0,049
Komunikacja M	-,19	-2,29	0,024
Współczynnik korelacji wielokrotnej: R = .504 Współczynnik wielokrotnej determinacji: R <sup>2</sup> = .254 Istotność równania: F = 12,801 p<.000			
<b>KONTROLA ORALNA</b>			
Wiek	,443	5,26	0,001
Problemy w rodzinie	,173	-2,01	0,047
Współczynnik korelacji wielokrotnej: R = .496 Współczynnik wielokrotnej determinacji: R <sup>2</sup> = .246 Istotność równania: F = 12,31, p<.000			

Źródło: badania własne.

Przeprowadzenie regresji krokowej pozwoliło na wyodrębnienie układu trzech zmiennych niezależnych, który okazał się istotny statystycznie ( $p < .000$ ) i wyjaśnia w około 30% ogólną tendencję do zaburzeń odżywiania ( $R^2 = .297$ ) i bulimii ( $R^2 = .254$ ) oraz w 22% tendencję do przestrzegania diety ( $R^2 = .224$ ). Siła związku tych zmiennych ze skalami EAT jest umiarkowana ( $R = \text{ok.}500$ ). Można zatem wnioskować, iż wraz z wiekiem nasila się u młodzieży ogólna tendencja do zaburzeń odżywiania jak również do zachowań związanych ze stosowaniem diety i prowokowaniem wymiotów. Tendencja ta jest też tym silniejsza, im niższe jest wykształcenie matki i poziom komunikacji z nią.

Z kolei w wyjaśnianiu nasilenia zachowań związanych z kontrolą oralną największy udział, obok wieku, ma występowanie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w rodzinie. Te dwie zmienne wyjaśniają w około 25% tendencję do kontroli oralnej u młodzieży i pozostają z nią w umiarkowanym związku ( $R = .496$ ). Dowodzi to, iż tendencja do kontroli oralnej również wzrasta u młodzieży wraz z wiekiem, ale też jest ona większa, im większe jest natężenie problemów zdrowia psychicznego w rodzinie.

## DYSKUSJA WYNIKÓW

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały umiarkowaną tendencję do zaburzeń odżywiania w badanej grupie młodzieży pomiędzy 15 a 19 rokiem życia. Przeprowadzone analizy empiryczne pozwoliły na weryfikację postawionych w pracy hipotez. Okazało się, iż spośród analizowanych zmiennych niezależnych istotne różnice w nasileniu skłonności do zaburzeń odżywiania stwierdzono głównie z uwagi na takie zmienne, jak wiek oraz płeć. Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych w wieku 17–19 lat cechowali się istotnie wyższym nasileniem tendencji do zaburzeń odżywiania. Ponadto była ona wyraźnie większa u dziewcząt niż chłopców i związana w dużej mierze z zachowaniami dotyczącymi stosowania i przestrzegania diety. Dane te znajdują potwierdzenie w doniesieniach i badaniach licznych autorów (por. Abraham, Llewellyn-Jones 1999; Barnhill, Taylor 2001; Jagielska i in. 2005; Joško, Kamecka-Krupa 2007; Józefik 1999a; Pawłowska, Masiak 2007; Pytlińska 2010 i in.).

Hipotezy o związku zaburzeń odżywiania u młodzieży z takimi czynnikami, jak: miejsce zamieszkania, struktura rodziny, problemy zdrowotne w rodzinie czy jakość relacji z rodzicami – nie znalazły do końca potwierdzenia w niniejszych badaniach. Warto wskazać, iż doniesienia innych badaczy, zwłaszcza na temat czynników rodzinnych, wskazują na ich rolę w wyzwalaniu i rozwoju zaburzeń jedzenia. Oprócz znaczenie takich cech środowiska rodzinnego, jak: sztywność granic w rodzinie, burzliwe rozwiązywanie konfliktów (bulimia) lub unikanie ich (anoreksja), włączenie w problemy małżeńskie dzieci, niezaspokajanie potrzeb emocjonalnych dzieci i in., podkreśla się znaczenie występowania w rodzinie uzależnienia od alkoholu, chorób afektywnych, otyłości oraz specyficznych relacji z rodzicami, opartych np.

na nadmiernej dominacji i kontroli z ich strony (Jablów 1993; Jagielska 2010; Niewiadomska i in. 2005; Ziółkowska 2000).

W niniejszych badaniach jedynymi zmiennymi środowiska rodzinnego, które okazały się istotne w wyjaśnianiu ogólnego nasilenia tendencji do zaburzeń odżywiania badanej młodzieży, były zawodowe wykształcenie matki i jakość komunikacji z nią, opartej na napięciu i podporządkowaniu. Postać matki – jej percepcja, osobowość, jakość kontaktu z nią, stan jej zdrowia psychicznego i inne związane z nią cechy, niejednokrotnie były badane w kontekście występowania zaburzeń odżywiania u dziecka. Inni autorzy podkreślają też znaczenie jej nadopiekuńczej postawy, skłonności do zachowań agresywnych, impulsywnych, zwracanie uwagi na wygląd córki, oczekiwanie od niej wsparcia w konflikcie małżeńskim, ale też kształtowanie relacji z nią przez dominację i kontrolę (Chuchra, Pawłowska 2005; Leksy 2006; Pawłowska, Chuchra 2005).

## ZAKOŃCZENIE

Zaburzenia odżywiania należą do jednych z najpoważniejszych problemów zdrowotnych dotyczących młodzieży. Skala tego zjawiska jest alarmująca, a próby przeciwdziałania temu nadal niewystarczające. W literaturze przedmiotu główne postaci tych zaburzeń, tj. anoreksja i bulimia, zostały dosyć dobrze opisane, natomiast szereg wątpliwości niesie wyjaśnienie czynników sprzyjających ich rozwojowi oraz możliwości skutecznego oddziaływania terapeutycznego.

Wśród czynników sprzyjających powstaniu i rozwojowi zaburzeń odżywiania coraz więcej miejsca poświęca się czynnikom środowiska rodzinnego. Szereg doniesień wskazuje na specyficzne cechy rodzin, w których jedna z osób, najczęściej dzieci, cierpi na anoreksję lub bulimię. Przedstawione tu badania własne pozwalają stwierdzić, iż u młodzieży, która wykazuje nasiloną tendencję do zaburzeń odżywiania, istotnym elementem środowiska rodzinnego, mającym udział w ich wystąpieniu, jest postać matki, a konkretnie poziom jej wykształcenia i sposób komunikowania się z dzieckiem. Dane te pozwalają na wyciągnięcie wniosków, iż w szkolnych oddziaływaniach profilaktycznych i terapeutycznych dziewcząt z tendencją do zaburzeń odżywiania, zwłaszcza w wieku powyżej 16 r. ż., niezwykle ważna jest współpraca z matkami, ukierunkowana na jakość relacji i komunikacji z dojrzewającymi córkami. Oddziaływanie takie wydaje się tym bardziej zasadne, iż naturalnie w okresie adolescencji zachodzą zmiany w komunikacji pomiędzy dojrzewającymi a ich rodzicami. Jakość komunikacji w tej relacji odzwierciedla zarówno psychospołeczne zmiany dziecka, jak też zdolności rodziny w radzeniu sobie z nowymi potrzebami, które pojawiają się wraz z dojrzewaniem dziecka (Płopa, Połomski 2010). Ważnym zadaniem w rodzinie jest wówczas zachowanie ciągłości więzi emocjonalnych, zaś osobą szczególną, kojarzoną właśnie z emocjonalną bliskością, jest matka. Dobra jakość relacji i komunikacji z dojrzałą i zrównoważoną matką może być ważnym

czynnikiem ochronnym dla młodego, dorastającego człowieka – nie tylko w zaburzeniach odżywiania, ale też w innych zagrożeniach jego rozwoju psychicznego i społecznego.

## LITERATURA

- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (1999). *Bulimia i anoreksja*. Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa
- Apfeldorfer G. (1999). *Anoreksja. Bulimia. Otyłość*. Wyd. Książnica, Katowice.
- Barnhill J. W., Taylor N. (2001). *Zaburzenia odżywiania*. Wyd. Prószyński i S-ka, W-wa.
- Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S. (2005). *Psychologia zaburzeń*. T. 1, Wyd. GWP, Gdańsk.
- Chuchra M., Pawłowska B. (2005). *Współzależności między idealnymi obrazami siebie i rodziców kobiet chorych na jadłowstręt psychiczny*. „Psychiatria Polska”, nr 4, s. 785–795.
- Cooper M., Todd G., Wells A. (2005). *BULIMIA. Program terapii*. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań.
- Eckhardt (1998). *Autoagresja*. Wyd. W. A. B., Warszawa.
- Freyberger H. J., Schneider W. (2005). *Zaburzenia psychosomatyczne*. W: H. J. Freyberger, W. Schneider, R. D. Stieglitz (red.) *Kompendium Psychiatrii Psychoterapii Medycyny Psychosomatycznej*. Wyd. PZWL, Warszawa, s. 174–184.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (2005). *Psychologia rozwoju człowieka, Charakterystyka okresów życia człowieka*. T. 2, Wyd. PWN, Warszawa.
- Jablów M., (1993). *Na bakier z jedzeniem*. Wyd. GWP, Gdańsk.
- Jagielska G., Tomaszewicz-Libudzić C., Wiśniewski A. (2005). *Zaburzenia odżywiania*. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.) *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Wyd. PZWL, Warszawa, s. 259–281.
- Jagielska G. (2010). *Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*. Wyd. ORE, Warszawa.
- Joško J., Kamecka -Krupa J. (2007). *Czynniki ryzyka anoreksji*. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 88(3), s. 254–258.
- Józefik B. (1999a). *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.) *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania*. Wyd. UJ, Kraków, s. 22–29.
- Józefik B. (1999b). *W stronę integracji podejść*. W: B. Józefik (red.) *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania*. Wyd. UJ, Kraków, s. 115–121.
- Kendall P. C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Wyd. GWP, Gdańsk.
- Leksy K. (2006). *Uzależnień inne oblicze*. „Wychowanie na co dzień”, nr 10/11, s. 35–39.
- Michałek D. (2001a). *Syndrom Uzależnienia Od Jedzenia*. Wyd. ARC-EN-CIEL, Kraków.
- Michałek D. (2001b). *Nałogowe Zachowanie Jedzeniowe. Podręcznik dla pacjentów*. Wyd. ARC-EN-CIEL, Kraków.
- Michałek D. (2001c). *Opóźnieni Kochankowie*. „motylem jestem... Pismo Pasjonatów Pomniejszania”, nr 3, s. 17–19.
- Modrzejewska R. (2010). *Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych a używanie substancji psychoaktywnych populacji 17-letniej młodzieży wielkomięskiej*. „Psychiatria Polska” nr 5, s. 651–663.

- Namysłowska I., Paszkiewicz E., Siewierska A. (2000). *Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia*. Wyd. Intra, Warszawa.
- Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A. (2005). *Jedzenie*. Wyd. KUL, Lublin.
- Pawłowska B., Chuchra M. (2005). *Współzależności między realnymi obrazami siebie i rodziców kobiet chorych na jadłowstręt psychiczny*. „Psychiatria Polska”, nr 4, s. 773–783.
- Pawłowska B., Masiak M. (2007). *Porównanie danych socjodemograficznych pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i bulimicznego hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1993–2003*. „Psychiatria Polska”, nr 3, s. 351–364.
- Pilecki M. (1999). *Podstawy biologicznego rozumienia zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.) *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania*. Wyd. UJ, Kraków, s. 69–71.
- Płopa M., Połomski P. (2010). *Kwestionariusz Relacji Rodzinnych. Wersja dla młodzieży. Podręcznik*. Wyd. VIZJA PRESS&IT, Warszawa.
- Putyński L. (2006). *Rola struktury osobowości w etiopatogenezie jadłowstrętu psychicznego u dziewcząt w wieku 14–17 lat*. W: J. Cz. Czabała, E. Zasepa (red.). *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji*. Wyd. APS, Warszawa, s. 231–234.
- Pytlińska N. (2010). *Biologiczne i psychospołeczne czynniki związane z przebiegiem anoreksji u dziewcząt*. Niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Poznań.
- Starzomska M. (2006). *Anoreksja. Trudne pytania*. Wyd. IMPULS, Kraków.
- Sumiła A., Łucka I., Michalewska A. (2006). *Analiza porównawcza procesu terapeutycznego pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego – studium dwóch przypadków*. W: W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła (red.). *Psychopatologia okresu dojrzewania. Wybrane zagadnienia*. Wyd. IMPULS, Kraków, s. 59–122.
- M. Wolska (1999). *Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się*. W: B. Józefik (red.) *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania*. Wyd. UJ, Kraków, s. 63–68.
- Zalewska-Kaszubska J. (2010). *Uzależnienie od jedzenia a uzależnienie od substancji psychoaktywnych-wspólne podłoże biochemiczne*. „Alkoholizm i Narkomania”, t. 23, 2, s. 143–151.
- Ziółkowska B. (2005). *Anoreksja od A do Z. Poradnik dla nauczycieli i wychowawców*. Wyd. SCHOLAR, Warszawa.
- Ziółkowska B. (2000). *Zaburzenia funkcjonowania systemu rodzinnego i konieczność podjęcia terapii systemowej w anoreksji nervosa*. W: A. Suchańska (red.). *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Wyd. Fundacji HUMANIORA, Poznań, s. 173–183.

## SOCIODEMOGRAPHIC AND FAMILY RISK FACTORS FOR EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

**Summary:** The increasing occurrence of various eating disorders coincides with the adolescence period, i.e. the period between 12 and 19 years. Recent studies search for the causes of its origin in genetics, psychological, family and socio-cultural factors.

The aim of our study was evaluation of sociodemographic and family risk factors of eating disorders in the group of girls and boys aged 15–19 years. The study included 157 students in the district of Radom by EAT 26 and KRR. The results indicate the relationship between age, maternal education, communication with her mother and mental health problems in a family with increased risk of eating disorders.

**Key words:** youth, eating disorders, sociodemographic and familial contingencies.