



Złożenie pracy online:
2025-07-15 22:48:45
Kod pracy:
24400/50005/CloudA

Irina Gonczarik
(nr albumu: 27799)

Praca magisterska

Kontrola emocji a zaburzenia odżywiania u kobiet

Emotional Control and Eating Disorders Among Women

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Joanna Felczak

Serdecznie dziękuję mojej Promotorce, Pani dr Joannie Felczak, za to, że zawsze mogłam liczyć na Jej wsparcie merytoryczne, za pomoc w przełamaniu impasu oraz inspirowanie własnym przykładem, że można zrobić więcej i lepiej, niż mogłoby się wydawać.



Streszczenie

Celem pracy jest zbadanie związku pomiędzy tłumieniem emocji a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania u kobiet. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi: Testu postaw wobec jedzenia (Eating Attitudes Test , EAT-26) oraz Skali kontroli emocji (Courtauld Emotional Control Scale , CECS) na próbie 78 kobiet uczestniczących w grupach wsparcia dla osób z zaburzeniami odżywiania. Analiza statystyczna wykazała brak istotnej dodatniej korelacji między ogólnym poziomem tłumienia emocji a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania, przy czym ujawniono istotną ujemną korelację pomiędzy kontrolą depresji a objawami bulimii i zaabsorbowania jedzeniem. Dodatkowo stwierdzono, że kobiety z wyższym wskaźnikiem masy ciała wykazują niższy poziom tłumienia emocji. Wyniki te wskazują na złożoność relacji między kontrolą emocji a zachowaniami żywieniowymi i sugerują konieczność szerszego ujęcia problemu w przyszłych badaniach, z uwzględnieniem dodatkowych zmiennych moderujących i mediujących. Zidentyfikowane zależności mogą mieć wartość aplikacyjną w opracowywaniu indywidualnych strategii terapeutycznych.

Słowa kluczowe

tłumienie emocji, kontrola emocji, zaburzenia odżywiania, anoreksja, bulimia, napadowe objadanie się, BMI, CECS, EAT-26



Abstract

The aim of this study is to examine the relationship between emotional suppression and the severity of eating disorder symptoms in women. The research was conducted using standardized tools: the Eating Attitudes Test (EAT-26) and the Courtauld Emotional Control Scale (CECS), on a sample of 78 women participating in support groups for individuals with eating disorders. Statistical analysis revealed no significant positive correlation between the overall level of emotional suppression and the severity of eating disorder symptoms. However, a significant negative association was found between depression control and bulimia and food preoccupation symptoms. Additionally, it was observed that women with a higher body mass index exhibited lower levels of emotional suppression. These results highlight the complexity of the relationship between emotion regulation and eating behaviors, and suggest the need for a broader research approach, including potential moderating and mediating variables. The identified associations may have practical value in the development of individualized therapeutic strategies.

Keywords

emotion suppression, emotion control, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, BMI, CECS, EAT-26



Spis treści

Wstęp	3
Rozdział 1. Zaburzenia odżywiania – aspekt teoretyczny	6
1.1 Klasyfikacja zaburzeń odżywiania według DSM-5 i ICD-11	6
1.2 Analiza porównawcza kryteriów diagnostycznych prototypowych zaburzeń odżywiania w DSM-5 i ICD-10.....	11
1.2.1 Anorexia nervosa w DSM-5 i ICD-11	12
1.2.2 Bulimia nervosa w DSM-5 i ICD-11	17
1.3 Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania	21
1.3.1 Obraz kliniczny i przebieg anorexia nervosa	22
1.3.2 Obraz kliniczny i przebieg bulimia nervosa.....	25
1.4 Czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania	27
Rozdział 2. Kontrola emocjonalna w ujęciu teorii psychologicznych.....	33
2.1 Kontrola emocjonalna a regulacja emocji.....	33
2.2 Wybrane koncepcje kontroli emocjonalnej.....	38
2.3 Procesualny model regulacji emocjonalnej Grossa.....	44
2.4 Tłumienie ekspresji emocjonalnej a zdrowie psychiczne i somatyczne	49
Rozdział 3. Procesy emocjonalne a zachowania żywieniowe	52
3.1 Doświadczenie emocji a odżywianie się	52
3.2 Jedzenie emocjonalne: definicja, charakterystyka, koncepcje	55
3.3 Komponent emocjonalny w wybranych zaburzeniach odżywiania	62
3.3.1 Komponent emocjonalny w jądlówstręciu psychicznym	63
3.3.2 Komponent emocjonalny w bulimii	66
3.3.3 Komponent emocjonalny w zespole napadowego objadania się	69
3.3.4 Komponent emocjonalny w syndromie nocnego jedzenia.....	72
Rozdział 4. Metodologia badań własnych	75
4.1 Cel badania.....	75
4.2 Pytania i hipotezy badawcze	75
4.3 Charakterystyka zastosowanych metod	76
4.3.1 Test postaw wobec jedzenia (EAT-26)	76
4.3.2 Skala kontroli emocji (CECS).....	77
4.4 Procedura badania i charakterystyka grupy badanej.....	79



4.5 Charakterystyka grupy badanej	79
Rozdział 5. Analiza wyników badań własnych	86
5.1 Podstawowe statystyki opisowe oraz testy normalności rozkładu badanych zmiennych ilościowych w badanej próbie kobiet	86
5.2 Analiza poziomu zaburzeń odżywiania w grupie badanej	87
5.3 Analiza poziomu kontroli emocji w grupie badanej	93
5.4 Poziom kontroli emocji a nasilenie zaburzeń odżywiania	97
5.5 Analiza wyników ankiety	99
Rozdział 6. Dyskusja wyników	108
6.1 Weryfikacja hipotez	108
6.2 Ograniczenia badań	109
6.3 Wyniki badań własnych na tle innych badań w obszarze zaburzeń odżywiania	110
6.4 Kolejne obszary do zbadania	114
7. Zakończenie	116
Bibliografia	118
Spis tabel	125
Spis rysunków	126



Wstęp

Zaburzenia odżywiania są istotnym problemem zdrowotnym i psychologicznym dotyczącym przede wszystkim żeńską populację. Nie tylko przejawiają się w postaci symptomów behawioralnych, takich jak restrykcje pokarmowe, epizody niekontrolowanego nadmiernego jedzenia czy zachowania kompensacyjne, lecz także przyczyniają się do rozwoju poważnych dolegliwości somatycznych oraz są źródłem silnego cierpienia psychicznego. Warto podkreślić, że odnotowuje się systematyczny wzrost występowania zaburzonych zachowań żywieniowych w społeczeństwie.

W świetle dotychczasowych badań wykazano, że etiologia zaburzeń odżywiania uwarunkowana jest zarówno czynnikami biologicznymi, rodzinnymi, społeczno-kulturowymi jak i psychologicznymi. Niniejsze opracowanie koncentruje się na psychologicznych uwarunkowaniach zaburzeń odżywiania, w szczególności na komponencie emocjonalnym, ze względu na jego obecność w większości zaburzeń odżywiania uwzględnionych w klasyfikacjach DSM oraz ICD.

Wielu autorów i badaczy zajmujących się daną problematyką twierdzi, że osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania wykazują wyraźne trudności w zakresie funkcjonowania emocjonalnego. Przykładowo, w badaniach Eizaguirre, de Cabezón, de Alda, Olariaga i Juaniz, (2004) udowodniono, że trudności w rozpoznawaniu i wyrażaniu stanów emocjonalnych odgrywają istotną rolę zarówno w etiologii, jak i podtrzymywaniu anoreksji i bulimii psychicznej. Potwierdzono również, że patologiczne zachowania żywieniowe często współwystępują z zaburzeniami nastroju (Czepczor i Brytek–Matera, 2017). Dodatkowo, osoby zmagające się z zaburzeniami odżywiania cechują się specyficznymi sposobami radzenia sobie z trudnymi emocjami i stresem oraz obniżonym poziomem inteligencji emocjonalnej (Boyd, 2006). Źródła naukowe potwierdzają, że osoby aktualnie lub w przeszłości chorujące na zaburzenia odżywiania cechują się wyższym nasileniem objawów psychopatologicznych w obszarze regulacji emocji.

Wciąż jednak stosunkowo niewiele wiadomo na temat kontroli emocji, a w szczególności ich tłumienia u osób przejawiających zaburzone zachowania żywieniowe. Dotychczasowe badania nie dają jednoznacznych odpowiedzi.

Niniejsza praca koncentruje się na pogłębieniu wiedzy w tym obszarze poprzez analizę związku pomiędzy poziomem kontroli emocji (badanym za pomocą skali CECS) a nasileniem



objawów zaburzeń odżywiania (mierzonych za pomocą EAT-26) wśród kobiet – uczestniczek grup wsparcia dla osób cierpiących na zaburzenia odżywiania.

Na podstawie dostępnej literatury i wyników wcześniejszych badań postawiono główną hipotezę badawczą:

H1. Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy poziomem tłumienia emocji a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania u badanych kobiet.

Szczególną uwagę poświęcono także możliwym powiązaniom tych zmiennych ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) uczestniczek badania, co zostało uwzględnione w dodatkowej hipotezie:

H2. Istnieje korelacja pomiędzy tłumieniem emocji a wskaźnikiem masy ciała u badanych kobiet.

Celem poznawczym niniejszej pracy zatem jest określenie kierunku i siły związku między kontrolą emocji a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania. Cel ten pełni funkcję deskryptywną oraz eksploracyjną, opisuje badane zjawiska i próbuje wyjaśnić ich wzajemne relacje.

Cele szczegółowe obejmują:

- ocenę ogólnego poziomu tłumienia emocji w badanej grupie kobiet;
- ocenę nasilenia objawów zaburzeń odżywiania;
- zbadanie zależności pomiędzy poziomem tłumienia emocji komponentami (w tym osobno dla lęku, gniewu, depresji) a nasileniem zaburzeń odżywiania (w tym osobno dla aspektów diety, kontroli jedzenia, bulimii i zaabsorbowania jedzeniem);
- próbę zdefiniowania potencjalnej roli BMI jako czynnika towarzyszącego w badanych relacjach.

Niniejsza praca składa się z sześciu rozdziałów, z których pierwsze trzy stanowią część teoretyczną. Rozdział pierwszy koncentruje się na klasyfikacji zaburzeń odżywiania zgodnie z ICD-11 oraz DSM-5, prezentuje obraz kliniczny prototypowych zaburzeń, takich jak anoreksja psychiczna i bulimia psychiczna, a także omawia czynniki ryzyka ich wystąpienia.

Rozdział drugi został poświęcony zagadnieniu kontroli emocjonalnej – przedstawiono w nim wybrane koncepcje kontroli emocji, szczegółowo omówiono procesualny model regulacji



emocji Grossa oraz przeanalizowano strategię tłumienia emocji jako część szerszego mechanizmu regulacyjnego.

W rozdziale trzecim zaprezentowano rolę emocji w procesie odżywiania, w tym zjawisko jedzenia emocjonalnego, oraz dokonano analizy znaczenia komponentu emocjonalnego w różnych zaburzeniach odżywiania.

Część empiryczna, obejmująca czwarty, piąty i szósty rozdziały, zawiera opis badania własnego oraz jego analizę. W rozdziale czwartym przedstawiono metodologię badania, cele, pytania badawcze i hipotezy, jak również charakterystykę zastosowanych narzędzi oraz grupy badanej. Rozdział piąty zawiera analizę wyników – zaprezentowano zgodność uzyskanych rozkładów z rozkładem normalnym, omówiono wyniki dotyczące zaburzeń odżywiania, poziomu tłumienia emocji oraz zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Przeanalizowano również dane pochodzące z autorskiej ankiety.

W rozdziale szóstym dokonano podsumowania wyników, weryfikacji hipotez oraz refleksji nad ograniczeniami badania. Wskazano także potencjalne kierunki dalszych analiz oraz odniesiono uzyskane wyniki do wcześniejszych badań oraz do literatury przedmiotu.

Pracę zamyka końcowe podsumowanie, w którym zebrano najważniejsze wnioski oraz przeprowadzono dyskusję nad ich znaczeniem i możliwym zastosowaniem w praktyce.

Wybór problematyki został podyktowany głównie zainteresowaniami autorki oraz założeniem, że analiza sposobu kontrolowania emocji może dostarczyć cennych wskazówek dla rozwoju bardziej zindywidualizowanych strategii wsparcia terapeutycznego dla pacjentek.



Rozdział 1. Zaburzenia odżywiania – aspekt teoretyczny

1.1 Klasyfikacja zaburzeń odżywiania według DSM-5 i ICD-11

Zaburzenia związane z jedzeniem i odżywianiem obejmują nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz zachowania dotyczące spożywania pokarmów, które nie wynikają z innych schorzeń ani nie są zgodne z normami rozwojowymi czy kulturowymi. Wśród nich wyróżnia się zaburzenia jedzenia, które dotyczą określonych wzorców behawioralnych, niezwiązanych z postrzeganiem masy ciała czy jego kształtu, jak np. konsumpcja substancji niejadalnych lub celowe wywoływanie wymiotów. Natomiast zaburzenia odżywiania charakteryzują się zarówno nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi i obsesyjnym skupieniem na jedzeniu, jak i istotnym niepokojem dotyczącym wagi oraz sylwetki.

Istotą zaburzeń odżywiania są nieprawidłowe, mające destrukcyjny wpływ na organizm i psychikę człowieka zachowania żywieniowe oraz obsesyjne działania polegające na kontrolowaniu wyglądu i masy ciała. Prowadzi to do trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz do poważnego pogorszenia stanu zdrowia fizycznego, narastającego wyniszczenia organizmu, co w skrajnych przypadkach może skutkować śmiercią (Bąk–Sosnowska, 2010; Ogłodek i in., 2009, za: Ziółkowska, 2020, s. 409).

Podstawę diagnozowania zaburzeń odżywiania stanowią klasyfikacje ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) oraz DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych). Należy zwrócić uwagę na subtelny, ale dość istotny aspekt terminologiczny – w ICD-10 dla danej grupy zaburzeń stosuje się termin *Eating disorders*, co w języku polskim odpowiada terminowi „zaburzenia odżywiania”. Natomiast w nowszej, jedenastej edycji ICD zastosowano określenie *Feeding or eating disorders*, co z jednej strony jest bardziej spójne z nazewnictwem stosowanym w DSM-5 (*Feeding and Eating Disorders*), a z drugiej prowadzi do konfuzji terminologicznej, gdyż na język polski może być przetłumaczone zarówno jak „zaburzenia jedzenia lub odżywiania się”, tak i „zaburzenia karmienia lub odżywiania się”. Spotykamy się z analogiczną różnicą w tłumaczeniu w polskich wydaniach *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR* i *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Aby uniknąć niespójności na potrzeby danej pracy magisterskiej w kontekście



cytowania klasyfikacji diagnostycznych stosowana będzie wersja „zaburzenia jedzenia i odżywiania się”.

Zgodnie z jedenastą edycją ICD zaburzenia jedzenia i odżywiania się należą do kategorii zaburzeń psychicznych, behawioralnych i neurorozwojowych, wyróżnia się wśród nich osiem rodzajów zaburzeń. DSM-5 również wymienia osiem kategorii danych zaburzeń.

Tabela 1

Zaburzenia jedzenia i odżywiania się według DSM-5 i ICD-11

DSM-5	ICD-11
○ Pica	○ Jadłowstręt psychiczny (6B80) ¹
○ Zaburzenie przeżuwania (307.53)	○ Bulimia (6B81)
○ Zaburzenie z ograniczaniem/unikaniem przyjmowania pokarmów (307.59)	○ Zespół napadowego objadania się (6B82)
○ Jadłowstręt psychiczny (307.1)	○ Zespół unikania i ograniczania pokarmu (6B83)
○ Żarłoczność psychiczna (307.51)	○ Pica (6B84)
○ Zaburzenia z napadami objadania się (307.51)	○ Zespół ruminacji z regurgitacją (6B85)
○ Inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania się (307.59)	○ Inne określone zaburzenia jedzenia i odżywiania się (6B8Y)
○ Nieokreślone zaburzenie jedzenia i odżywiania się (307.50)	○ Nieokreślone zaburzenia jedzenia lub odżywiania się (6B8Z)

Źródło: World Health Organization. (2022). *ICD-11*. International Classification of Diseases 11th Revision. Pobrane z: <https://icd.who.int/en> oraz American Psychiatric Association. (2024). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

W dalszej części rozdziału przedstawiona zostanie skrócona charakterystyka wyżej wymienionych zaburzeń jedzenia i odżywiania się, co stanowi kontekst dla pogłębionej analizy jadłowstrętu psychicznego i bulimii w kolejnych częściach pracy.

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN) charakteryzuje się znacznym ograniczeniem spożycia kalorii prowadzącym do zbyt niskiej masy ciała u dorosłych lub niewłaściwego przyrostu masy ciała u dzieci i młodzieży (American Psychiatric Association, 2024). Osoby dotknięte tym schorzeniem wykazują silny lęk przed przybraniem na wadzę, a także nieprawidłowe postrzeganie swojej sylwetki i masy ciała. Często nie są one w stanie rozpoznać

¹ Wszystkie tłumaczenia na język polski wykonane przez autorkę pracy



zagrożenia dla zdrowia wynikającego z niedożywienia. Szacuje się, że około połowa dorosłych pacjentów z anoreksją regularnie doświadcza epizodów objadania się i/lub stosuje celowe działania mające na celu usunięcie spożytego jedzenia, m.in. poprzez prowokowanie wymiotów lub nadużywanie leków o działaniu przeczyszczającym.

Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*, BN) objawia się powtarzającymi się napadami objadania się, podczas których osoby z danym zaburzeniem spożywają kilkakrotnie większe ilości jedzenia, niż wynosi ich normalne zapotrzebowanie, robią to w samotności doświadczając przy tym poczucia utraty kontroli nad sobą. Napady te później są kompensowane poprzez działania takie jak prowokowanie wymiotów, stosowanie postu, intensywna aktywność fizyczna lub nadużywanie środków przeczyszczających. Podobnie jak w przypadku anoreksji, osoby z bulimią są mocno skoncentrowane na swojej sylwetce i wadze.

Zespół napadowego objadania (*binge eating disorder*, BED) się charakteryzuje się cyklicznymi napadami objadania się bez poczucia głodu, podobnymi do tych występujących w bulimii, ale bez późniejszych zachowań kompensacyjnych. W czasie takich epizodów osoby chore zjadają bardzo duże ilości pokarmu w krótkim czasie do osiągnięcia uczucia przepelnienia albo bólu brzucha.

Zespół unikania i ograniczania pokarmu (*avoidant/restrictive food intake disorder*, ARFID) objawia się jako celowe ograniczanie spożycia pożywienia – nie z powodu wyglądu ciała, ale ze względu na właściwości sensoryczne produktów (np. teksturę, kolor), lękiem przed samym aktem jedzenia lub strachem przed zadławieniem.

Pica, czyli spalone łaknienie, polega na regularnym spożywaniu substancji niejadalnych – takich jak ziemia, farba czy papier – które nie są związane z etapem rozwoju ani kontekstem sytuacyjnym. Jeśli tego typu zachowania występują np. u małego dziecka lub osoby skrajnie głodującej, nie uznaje się ich za objaw picy.

Zespół ruminacji z regurgitacją objawia się jako nawracające cofnięcie połkniętego jedzenia do jamy ustnej. Pokarm może zostać ponownie przeżuty, połknięty lub wypluty. Istotne jest, że dane objawy nie mogą się tłumaczyć inną chorobą czy stanem medycznym.

Praktyka kliniczna ujawnia pewne niedoskonałości powyższych klasyfikacji. Po pierwsze, istnieją istotne rozbieżności w kryteriach diagnostycznych stosowanych w ICD i DSM, co będzie



omówione poniżej. Po drugie, obraz kliniczny zaburzeń często wykracza poza kryteria ustalone w obu tych klasyfikacjach. W związku z tym w systemie klasyfikacyjnym DSM-5 opisane zostały również formy określonych zaburzeń jedzenia i odżywiania się. Mimo że wiedza na ich temat jest ograniczona i wymagane są dalsze badania naukowe, by dokładnie poznać ich specyfikę, zrozumieć konsekwencje, jakie za sobą niosą, oraz opracować odpowiednie definicje i kryteria diagnostyczne, to bez wątpienia mają poważny wpływ na codzienne funkcjonowanie i zdrowie osoby i często są dla niej źródłem silnego stresu. Poniżej zostanie przedstawiona krótka charakterystyka danych zaburzeń.

(1) Jadłowstręt psychiczny nietypowy. Osoby z tym zaburzeniem spełniają kryteria dla rozpoznania anoreksji, w tym znaczne ograniczenie spożycia pokarmów i intensywną utratę masy ciała, jednak nie osiągają one kryterium niedowagi.

(2) Żarłoczność psychiczna (z niską częstotliwością występowania epizodów i/lub o ograniczonym czasie trwania). W przypadku tego zaburzenia wszystkie kryteria dla rozpoznania bulimii są spełnione, lecz występowanie napadów objadania się i zachowań kompensacyjnych jest rzadsze raz na tydzień i/lub w okresie krótszym niż trzy miesiące.

(3) Zaburzenie z napadami objadania się z niską częstotliwością występowania epizodów i/lub o ograniczonym czasie trwania. U osób z danym zaburzeniem stwierdza się wszystkie symptomy typowego zaburzenia z napadami objadania się, natomiast epizody kompulsywnego objadania się są rzadsze niż raz w tygodniu i/lub w okresie krótszym niż trzy miesiące.

(4) Zaburzenie z przeczyszczaniem się. Dominującym mechanizmem regulacji masy ciała są regularne działania przeczyszczające, takie jak prowokowanie wymiotów lub nadużywanie środków przeczyszczających, bez występowania typowych epizodów objadania się.

(5) Syndrom nocnego jedzenia (*night eating syndrome*, NES). Dane zaburzenie charakteryzuje się powtarzalnym przyjmowaniem znacznych ilości pożywienia w godzinach wieczornych lub nocnych, często w wyniku przebudzenia ze snu, i niejednokrotnie jest związane z uczuciem utraty kontroli nad jedzeniem w tym czasie.

Walsh, Attia i Glasofer (2024) w swojej publikacji zwracają uwagę na fakt, że pomimo iż klasyfikacje diagnostyczne obejmują liczne zaburzenia jedzenia i odżywiania się, w kulturze masowej obserwuje się zwiększenie częstotliwości występowania nienormatywnych zachowań i



postaw żywieniowych, które – mimo posiadania wyraźnych definicji i symptomów – nie są formalnie uznawane za zaburzenia odżywiania. Wśród czynników sprzyjających temu zjawisku wymienia się m.in. rosnącą dostępność różnorodnych produktów żywnościowych, a także istotną rolę mediów masowych – zarówno w promowaniu szczupłej wysportowanej sylwetki jako ideału estetycznego, jak i w kształtowaniu określonych nawyków żywieniowych poprzez intensywne kampanie reklamowe produktów spożywczych (Rzońca, Bień i Iwanowicz–Palus, 2016). W celu pełniejszego zobrazowania skali i różnorodności tego rodzaju zachowań, poniżej przedstawiono kilka przykładów.

Zjawiskiem, z którym najczęściej się spotykają klinicyści i badacze, jest ortoreksja. Pojęcie to zostało wprowadzone pod koniec XX wieku przez amerykańskiego lekarza Stevena Bratmana, który opisał w swojej publikacji zarówno własne doświadczenia związane z ortoreksją, jak i sytuacje pacjentów ze swojej praktyki medycznej (Rzońca i in., 2016). Ortoreksja objawia się jako obsesyjną koncentracją na prawidłowym, zdrowym odżywianiu wraz z niekontrolowaną potrzebą doskonalenia własnego ciała (Ziółkowska, 2020). Osoby dotknięte tym problemem przykładają nadmierną wagę do jakości, pochodzenia i sposobu przygotowania spożywanych produktów. Choć ortoreksja nie jest formalnie uznawana za jednostkę chorobową, może prowadzić do poważnych trudności w codziennym funkcjonowaniu, szczególnie gdy rygorystyczne zasady żywieniowe zaczynają wpływać negatywnie na zdrowie fizyczne, psychiczne oraz relacje społeczne. W najbardziej ekstremalnych przypadkach osoby z ortoreksją dochodzą do przekonania, że jedynie odpowiednio wybrana woda jest zgodna z ich wyobrażeniem o zdrowym stylu życia. Gdy zachowania te prowadzą do poważnych konsekwencji zdrowotnych, przykładowo, na tle restrykcyjnego podejścia do wyboru produktów obserwuje się znaczną utratę na wadzę, mogą być klasyfikowane jako określone zaburzenie jedzenia i odżywiania się.

Zjawisko bigoreksji opisane przez Harrisona Pope'a w 1997 roku, odnosi się do postrzegania własnej sylwetki jako zbyt szczupłej i niewystarczająco umięśnionej, pomimo widocznego rozwinięcia muskulatury. Osoby dotknięte tym zaburzeniem często stosują dietę bogatą w białko i ubogą w tłuszcze, a także sięgają po środki anaboliczne wspierające przyrost masy mięśniowej. Charakterystyczne dla tej grupy jest również intensywne zaangażowanie w treningi siłowe oraz obsesyjne monitorowanie masy ciała i obwodów mięśniowych, nierzadko w



połączeniu z porównywaniem się do innych ćwiczących. Szacuje się, że około 10% mężczyzn uprawiających kulturystykę może doświadczać objawów bigoreksji (Walsh i in., 2024).

Anoreksja w ciąży, określana terminem pochodzącym z psychologii popularnej – pregoreksja – to nienormatywne zachowanie żywieniowe, które ujawniają się po raz pierwszy w trakcie ciąży. Sama ciąża nie jest jednak bezpośrednią przyczyną tego stanu, a raczej czynnikiem, który może go wyzwolić (Rzońca i in., 2016). Zaburzenie to częściej dotyka kobiet, dla których wygląd ma szczególne znaczenie – zwłaszcza gdy jest on związany z ich pracą lub obecnością w mediach. Kobiety te próbują kontrolować przyrost masy ciała w ciąży, obawiając się zmian w sylwetce. Stosują w tym celu drastyczne ograniczenia kaloryczne, głodówki, intensywną aktywność fizyczną, prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie się za pomocą suplementów i leków, co w konsekwencji prowadzi do niedoborów białka, witamin oraz mikroelementów niezbędnych zarówno do prawidłowego rozwoju płodu, jak i dla organizmu kobiety.

Kolejnym przykładem zachowań graniczących z zaburzeniami jedzenia i odżywiania się jest diabulimia, polegająca na celowym nieprawidłowym przyjmowaniu insuliny przez osoby z cukrzycą typu pierwszego, w celu kontroli wagi (Walsh i in., 2024).

Różnorodne diety eliminacyjne, powszechnie promowane we współczesnej kulturze, nie są uznawane za jednostki chorobowe, lecz ich nadmierne stosowanie może prowadzić do zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu, a w niektórych przypadkach – do rozwoju pełnoobjawowego zaburzenia odżywiania.

Wyodrębnienie tak wielu kategorii zaburzeń jedzenia i odżywiania się – zwłaszcza w przypadku częściowo pokrywających się objawów – może wydawać się zbędne. Jednak różnorodność przytoczonych wyżej nienormatywnych zachowań żywieniowych pozwala wnioskować, że szczegółowy podział z uwzględnieniem wieku, płci, wagi, symptomów, rokowań jest niezbędny dla doboru odpowiednich metod leczenia, gdyż mimo pewnych podobieństw objawów osoby cierpiące na zaburzenia jedzenia i odżywiania się mają różne potrzeby terapeutyczne.

1.2 Analiza porównawcza kryteriów diagnostycznych prototypowych zaburzeń odżywiania w DSM-5 i ICD-10

Jadłowstręt psychiczny oraz bulimia psychiczna (inaczej żarłoczność psychiczna) należą do prototypowych zaburzeń jedzenia i odżywiania się. Jadłowstręt psychiczny objawia się znaczną



utrata masy ciała oraz intensywnym lękiem przed jej przyrostem, natomiast bulimia przejawia się nawracającymi epizodami nadmiernego jedzenia, po których następują zachowania kompensacyjne, np. prowokowanie wymiotów albo intensywne ćwiczenia fizyczne, gdyż główny fokus osoby cierpiącej na to zaburzenie jest skierowany na wygląd i masę ciała. Atypowe formy zaburzeń odżywiania mają wspólne cechy z tymi podstawowymi jednostkami klinicznymi, charakteryzują się one podobnymi symptomami, ale nie spełniają w pełni ich kryteriów diagnostycznych. W takich przypadkach mówi się o występowaniu objawów podprogowych, czyli takich, których liczba, nasilenie oraz czas trwania są niewystarczające dla rozpoznania danego zaburzenia, mimo tego, że u pacjentów mogą występować stabilnie i utrzymywać się przez co najmniej kilka tygodni (Brytek–Matera, 2023).

Kluczowymi cechami w psychopatologii jadłowstrętu psychicznego są intensywny lęk przed przyrostem masy ciała i otyłością oraz dążenie do bycia szczupłym. Troska o masę ciała jest elementem definiującym dane zaburzenie. W swojej monografii poruszającej problem zaburzeń odżywiania Brytek–Matera (2023) podkreśla, że istnieją liczne dowody wskazujące, że lęk przed przybraniem na wadzę lub byciem otyłym ma głęboko zakorzenione podłoże psychiczne i nie jest tylko zjawiskiem uwarunkowanym kulturowo (np. przez ideały szczupłości dominujące w zachodnich społeczeństwach), i jest on istotnym czynnikiem rozwoju anoreksji.

1.2.1 Anorexia nervosa w DSM-5 i ICD-11

Kryteria diagnostyczne zaburzeń jedzenia i odżywiania się przedstawione w DSM-5 uległy zmianie w porównaniu do wcześniejszej wersji, czyli DSM-IV. Modyfikacje te miały na celu lepsze sprecyzowanie niektórych kwestii oraz dostosowanie kryteriów diagnostycznych do różnych grup pacjentów, uwzględniając zarówno młodzież, jak i osoby dorosłe, a także mężczyzn i kobiety (Walsh i in., 2024). Tabela 2 przedstawia kryteria DSM-5, którymi należy się kierować w diagnozowaniu jadłowstrętu psychicznego.

Tabela 2

Diagnozowanie jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) według DSM-5

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) według DSM-5

- | | |
|---|--|
| A | Ograniczenie podaży energii w stosunku do zapotrzebowania, prowadzące do wystąpienia niedostatecznej masy ciała, określonej w odniesieniu do wieku, płci,
Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie |
|---|--|



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

krzywej rozwoju (jeśli rozwój jest definiowany jako masa ciała utrzymująca się poniżej minimalnej prawidłowej masy ciała lub – w przypadku dzieci i osób dorastających – poniżej minimalnej oczekiwanej masy ciała).

- B Intensywna obawa o zwiększenie masy ciała lub przytycie albo utrzymujące się zachowania wpływające na zmniejszenie masy ciała, nawet w przypadku występowania niedostatecznej jego masy.
- C Zakłócenia w zakresie postrzegania masy lub kształtu ciała, nadmierny wpływ masy lub kształtu ciała na samoocenę albo uporczywy brak postrzegania występującej niedostatecznej masy ciała jako problemu.

Źródło: *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

DSM-5 wyróżnia dwie główne postaci kliniczne *anorexia nervosa*, które różnią się mechanizmami kontroli masy ciała. Pierwsza z nich, określana jako postać ograniczająca, charakteryzuje się brakiem regularnych zachowań związanych z objadaniem się i przeczyszczaniem. Osoby z tą postacią zaburzenia w ciągu ostatnich trzech miesięcy nie wykazują tendencji do prowokowania wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających, moczopędnych czy stosowania wlewów doodbytniczych. Kontrola masy ciała opiera się w tym przypadku głównie na restrykcyjnych dietach, głodówkach oraz/lub nadmiernej aktywności fizycznej.

Drugą postacią jest anoreksja z napadami objadania się i przeczyszczaniem. W tym wariantcie choroby regularnie podejmują działania mające na celu kontrolę masy ciała poprzez prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających lub inne metody eliminacji spożytego pokarmu. Aby rozpoznać tę formę zaburzenia, takie zachowania muszą występować podczas ostatnich trzech miesięcy.

Stan zdrowienia w anoreksji może być określany jako częściowa lub pełna remisja. W przypadku remisji częściowej pacjent odzyskuje prawidłową masę ciała, jednak nadal występują u niego intensywne obawy związane z przyrostem wagi oraz zaburzone postrzeżenie własnego ciała. Pełna remisja jest natomiast diagnozowana wtedy, gdy przez dłuższy czas nie spełnione są żadne kryteria rozpoznawcze anoreksji.

Nasilenie jadłowstrętu psychicznego u osób dorosłych jest oceniane na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI). U osób dorosłych rozróżnia się cztery poziomy ciężkości zaburzenia.



Postać łagodna dotyczy pacjentów, których BMI wynosi co najmniej 17 kg/m². Umiarkowana anoreksja występuje, gdy BMI mieści się w przedziale 16–16,99 kg/m². W przypadku wartości BMI pomiędzy 15 a 15,99 kg/m² mówi się o ciężkiej postaci choroby. Najcięższe przypadki klasyfikowane są przy BMI poniżej 15 kg/m². U dzieci oraz młodzieży ocena nasilenia opiera się natomiast na siatkach centylowych, które pozwalają na odniesienie wskaźnika BMI do normy dla danej grupy wiekowej.

Podobnie jak w klasyfikacji DSM-5, także w ICD-11 określono szczegółowe kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (oznaczonego kodem 6B80), podejście to również wprowadza dodatkowe specyfikatory uwzględniające stopień nasilenia oraz wzorce zachowań związane z kontrolą masy ciała. W Tabeli 3 przedstawiono kryteria diagnozy według ICD-11.

Tabela 3

Diagnozowanie jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) według ICD-11

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) według ICD-11	
A	Masa ciała istotnie poniżej normy dla danej osoby, uwzględniając jej wzrost, wiek, etap rozwoju i historię masy ciała. Przyjętym progiem diagnostycznym jest wskaźnik BMI poniżej 18,5 kg/m ² u dorosłych oraz wartość BMI poniżej 5. centyla u dzieci i młodzieży. Alternatywnie, szybka utrata masy ciała (np. ponad 20% w ciągu sześciu miesięcy), pod warunkiem jeśli spełnione są inne kryteria diagnostyczne. U dzieci i młodzieży niedostateczny przyrost masy ciała zgodnie z przewidywaną trajektorią rozwoju może zastępować kryterium utraty wagi.
B	Niska masa ciała nie jest wynikiem innej choroby somatycznej ani ograniczonego dostępu do pożywienia.
C	Występowanie uporczywych wzorców ograniczania jedzenia lub innych zachowań mających na celu utrzymanie skrajnie niskiej wagi, często związanych z silnym lękiem przed przybraniem na wadze. Osoby chore mogą stosować różne strategie redukcji spożycia energii, np. głodzenie się, wybieranie niskokalorycznych produktów, spożywanie bardzo małych porcji w powolnym tempie, ukrywanie jedzenia lub jego wypluwanie. Możliwe są także zachowania przeczyszczające, takie jak prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, leków moczopędnych, wlewów doodbytniczych, a w przypadku osób z cukrzycą – celowe pomijanie dawek insuliny. Niektóre osoby mogą dążyć do zwiększonego wydatku energetycznego poprzez
	Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

nadmierną aktywność fizyczną, pobudzenie ruchowe, ekspozycję na zimno czy stosowanie substancji przyspieszających metabolizm, np. środków pobudzających, leków odchudzających, suplementów ziołowych lub hormonów tarczycy.

- D Nadmierna koncentracja na masie ciała i sylwetce. Osoby chore często przeceniają znaczenie swojej wagi w samoocenie lub mają zaburzony obraz własnego ciała, błędnie postrzegając je jako normalne lub nawet zbyt duże. Jeśli nie wyrażają bezpośrednich obaw o masę ciała, ich niepokój może objawiać się poprzez częste ważenie się, mierzenie ciała za pomocą centymetra, kontrolowanie sylwetki w lustrze, obsesyjne liczenie kalorii lub poszukiwanie informacji o metodach odchudzania. W skrajnych przypadkach pojawiają się także zachowania unikowe, np. brak luster w domu, unikanie obcisłych ubrań, niechęć do poznania swojej wagi lub odmawianie kupowania ubrań w określonym rozmiarze.

Źródło: World Health Organization. (2022). *ICD-11*. International Classification of Diseases 11th Revision. Pobrane z: <https://icd.who.int/en>

ICD-11, podobnie jak i DSM-5, wyróżnia dwa główne wzorce zachowań, związanych z indywidualnymi strategiami kontroli masy ciała w przebiegu anoreksji. *Anorexia nervosa* z wzorcem restrykcyjnym (oznaczona kodem 6B80.x0) objawia się utrzymywaniem niskiej masy ciała poprzez drastyczne ograniczenie spożycia kalorii, stosowanie głodówek lub nadmierne wydatkowanie energii poprzez intensywny wysiłek fizyczny. W tej postaci choroby nie występują epizody objadania się ani zachowania przeczyszczające.

Anorexia nervosa z wzorcem objadania się i przeczyszczania (kod 6B80.x1) charakteryzuje się epizodami objadania się lub stosowaniem zachowań eliminacyjnych, takich jak prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających lub wlewów doodbytniczych. W niektórych przypadkach pacjenci doświadczają napadów objadania się bez kompensacyjnych zachowań przeczyszczających.

Ze względu na to, że stopień niedowagi jest istotnym czynnikiem diagnostycznym i prognostycznym w kontekście anoreksji, ICD-11 wyróżnia 3 odmiany nasilenia choroby ze względu na wskaźnik masy ciała. *Anorexia nervosa* ze znacząco niską masą ciała (6B80.0) obejmuje pacjentów spełniających wszystkie kryteria diagnostyczne zaburzenia, przy czym ich BMI mieści się w zakresie 18,5-14,0 kg/m² u dorosłych lub od 5. do 0,3 centyla dla wieku u dzieci i młodzieży.



Anorexia nervosa z niebezpiecznie niską masą ciała (6B80.1) charakteryzuje się spełnieniem wszystkich kryteriów *anoreksji nervosa*, przy czym BMI spada poniżej 14,0 kg/m² u dorosłych lub poniżej 0,3 centyla dla wieku u dzieci i młodzieży. Tak niski wskaźnik masy ciała stanowi istotne ryzyko powikłań zdrowotnych i zwiększa prawdopodobieństwo śmiertelności.

Diagnoza anoreksji może zostać podtrzymana u osób, które osiągnęły zdrową masę ciała, w ICD-11 ta odmiana jest opisana jako *anorexia nervosa* w trakcie zdrowienia z normalną masą ciała (6B80.2). Jednak pełne wyleczenie wymaga trwałej stabilizacji prawidłowej wagi oraz długoterminowego zaprzestania zachowań mających na celu jej redukcję. Kryterium to powinno być spełnione przez co najmniej rok po zakończeniu leczenia.

Na podstawie przedstawionych powyżej kryteriów diagnostycznych można wysnuć wnioski, że w diagnostyce *anorexia nervosa* kluczowymi elementami wspólnymi dla obu systemów diagnostycznych są: kryterium ograniczenia podaży kalorii (w DSM-5 opisane jako nieadekwatne dostarczanie energii prowadzące do niedowagi, natomiast w ICD-11 jako masa ciała istotnie poniżej normy dla wieku, wzrostu i stadium rozwojowego pacjenta), obsesyjny lęk przed przyrostem masy oraz zaburzone postrzeganie własnego ciała. Zarówno DSM-5, jak i ICD-11 wyróżniają anoreksję z restrykcyjnym wzorcem zachowań oraz anoreksję z napadami objadania się i przeczyszczaniem.

Pomimo licznych podobieństw, występują również istotne różnice w sposobie definiowania anoreksji w obu klasyfikacjach.

(1) Różnice w opisie zachowań związanych z kontrolą masy ciała. W ICD-11 podkreślone jest szerokie spektrum sposobów kontrolowania masy ciała, w tym: selektywne jedzenie, wypluwanie pokarmu, nadużywanie leków moczopędnych, stosowanie substancji przyspieszających metabolizm oraz celowe pomijanie dawek insuliny u osób z cukrzycą. DSM-5 natomiast odnosi się do zachowań kontrolnych bardziej ogólnie, skupiając się na ograniczeniu spożycia kalorii, epizodach objadania się i zachowaniach przeczyszczających.

(2) Ocena nasilenia zaburzenia. DSM-5 opiera ocenę ciężkości anoreksji na BMI wyróżniając cztery stopnie nasilenia: łagodna (BMI \geq 17 kg/m²), umiarkowana (16–16,99 kg/m²), ciężka (15–15,99 kg/m²), bardzo ciężka: <15 kg/m². ICD-11 wyróżnia trzy kategorie nasilenia: *anorexia nervosa* ze znacząco niską masą ciała (BMI 18,5–14,0 kg/m²), *anorexia nervosa* z niebezpiecznie



niską masą ciała (BMI <14,0 kg/m²) oraz *anorexia nervosa* w trakcie zdrowienia z normalną masą ciała (utrzymanie zdrowej masy przez minimum rok po leczeniu).

(3) Definicja remisji. DSM-5 wyróżnia: remisję częściową – powrót do prawidłowej masy ciała, ale z utrzymującymi się obawami i zaburzeniami postrzegania własnego ciała; remisję pełną – brak spełniania jakichkolwiek kryteriów anoreksji przez dłuższy czas. Natomiast ICD-11 wprowadza specyfikator – *anorexia nervosa* w trakcie zdrowienia – który obejmuje pacjentów z normalną masą ciała, ale wymagających długoterminowego monitorowania.

Wiedza o tych różnicach może mieć znaczenie w praktyce klinicznej, szczególnie w kontekście leczenia i monitorowania pacjentów z anoreksją.

1.2.2 Bulimia nervosa w DSM-5 i ICD-11

Termin „żarłoczność psychiczna” używany w polskiej publikacji *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*, podkreśla przede wszystkim aspekt objadania się, który stanowi tylko jeden z kluczowych objawów psychopatologicznych *bulimia nervosa*. Jądro tego zaburzenia stanowi natomiast współistnienie trzech elementów: nadmierna troska o rozmiar i wygląd ciała, kompulsywne objadanie się oraz stosowanie zachowań kompensacyjnych, które zapobiegają przyrostowi masy ciała. Takie zachowania mogą występować jak w połączeniu, tak i pojedynczo: prowokowanie wymiotów, głodzenie się, nadmierne ćwiczenia fizyczne czy stosowanie środków przeczyszczających lub moczopędnych. Szczegółowe kryteria diagnostyczne zgodnie z DSM-5 zostały przedstawione w Tabeli 4.

Tabela 4

Diagnozowanie żarłoczności psychicznej (bulimia nervosa) według DSM-5

Kryteria diagnostyczne żarłoczności psychicznej (bulimia nervosa) według DSM-5	
A	<p>Powtarzające się epizody objadania się, które charakteryzują się obiema z następujących cech:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jedzenie, w określonym czasie (np. w ciągu dwóch godzin) takiej ilości jedzenia, która zdecydowanie przewyższa to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach.• Poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie trwania epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zaprzestać nad tym, ile się je).

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

- B Powtarzające się, niewłaściwe zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobiegania przyrostowi masy ciała takie jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych lub innych leków, głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne.
- C Objadanie się i niewłaściwe zachowania kompensacyjne występują co najmniej raz w tygodniu przez minimum trzy miesiące.
- D Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała.
- E Zaburzenie to nie występuje wyłącznie w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

Źródło: *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

Nasilenie zaburzenia określane jest na podstawie częstotliwości stosowania nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych w ciągu tygodnia:

- Łagodne. Zachowania kompensacyjne występują od 1 do 3 razy w tygodniu.
- Umiarkowane. Średnia liczba wynosi od 4 do 7 epizodów tygodniowo.
- Ciężkie. Epizody występują od 8 do 13 razy w tygodniu.
- Bardzo ciężkie. Średnia liczba epizodów wynosi co najmniej 14 w tygodniu.

Dodatkowo wyróżnia się dwa rodzaje remisji. Pełna remisja ma miejsce, gdy przez dłuższy czas nie występują żadne objawy zaburzenia. Częściowa remisja oznacza, że część objawów wciąż się utrzymuje, ale ich nasilenie jest mniejsze niż w czasie, gdy postawiono diagnozę.

W DSM-5 wśród cech diagnostycznych szczególną uwagę zwrócono na charakterystykę epizodów objadania się. Epizody te polegają na spożyciu nadmiernej ilości jedzenia w krótkim czasie, zwykle nie dłuższym niż dwie godziny. Kluczowym elementem napadu jest poczucie utraty kontroli – osoba może mieć trudność z zaprzestaniem jedzenia, odczuwać odrealnienie lub całkowitą bezradność wobec impulsu do jedzenia. Osoby z bulimią zazwyczaj ukrywają swoje objadanie się i jedzą w samotności. Epizody często trwają do momentu silnego dyskomfortu fizycznego. Najczęstszym wyzwalaczem jest negatywny stan emocjonalny.

Dalsza część opracowania skupia się na diagnostyce bulimii według ICD-11, szczegółowe kryteria zostały przedstawione w Tabeli 5.



Tabela 5

Diagnozowanie bulimii psychicznej (bulimia nervosa) według ICD-11

Kryteria diagnostyczne bulimii psychicznej (bulimia nervosa) według ICD-11	
A	Częste, powtarzające się epizody objadania się (np. co najmniej raz w tygodniu przez okres co najmniej miesiąca). Objadanie się oznacza spożywanie znacznie większej ilości jedzenia niż zwykle w krótkim czasie (np. w ciągu 2 godzin), przy jednoczesnym braku kontroli nad swoim zachowaniem. Osoba może opisywać ten brak kontroli jako niemożność przerwania jedzenia, trudność w ograniczeniu ilości lub rodzaju spożywanego pokarmu albo rezygnację z prób powstrzymania się, wiedząc, że i tak skończy się to przejedzeniem.
B	Powtarzające się, nieodpowiednie zachowania kompensacyjne mające na celu zapobieganie przybieraniu na wadze (np. co najmniej raz w tygodniu przez co najmniej miesiąc). Najczęstszą metodą kompensacyjną są prowokowane wymioty, które zazwyczaj występują w ciągu godziny od epizodu objadania się. Inne sposoby obejmują: stosowanie postów lub diuretyków w celu utraty wagi, używanie środków przeczyszczających lub lewatyw w celu ograniczenia wchłaniania pokarmu, pomijanie dawek insuliny u osób z cukrzycą oraz nadmierne ćwiczenia fizyczne mające na celu znaczne zwiększenie wydatku energetycznego.
C	Nadmierna koncentracja na wadze lub kształcie ciała. Może przejawiać się poprzez częste ważenie się, kontrolowanie kształtu ciała za pomocą miary lub luster, obsesyjne liczenie kalorii i poszukiwanie informacji o metodach odchudzania. Może również przyjmować formę skrajnych zachowań unikowych, takich jak odmawianie noszenia dopasowanych ubrań, unikanie poznania swojej wagi czy rezygnacja z kupowania ubrań w określonych rozmiarach.
D	Silny niepokój związany z wzorcem objadania się oraz zachowaniami kompensacyjnymi, prowadzący do znacznego pogorszenia funkcjonowania w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, zawodowym czy edukacyjnym.
E	Objawy nie spełniają kryteriów diagnostycznych anoreksji.

Źródło: World Health Organization. (2022). *ICD-11*. International Classification of Diseases 11th Revision. Pobrane z: <https://icd.who.int/en>

ICD-11 w cechach klinicznych wyróżnia dwa typy epizodów objadania się – obiektywne, charakteryzujące się spożyciem wyraźnie nadmiernej ilości jedzenia, oraz subiektywne, w których spożywana ilość mieści się w normie, ale jest postrzegana przez osobę jako nadmierna.

Cechy napadów obejmują szybkie spożywanie pokarmów, jedzenie do uczucia silnego dyskomfortu, konsumpcję mimo braku głodu oraz jedzenie w samotności z powodu wstydu.



Objadaniu się często towarzyszą negatywne emocje – poczucie winy, wstręt do siebie, wstyd – co obniża samoocenę.

Bulimia może prowadzić do przyrostu masy ciała, choć osoby na nią cierpiące mogą mieć zarówno prawidłową, jak i niską wagę. Diagnoza opiera się na regularnych epizodach objadania się i zachowaniach kompensacyjnych, niezależnie od masy ciała.

Jak można zauważyć na podstawie przedstawionych opisów, kryteria diagnostyczne *bulimia nervosa* zawarte w ICD-11 i DSM-5, choć są zbliżone, różnią się pod względem szczegółowości oraz akcentowanych aspektów zaburzenia.

(1) Ocena nasilenia zaburzenia. DSM-5 klasyfikuje bulimię według częstotliwości kompensacyjnych zachowań, wyróżniając stopnie nasilenia: łagodne, umiarkowane, ciężkie i bardzo ciężkie. ICD-11 natomiast nie wyróżnia stopni nasilenia bulimii, koncentruje się na ogólnych kryteriach rozpoznania zaburzenia.

(2) Definicja remisji. DSM-5 definiuje częściową i pełną remisję, co pozwala na bardziej precyzyjne określenie stanu klinicznego pacjenta, ICD-11 nie określa pojęcia remisji.

(3) Charakterystyka epizodów objadania się. DSM-5 dostarcza bardziej precyzyjnych kryteriów oceny epizodów objadania się i ich częstotliwości, podczas gdy ICD-11 pozostawia więcej miejsca na interpretację kliniczną.

Zarówno ICD-11, jak i DSM-5 wskazują na silny związek bulimii z samooceną, z poczuciem winy i wstydu, jednak DSM-5 szczególnie akcentuje rolę negatywnego afektu jako najczęstszego czynnika wyzwalającego epizody objadania się.

Nieustanna koncentracja na wyglądzie oraz masie ciała, lęk przed nadwagą lub silna potrzeba osiągnięcia szczupłej sylwetki są wspólnymi czynnikami zarówno w anoreksji, jak i w bulimii, co jest wyraźnie zaznaczone w obu klasyfikacjach. Warto zauważyć, że DSM-5 zawiera bardziej precyzyjne kryteria ilościowe i jakościowe, które dają klinicystom więcej narzędzi do postawienia diagnozy, a co za tym idzie, doboru odpowiedniej terapii uwzględniając potrzeby pacjenta.



1.3 Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania

Wspólną cechą różnych form zaburzeń odżywiania są nietypowe nawyki żywieniowe oraz zachowania związane z jedzeniem. Choć ich konkretna postać różni się, można wskazać pewne powtarzające się wzorce. Brytek–Matera (2023) wyróżnia kilka kategorii typowych objawów behawioralnych charakterystycznych dla różnych zaburzeń odżywiania:

- Zachowania restrykcyjne. Wśród nich znajdują się pomijanie posiłków, redukcja ilości jedzenia, eliminowanie „niebezpiecznych” produktów, przestrzeganie ścisłych reguł dotyczących spożywania posiłków, powtarzające się rytuały związane z kupowaniem produktów, przygotowywaniem i jedzeniem, unikanie jedzenia w obecności innych osób, spożywanie posiłków w ukryciu.
- Nadmierne kompulsywne objadanie się. Przykładowo, jedzenie nadmiernych ilości jedzenia mimo braku głodu w tajemnicy, często z poczuciem utraty kontroli, jedzenie szybciej niż zazwyczaj, odczuwanie obrzydzenia, wstrętu do siebie, depresyjnego nastroju albo poczucia winy po jedzeniu.
- Zachowania kompensacyjne. Do takich zachowań należą m.in. celowe wywoływanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych czy suplementów diety, nadmierna aktywność fizyczna podejmowana w sposób kompulsywny.
- Spożywanie napojów. Może być to ograniczenie spożywanych płynów (mniej niż 0,5 litra na dzień) lub nadmierne kompulsywne ich spożywanie (więcej niż 2 litry na dzień).
- Zachowania związane z monitorowaniem własnego ciała. Wśród nich regularne kontrolowanie masy ciała, częste mierzenie określonych partii (np. obwodu ud), a także sprawdzanie dopasowania ubrań do aktualnego rozmiaru sylwetki. Osoby te mogą również wielokrotnie przyglądać się sobie w lustrach lub witrynach sklepowych oraz porównywać swój wygląd z innymi. Zachowania te mogą również przybierać odwrotną formę, kiedy osoby unikają ważenia się, przeglądania się w lustrze i noszą ubrania całkowicie przykrywające sylwetkę.

Kolejnym wspólnym elementem zaburzeń jedzenia i odżywiania się jest obecność dyskomfortu psychicznego, który często stanowi zarówno przyczynę, jak i konsekwencję zmienionych zachowań żywieniowych (Walsh i in., 2024). U jego podstaw mogą leżeć perfekcjonizm, niska samoocena oraz nadmierna koncentracja na wyglądzie. Wraz z utrwalaniem się określonych wzorców zachowań, reakcje osoby stają się coraz bardziej trudne do



kontrolowania, zmniejsza się elastyczność w podejmowaniu decyzji, poczucie własnej wartości maleje, co często prowadzi do jeszcze większego niezadowolenia z ciała i zwiększenia poczucia dyskomfortu i napięcia.

Istotnym wspólnym elementem towarzyszącym zaburzeniom odżywiania jest również wypaczone poczucie kontroli, na co zwraca uwagę wielu badaczy. Osoby dotknięte danymi zaburzeniami doświadczają poczucia, które opisują jako „utrata kontroli” w odpowiedzi na kontakt z określonymi produktami lub z dużą ilością spożytego pokarmu. W wyniku wykazują nadmierną skłonność do zachowań mających na celu kontrolowanie swojego sposobu odżywiania się. W efekcie, nawyki żywieniowe stają się patologiczne i znacznie utrudniają codzienne funkcjonowanie.

Analiza powyżej zaprezentowanych danych wskazuje, że mimo sprecyzowanych kryteriów diagnostycznych istnieje znaczne podobieństwo w symptomatologii różnych zaburzeń jedzenia i odżywiania się. W omawianym kontekście zastosowanie znajduje teoria, która – zdaniem autorki – najlepiej wyjaśnia obserwowane zjawisko. Według hipotezy spektrum choroby Trecli Van der Hama granice między poszczególnymi zaburzeniami odżywiania są rozmyte i należy je traktować jako jeden zespół (spektrum) o różnych objawach (Brytek–Matera, 2023). Według tej koncepcji objawy zaburzeń mogą ulegać zmianie na przestrzeni czasu, co skutkuje modyfikowaniem postawionej pierwotnie diagnozy. Przykładowo, u jednej osoby początkowo mogą zostać rozpoznane objawy odpowiadające anoreksji, które z czasem przekształcają się w symptomy charakterystyczne dla bulimii bądź zaburzenia z napadami objadania się. Taka zmienność przemawia za postrzeganiem tych zaburzeń odżywiania jako kontinuum, a nie odrębnych jednostek, co sprzyja lepiej dostosowanej terapii opierającej się na aktualne potrzeby pacjenta.

W dalszej części rozdziału zostanie przedstawiony obraz kliniczny i przebieg jadłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej z myślą o identyfikacji i zrozumieniu wspólnych dla tych zaburzeń odżywiania mechanizmów psychologicznych.

1.3.1 Obraz kliniczny i przebieg anorexia nervosa

Anoreksja w głównej mierze dotyka dziewczęta w wieku dojrzewania oraz młode kobiety. Nowogrodzka i Piasecki (2012) w swojej publikacji poświęconej różnicom międzyplciowej w zaburzeniach odżywiania odwołują się do danych, wskazujących że w krajach zachodnich



zaburzenie to występuje u 0,2–0,9% populacji, natomiast w przypadku kobiet odsetek ten może sięgać 5,7%. Mężczyźni znacznie rzadziej znajdują się w grupie pacjentów – częstość występowania anoreksji wśród nich oceniana jest na około 0,1%. Podkreślają jednak niedostateczną liczbę badań epidemiologicznych dotyczących anoreksji w populacji męskiej. Nowsze badania wskazują na to, że częstość występowania tego zaburzenia w społeczeństwie systematycznie wzrasta. Badacze odnotowali aż pięciokrotny wzrost liczby przypadków na obszarze Europy Zachodniej na przestrzeni ostatnich czterech dekad (Witkowska, 2020). Jak wynika z raportu *Social and economic cost of eating disorders in the United States of America* przygotowanym z udziałem Academy for Eating Disorders w 2020 roku, częstość występowania jadłowstrętu psychicznego w ciągu jednego roku wynosi 0,16% u kobiet i 0,09% u mężczyzn (Deloitte Access Economics, 2020).

W literaturze przedmiotu zarówno starsze, jak i nowsze publikacje charakteryzują się spójnością w opisie obrazu klinicznego anoreksji. Początek choroby zwykle wiąże się z próbą odchudzenia się. W trakcie przeprowadzonych wywiadów klinicznych wśród najczęstszych przyczyn dążenia do utraty masy ciała są wymieniane m.in.: negatywny komentarz osoby z otoczenia na temat nadwagi, utożsamianie się z popularną osobą stosującą dietę, nacisk ze strony środowiska, przekonanie o zdrowotnych korzyściach wynikających ze stosowania restrykcyjnych diet eliminacyjnych (Józefik, 1999).

W początkowej fazie choroby osoba zaczyna w tajemnicy ograniczać ilość spożywanego jedzenia, zwłaszcza produktów bogatych w węglowodany. Podejmuje świadome działania, które mają na celu zmniejszenie masy ciała – np. poprzez nadmierną aktywność fizyczną – oraz kontrolę uczucia głodu. Odmawianie sobie jedzenia powoduje szybki ubytek masy ciała, co z kolei daje osobie poczucie kontroli nad własnym życiem. Na początkowym etapie głód wciąż jest odczuwany, a osoba walczy z potrzebą jedzenia, co często wiąże się z pogorszonym nastrojem i frustracją. Spożycie posiłku, szczególnie pod wpływem presji, wywołuje nieprzyjemne uczucie pełności w żołądku, co może prowadzić do wymiotów, zażywania środków przeczyszczających lub bardzo intensywnych ćwiczeń. Wymioty mogą mieć również charakter bulimiczny – pojawiają się po utracie kontroli nad ilością spożywanego jedzenia, lecz bywają też postrzegane jako sposób na odzyskanie władzy nad swoim ciałem. W tym okresie relacja z jedzeniem staje się głównym problemem chorej osoby, towarzyszy temu rosnący lęk przed zwiększeniem masy ciała.



Osoba dotknięta anoreksją nie zdaje sobie sprawy z choroby postrzegając redukcję masy ciała jako formę autonomii i niezależności. Uczucie uzyskania kontroli nad własnym ciałem jest dla niej źródłem odczuwania dumy i rosnącej satysfakcji. Efekty odchudzania są elementem gratyfikacyjnym, wpływają korzystnie na nastrój oraz ocenę siebie, dają poczucie sprawczości i niezależności.

Po kilku miesiącach intensywnego ograniczania jedzenia, dochodzi do znacznej utraty masy ciała, sięgającej nawet 40%, a w skrajnych przypadkach 60% wagi. Wraz z postępującym wychudzeniem wzrasta liczba obsesyjnych myśli związanych z jedzeniem oraz poziom lęku przed ewentualnym przytyciem, co pogłębia dietetyczne restrykcje. W kolejnych etapach choroby, mimo wyraźnego wyniszczenia organizmu, osoba nie postrzega siebie jako zbyt szczupłej, ponieważ jej obraz ciała jest zaburzony. Stopniowo rezygnuje z dawnych aktywności, unika kontaktów z innymi, a jednocześnie może wykazywać dużą dokładność i zaangażowanie w nauce (Józefik, 1999). Pierwotne poczucie euforii i sprawczości przeradzają się w lęk związany poczuciem utraty panowania nad ciałem, apatie czy depresje.

Podsumowując, na początkowym etapie jadłowstręt psychiczny zazwyczaj jest rezultatem świadomego wyboru – ograniczanie pożywienia jest próbą osiągnięcia autonomii i decydowania o sobie. Jednak z czasem wizja „idealnego ciała” prowadzi do zachowań autodestrukcyjnych i w konsekwencji osoba chora pod wpływem obsesyjnych myśli i zniekształconego obrazu siebie całkowicie traci panowanie nad swoim zachowaniem.

Jadłowstręt psychiczny zalicza się do chorób o charakterze przewlekłym, a jego długotrwały przebieg obserwuje się u około 20% pacjentek. Dane wskazują, że wyleczenie następuje u mniej niż połowy chorych, natomiast w około jednej trzeciej przypadków dochodzi jedynie do częściowego ustąpienia objawów. Proces leczenia zaburzeń odżywiania jest trudny – szacuje się, że po pięciu latach terapii i dłużej, kryteria diagnostyczne nadal spełnia niemal co trzeci pacjent. Jednak u ponad 50% leczonych dochodzi do poprawy po więcej niż pięciu latach trwania terapii. Do czynników sprzyjających wyzdrowieniu należą: młody wiek w chwili zachorowania oraz krótki czas trwania choroby. Natomiast rokowania pogarszają się przy takich okolicznościach, jak: długi przebieg choroby, znaczna redukcja masy ciała oraz występowanie kompulsywnego objadania się i wymiotów.



Zaburzenie to wiąże się również z podwyższonym wskaźnikiem śmiertelności. Szacuje się, że śmiertelność wśród osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny wynosi od nieco ponad 5% do ponad 8%. Statystyki pokazują, że około 10% młodych kobiet dotkniętych tą chorobą umiera z jej powodu – zarówno bezpośrednio (np. na skutek wyniszczenia organizmu spowodowanego niedożywieniem), jak i pośrednio – poprzez samobójstwo (Brytek–Matera, 2023).

1.3.2 Obraz kliniczny i przebieg bulimia nervosa

Bulimia nervosa jest zazwyczaj rozpoznawana u kobiet w wieku 15–18 lat. Szacunkowe dane wskazują, że bulimia występuje u około 0,34–1,5% kobiet. U mężczyzn odsetek ten jest wyższy niż w przypadku anoreksji i mieści się w przedziale 0,1–0,7% (Nowogrodzka i Piasecki, 2012). Częstość występowania bulimii psychicznej w Stanach Zjednoczonych wynosi 0,32% u kobiet i 0,05% u mężczyzn (Deloitte Access Economics, 2020).

Żarłoczność psychiczna często rozpoczyna się podobnie jak jadłowstręt psychiczny – poprzez intensywne ograniczanie spożycia pokarmu w celu osiągnięcia efektu odchudzającego. U około 25% pacjentek przez pewien czas mogą być spełnione kryteria diagnostyczne anoreksji. Z czasem jednak rygorystyczne schematy żywieniowe prowokują częste epizody kompulsywnego objadania się, co skutkuje powrotem masy ciała do normy.

Rozpoczęcie zaburzeń nie zawsze jednak wiąże się bezpośrednio z troską o sylwetkę – czasem pojawia się w reakcji na stres niezwiązany z wyglądem. W wywiadzie klinicznym wśród takich czynników pacjentki wymieniają m.in.: problemy rodzinne (np. rozwód, żałoba), zmiana pracy czy presja w nauce, a także ciąża (Józefik, 1999).

Osoby z bulimią często funkcjonują dobrze w relacjach społecznych i przez długi czas potrafią skutecznie ukrywać swoją chorobę przed otoczeniem. Ze względu na utrzymującą się w granicach normy wagę, zaburzenie to może długo pozostawać niewykryte. Niemniej jednak, można zauważyć pewne powtarzalne wzorce zachowań typowe dla osób z bulimią, takie jak szybkie znikanie dużych ilości jedzenia, obecność pustych opakowań, skrywanie pożywienia, częste wizyty w toalecie po posiłkach czy angażowanie się w nadmierny wysiłek fizyczny. Z czasem zarówno kompulsywne jedzenie, jak i zachowania kompensacyjne mogą prowadzić do narastającej izolacji społecznej.



Napady bulimiczne (określane także jako ataki lub kryzysy) najczęściej pojawiają się późnym popołudniem lub wieczorem, zwykle w samotności. Do czynników inicjujących zalicza się m.in. napięcie emocjonalne, problemy interpersonalne (takie jak konflikty czy rozstania), a także negatywne emocje – samotność, złość, lęk czy poczucie pustki (Brytek–Matera, 2023). Znaczna część kobiet doświadcza przed atakiem narastającego napięcia emocjonalnego, którego przyczyn często nie potrafią jasno określić (Józefik, 1999). W trakcie kryzysu pacjentki tracą kontrolę nad ilością przyjmowanego pożywienia, spożywając od kilkuset do nawet kilku tysięcy kalorii – zazwyczaj od 1000 do 3000 w bardzo krótkim czasie, wynoszącym od pół godziny do godziny. Według niektórych źródeł, ilość ta może dochodzić nawet do 10 000 kalorii (Brytek–Matera, 2023). W trakcie takich napadów osoby z bulimią wybierają najczęściej produkty z dużą zawartością węglowodanów i tłuszczu, które wykluczają w swoim codziennym funkcjonowaniu, gdyż są one uznawane za bardzo kaloryczne, tuczące i niezdrowe.

W czasie ataku osoby chore doświadczają silnego poczucia utraty kontroli nad własnym zachowaniem i nie są w stanie powstrzymać się od jedzenia. Napad kończy się zwykle w momencie wystąpienia fizycznych dolegliwości (np. bólu żołądka czy nudności), silnego lęku przed przyrostem wagi, nasilonego poczucia winy lub w wyniku potrzeby oczyszczenia organizmu, bądź też w sytuacji, gdy ktoś pojawia się w otoczeniu. Po epizodzie często pojawia się chwilowa ulga wynikająca z redukcji napięcia, która jednak szybko ustępuje miejsce poczuciu winy oraz frustracji z powodu braku panowania nad sytuacją, a także wstydu oraz silnego poczucia utraty własnej wartości. Osoby dotknięte bulimią uważają się za bezwartościowe, odczuwają do siebie wstręt, są przeświadczone o braku własnej skuteczności. W odpowiedzi pojawiają się działania kompensacyjne, takie jak prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, moczoopędnych, nadmierna aktywność fizyczna lub ponowne restrykcyjne ograniczanie kalorii. Działania te tymczasowo przywracają iluzję panowania nad sobą i redukują – choć krótkotrwale – nieprzyjemne stany emocjonalne.

U części pacjentek atak bulimiczny rozumiany jest w szerszym znaczeniu – nie jako pojedyncze wydarzenie, lecz seria epizodów objadania się i następujących po nich działań kompensacyjnych, pojawiających się w krótkich odstępach czasu. Taki ciąg zdarzeń może obejmować okres od kilku dni do nawet kilku tygodni.



Pacjentki z bulimią – w zestawieniu z osobami cierpiącymi na anoreksję – częściej mają głębsze poczucie cierpienia i postrzegają swoje dolegliwości jako bardziej destrukcyjne. Pomimo większej gotowości do szukania pomocy, ich zaangażowanie w leczenie bywa ograniczone. Nawet te osoby, które deklarują wolę podjęcia terapii, często mają trudność w jej utrzymaniu. Zgodnie z dostępnymi danymi, na które powołuje się Brytek–Matera (2023), około 50% osób z bulimią psychiczną udaje się wyleczyć, u 30% następuje częściowa poprawa (choć często z nawrotami w sytuacjach stresowych), natomiast u 20% pacjentów poprawa nie następuje. Szacuje się, że ogólny wskaźnik śmiertelności dla bulimii psychicznej wynosi od 1 do 3%. Odsetek prób samobójczych w tej grupie pacjentów jest wyższy niż u osób z anoreksją i oscyluje między 25 a 35% (w przypadku pacjentów ambulatoryjnych). Mimo to, liczba zgonów samobójczych w bulimii pozostaje niższa niż w przypadku jadłowstrętu psychicznego.

Zaprezentowane powyżej obrazy kliniczne jadłowstrętu psychicznego i żarłocności psychicznej wyraźnie wskazują na różnicę w przebiegu danych zaburzeń. *Anorexia nervosa* cechuje się liniowym pogorszeniem stanu zdrowia fizycznego w miarę tego jak osoby chore trwale i zdecydowanie dążą do utraty masy ciała, natomiast *bulimia nervosa* charakteryzuje się występowaniem faz poprawy przeplatanych nawrotami objawów (kolejny cykl objadania się i zachowań kompensacyjnych). W porównaniu do anoreksji, bulimia częściej przyjmuje formę przewlekłą o charakterze subklinicznym i niepełnoobjawowym.

Różnica w obrazie klinicznym dotyczy nie tylko symptomów somatycznych, ale również postrzegania przez osoby chore własnej osoby i samego zaburzenia. Chociaż w przypadku obu schorzeń postrzeganie własnego ciała u pacjentów jest zaburzone, to osoby cierpiące na bulimię odczuwają wstyd z powodu swoich kompulsywnych zachowań i dostrzegają destrukcyjny wpływ zaburzenia, to osoby dotknięte anoreksją nie oceniają swoich działań w kategoriach pejoratywnych, zwłaszcza gdy przynoszą pożądane efekty w postaci drastycznej utraty masy ciała, uważają to za własne osiągnięcie, co w konsekwencji prowadzi do ograniczonej motywacji do zmiany.

1.4 Czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania

Według poznawczo-behawioralnej teorii centralne miejsce w etiologii zaburzeń odżywiania zajmuje zaabsorbowanie masą ciała oraz stosowanie rygorystycznych ograniczeń dietetycznych. Dana teoria uwzględnia również dominujące we współczesnej kulturze ideały



wyglądu fizycznego, traktując je jako istotny element pojawienia się i utrwalania się nieprawidłowych wzorców żywieniowych.

Choć aspekt niezadowolenia z własnego ciała jest niewątpliwie istotny, nie stanowi on samodzielnego czynnika etiologicznego – jest konieczny, lecz niewystarczający. Wśród kobiet niezadowolonych z własnego wyglądu, jedynie u części rozwiną się objawy zaburzeń odżywiania. Kluczowym aspektem, który determinuje ich rozwój, jest sposób radzenia sobie z problemami związanymi z poczuciem tożsamości i kontroli – w grupie kobiet wykazujących objawy zaburzeń odżywiania realizowany on jest za pośrednictwem własnego ciała. Dany pogląd pokrywa się z koncepcją Slade'a, który już 1982 roku opisał anoreksję psychiczną i bulimię psychiczną jako zaburzenia tożsamości i kontroli, gdzie osoba wykazująca perfekcjonizm oraz niezadowolenie z siebie i swojego życia stosuje restrykcje żywieniowe jako środek do wzmocnienia samooceny i przezwyciężenia poczucia nieskuteczności.

Zbieżne założenia można dostrzec również w podejściu Polivy i Hermana (2002), według których zagadnienia związane z poczuciem tożsamości i potrzebą kontroli odgrywają kluczową rolę w genezie zaburzeń odżywiania. Osoby zmagające się z tymi problemami dążą do ich rozwiązania poprzez podporządkowanie się określonym normom wyglądu ciała, angażując się emocjonalnie i behawioralnie w dążenie do szczupłości. Ich samoocena opiera się w dużej mierze, a niekiedy wyłącznie, na kryteriach związanych z sylwetką i jej kontrolą, i razem z tym często przeceniają wagę i formę swojego ciała, gdyż jego obraz jest zaburzony.

Na przestrzeni ostatnich dekad koncepcje tłumaczące etiologię zaburzeń odżywiania ewoluowały od modeli skupionych wyłącznie na przyczynach biologicznych do tych skoncentrowanych na psychologicznych aspektach. Obecnie uważa się, że dane zaburzenia rozwijają się na skutek wzajemnego oddziaływania różnych grup czynników – biologicznych (obejmujących zarówno uwarunkowania genetyczne, jak i neurofizjologiczne), psychologicznych (na poziomie rozwojowym i behawioralnym) oraz społecznych (takich jak wpływy kulturowe czy relacje rodzinne). W związku z tym najbardziej trafnym podejściem wydaje się model biopsychospołeczny, zgodnie z którym zaburzenia odżywiania stanowią zespół objawów, będących wynikiem interakcji predyspozycji biologicznych oraz czynników psychologicznych, które ujawniają się w niekorzystnych warunkach środowiskowych i społecznych.



W latach 80. XX wieku Paul Garfinkel i David Garner wyodrębnili trzy główne kategorie czynników wpływających na rozwój anoreksji psychicznej: czynniki predysponujące, wyzwalające oraz podtrzymujące.

Czynniki predysponujące (ryzyka) zwiększające podatność jednostki na rozwój zaburzeń, występują przed pojawieniem objawów zaburzeń i dzielą się na trzy główne kategorie:

- indywidualne (psychologiczne), odnoszące się do cech osobowości, stanu emocjonalnego jednostki, jej doświadczeń i stanu zdrowia;
- rodzinne, związane ze specyficznymi relacjami w obrębie rodziny;
- kulturowe, związane z obowiązującymi normami społecznymi.

Czynniki wyzwalające (spustowe) inicjują wystąpienie objawów zaburzeń odżywiania, obejmują trzy sfery:

- aspekt biologiczny (m.in. zmiany fizyczne towarzyszące okresowi dojrzewania);
- aspekt psychologiczny (trudności w akceptacji własnego ciała, doświadczenia traumatyczne);
- aspekt społeczny (np. negatywne komentarze dotyczące wyglądu ze strony rówieśników).

Czynniki podtrzymujące, czyli utrwalające objawy to m. in. niska samoocena, izolacja społeczna, zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała oraz nieprawidłowa, kompulsywna aktywność fizyczna.

Z perspektywy autorki danej pracy, prezentowany model (po uwzględnieniu kategorii biologicznej wśród czynników predysponujących) może być z powodzeniem wykorzystany do analizy mechanizmów patogenetycznych również w odniesieniu do innych zaburzeń odżywiania. Rysunek 1 ilustruje czynniki wpływające na powstanie oraz utrzymywanie się zaburzeń odżywiania, wywodzące się z różnych kategorii: psychologicznej, biologicznej, społeczno-kulturowej oraz rodzinnej. W schemacie jest widoczne, że ten sam czynnik może pełnić różne funkcje – stanowić zarówno element predysponujący, jak i podtrzymujący rozwój zaburzeń.



Czynniki	Predysponujące (ryzyka)	Wyzwalające (spustowe)	Podtrzymujące
Biologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • płeć • genetyczne uwarunkowania • zaburzenia neuroregulacji • zaburzenia neuroendokrynne 	<ul style="list-style-type: none"> • zmiana ciała w okresie adolescencji 	<ul style="list-style-type: none"> • funkcjonowanie mózgu na skutek ubogiego odżywiania się: system kontroli apetytu, dysregulacja emocji • konsekwencje fizyczne (medyczne)
Indywidualne (psychologiczne)	<ul style="list-style-type: none"> • negatywna samoocena • zaburzony obraz ciała • niska świadomość interoceptywna • labilność emocjonalna • wysoki negatywny afekt • potrzeba osiągnięć • deficyty poznawcze i emocjonalne • współwystępowanie zaburzeń psychicznych (zaburzenia lękowe, nastroju, osobowości) 	<ul style="list-style-type: none"> • wydarzenia traumatyczne • wykorzystanie seksualne 	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzony obraz ciała • niska samoocena • dysfunkcyjna aktywność fizyczna
Rodzinne	<ul style="list-style-type: none"> • specyficzne wzorce funkcjonowania rodziny • nieprawidłowy styl przywiązania • używanie jedzenia dla zaspokojenia potrzeb emocjonalnych • przemoc emocjonalna lub fizyczna • brak wsparcia w uzyskaniu autonomii 	<ul style="list-style-type: none"> • krytyczne uwagi opiekuna • traumatyczne wydarzenie w rodzinie 	<ul style="list-style-type: none"> • specyficzne wzorce funkcjonowania rodziny • brak wsparcia w uzyskaniu autonomii • zaburzone postawy wobec jedzenia w rodzinie
Społeczno-kulturowe	<ul style="list-style-type: none"> • presja społeczna bycia szczupłym • mass media 	<ul style="list-style-type: none"> • negatywne uwagi o kształcie i rozmiarach ciała 	<ul style="list-style-type: none"> • alienacja społeczna • mass media

Rysunek 1. Biopsychosocjalne uwarunkowania zaburzeń odżywiania.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Brytek-Matera A. (2023), s.61–77 oraz Jozefik B. (1999), s.28–29

Liczne badania wskazują, że jednym z najważniejszych czynników predysponujących jest płeć żeńska, stanowiąca biologiczne uwarunkowanie. Istotną rolę przypisuje się również wpływowi genów oraz zaburzeniom neuroregulacji, zwłaszcza w obrębie układu serotoninowego. W przypadku anoreksji obserwuje się również zmniejszenie łaknienia, które może być powiązane z nieprawidłowościami w działaniu układu odpornościowego i zaburzeniami neuroendokrynnymi (np. nieprawidłowym poziomem neuropeptydów odpowiadających za uczucie głodu).

Do społeczno-kulturowych czynników ryzyka zalicza się wpływ mediów, presję ze strony społeczeństwa oraz relacje rówieśnicze. Przekazy medialne promujące szczupłą sylwetkę mogą prowadzić do internalizacji nierealistycznych ideałów wyglądu, co w okresie dojrzewania często skutkuje negatywną oceną własnego ciała, rosnącym niezadowoleniem z jego wyglądu i próbami redukcji wagi. Restrykcje żywieniowe prowadzą do utraty masy ciała lub do kompulsywnego objadania się i działań kompensacyjnych, co wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno



fizycznymi, jak i psychicznymi. Mimo tego, że czynniki społeczno-kulturowe odgrywają istotną rolę w etiologii zaburzeń odżywiania, należy podkreślić, że nie mogą być uznawane za jedyny lub dominujący czynnik sprawczy choroby.

W ramach wielopłaszczyznowej analizy tego złożonego zjawiska należy uwzględnić również psychologiczne (indywidualne) uwarunkowania. Wśród wspólnych cech psychologicznych charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania można wymienić negatywną afektywność, labilność emocjonalną, zaburzenia kontroli emocji, wysoką potrzebę osiągnięć, wrażliwość na krytykę, niskie poczucie własnej wartości oraz uczucie nieefektywności. Osoby chore doświadczają przynajmniej częściowej emocjonalnej gratyfikacji poprzez odmawianie sobie jedzenia, kompulsywne objadanie się i przeczyszczanie, albo intensywne ćwiczenia fizyczne. Osiągają również poczucie sprawczości (tymczasowe), widząc efekty restrykcyjnej diety i budują samoocenę w oparciu o wygląd sylwetki. Także nadmierna aktywność fizyczna, której celem jest zapanowanie nad nieprzyjemnymi emocjami lub kontrolowanie wagi i sylwetki, odgrywa rolę w rozwoju i utrzymywaniu się zaburzeń odżywiania.

Wśród dodatkowych czynników sprzyjających rozwojowi tych zaburzeń wymienia się także patologię poznawczą, czyli obecność sztywnych przekonań, błędnych sądów i natrętnych myśli. Osoby z tymi zaburzeniami wykazują skłonność do spędzania nadmiernej ilości czasu na obsesyjnym rozmyślaniu o jedzeniu i wyglądzie swojego ciała. Badanie, na które powołuje się w swojej monografii Brytek–Matera (2023), wykazuje, że niemal 80% pacjentów z zaburzeniami odżywiania obsesyjnie rozmyśla o jedzeniu i swoim ciele ponad 3 godziny dziennie, a 42% – ponad 8 godzin dziennie. Zaledwie 37% nie doświadcza takich natręctw. Choć większość pacjentów próbowała ograniczyć natłok myśli, połowa z nich nie odniosła w tym sukcesu – co według ich przekonań świadczyło o braku samokontroli. Ciekawym zjawiskiem jest fakt, że część chorych, szczególnie z restrykcyjnym wzorcem anoreksji uznaje te myśli za poprawiające samopoczucie i nie wykazuje potrzeby ich eliminacji – ponad połowa badanych uważa je wręcz za spójne z własnym systemem wartości.

U osób cierpiących na zaburzenia odżywiania zaobserwowano również nieprawidłowości przetwarzania informacji, szczególnie w odniesieniu do kwestii dotyczących jedzenia, masy ciała i jego kształtu. U pacjentów z bulimią występuje tendencja do zniekształcania treści poznawczych związanych z wagą oraz sylwetką, podczas gdy osoby z anoreksją psychiczną częściej wykazują



zakłócenia w przetwarzaniu informacji odnoszących się do jedzenia. Istnieje przypuszczenie, że dane wzorce poznawcze stanowią zarówno przyczynę rozwoju i utrzymywanie się zaburzeń, jak i ich skutek.

Według wielu badaczy istotnym czynnikiem etiologii zaburzonych zachowań żywieniowych jest nieumiejętność rozpoznawania stanów fizjologicznych (np. głodu, sytości) oraz własnych emocji, czyli deficyt w zakresie świadomości interoceptywnej. Nieumiejętność identyfikowania tych stanów wewnętrznych prowadzi to do dezorganizacji emocjonalnej – pacjenci mogą błędnie interpretować pobudzenie emocjonalne jako głód, co w efekcie prowadzi do nadmiernego lub kompulsywnego jedzenia. Wielu autorów zajmujących się problematyką zaburzeń odżywiania, podkreśla zgodnie, że brak świadomości interoceptywnej wśród pacjentów z zaburzeniami żywieniowymi często ma swoje źródło w nieprawidłowych doświadczeniach z dzieciństwa. Opiekunowie, którzy reagowali na cierpienie emocjonalne dziecka poprzez podawanie mu jedzenia, nie zaspokajali jego faktycznych potrzeb, co z czasem prowadziło do dezorientacji i błędnego rozpoznawania emocji (Józefik, 2006; Brytek–Matera, 2023).

Rodzina odgrywa istotną rolę zarówno w rozwoju, jak i utrzymywaniu się problemów z odżywianiem. Niejednokrotnie dochodzi także do nieświadomego przyswajania postaw dotyczących masy ciała i jego kształtu przekazywanych przez członków rodziny, co może prowadzić do zaburzonego postrzegania własnego ciała i nasilać niezadowolenie z własnego wyglądu. Rodziny osób cierpiących na anoreksję cechują się sztywnością, unikaniem konfrontacji oraz triangulacją. Z kolei dla rodziny osób z bulimią jest charakterna wyraźna dezorganizacja, chaos oraz wrogość. Traumatyczne wydarzenia z dzieciństwa, takie jak przemoc seksualna, emocjonalna czy zaniedbywanie potrzeb, mogą działać jako czynniki wyzwalające powstanie zaburzeń.



Rozdział 2. Kontrola emocjonalna w ujęciu teorii psychologicznych

2.1 Kontrola emocjonalna a regulacja emocji

Omawiane w danym rozdziale zagadnienie, w zależności od przyjętego stanowiska badawczego i indywidualnych poglądów autora, jest określane w literaturze jako kontrola emocjonalna, samokontrola, zarządzanie emocjami bądź regulacja emocjonalna. Jednym z powodów utrudniających rozróżnienie tych pojęć może być brak jednoznacznej definicji emocji, gdyż sposób rozumienia danego zjawiska zależy od tego, który aspekt emocji zostaje wzięty pod uwagę. W kontekście danej pracy oraz analizowania emocji jako zjawiska podlegającego procesom regulacyjnym za najbardziej adekwatną uznać można następującą definicję: „Emocja to subiektywny stan psychiczny uruchamiający priorytet dla związanego z nią programu działania. Odczuwaniu emocji towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz specyficzne zachowania” (Maruszewski, Doliński, Łukaszewski i Marszał-Wiśniewska, 2008, s.514). Emocje sygnalizują, że w otoczeniu osoby istnieje coś znaczącego dla jej funkcjonowania (Frijda, 2002). Pojawiający się obiekt zostaje uznany za istotny (lub przeciwnie – nieistotny) albo przyjemny (bądź nieprzyjemny), co w efekcie uruchamia odpowiednie psychofizjologiczne reakcje organizmu. Należy podkreślić, że subiektywna perspektywa osoby istotnie wpływa na kształtowanie się określonego stanu emocjonalnego. Doświadczane przez osobę emocje mają wpływ na procesy poznawcze, takie jak np. wydawanie sądów, oraz na procesy behawioralne, np. wybór strategii radzenia sobie ze stresem. Emocje odgrywają również istotną rolę w utrzymaniu pozytywnego obrazu siebie – sprzyjają adaptacji i wzmacniają poczucie własnej wartości (Frijda, 2002).

Emocje można klasyfikować według następujących kryteriów: ze względu na znak – pozytywne (np. radość, ekscytacja) i negatywne (np. lęk, smutek); z uwagi na gotowość do działania – emocje steniczne (np. gniew) i asteniczne (np. silny lęk); oraz według stopnia złożoności – emocje podstawowe (np. strach, radość) i pochodne (np. miłość, duma) (Ekman, 2011; Maruszewski i in., 2008). Takie kategoryzowanie pozwala na dostrzeżenie różnorodności stanów afektywnych oraz pozwala na analizę związku pomiędzy określonymi emocjami a towarzyszącymi im myślami i działaniami w kontekście kontroli emocji.

Z perspektywy rozwoju człowieka oraz prawidłowego funkcjonowania psychicznego, nabycie zdolności do regulacji stanów emocjonalnych jest niezwykle istotne (Rothbart, 2002). Już



od momentu narodzin dziecko uczy się wyrażania i modulacji emocji. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa relacja z opiekunem, która stanowi podstawę do rozwinięcia przez dziecko adaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami (Józefik, 2014). W dalszej części danego podrozdziału zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytanie, czy proces regulacji emocjonalnej jest tożsamy z pojęciem kontroli emocjonalnej.

W celu oddziaływania na procesy emocjonalne – na moment ich wystąpienia, przebieg oraz konsekwencje – ludzie stosują różnorodne strategie kontrolujące i korygujące. Strategie te mogą być uruchamiane zarówno przed wystąpieniem emocji, jak i już w trakcie ich doświadczania. Emocje podlegają regulacji na wielu poziomach, a same mechanizmy regulacyjne mogą przybierać zróżnicowane formy. W związku z tym regulację emocjonalną można zdefiniować jako „proces inicjujący, modulujący i podtrzymujący doświadczanie emocji oraz operacji poznawczych i zachowań związanych z tym doświadczeniem” (Maruszewski i in., 2008, s. 564).

Mechanizmy regulacyjne mogą mieć charakter zarówno automatyczny i nieświadomy, jak również intencjonalny i świadomy. Automatyczne strategie regulacji emocji są uniwersalne i nie wymagają wcześniejszego doświadczenia ani nauki (Walden i Smith, 1997). Towarzyszą człowiekowi od początkowego etapu życia, kiedy głównym ich celem jest obniżenie pobudzenia emocjonalnego i zaspokojenie podstawowych potrzeb, co redukuje negatywne emocje. Wraz z rozwojem, dziecko przyswaja bardziej złożone strategie regulacji emocji, takie jak unikanie bodźców wywołujących lęk oraz poszukiwanie źródeł pozytywnych doświadczeń. Warto jednak zaznaczyć, że automatyczne formy regulacji nie są ograniczone wyłącznie do wczesnych faz rozwoju. Wśród automatycznych strategii regulacji emocji towarzyszących człowiekowi przez całe życie należy wskazać:

- Mechanizmy biologiczne, które chronią organizm przed nadmiernym pobudzeniem poprzez aktywację struktur hamujących emocje, zlokalizowanych w obrębie układu limbicznego mózgu (Izard, 1991, za Maruszewski i in., 2008, s. 564).
- Spontaniczne kierowanie uwagi na potencjalnie zagrażające bodźce, np. obiekty wyróżniające się w otoczeniu.
- Zaprzeczanie – nieświadomione odrzucenie informacji o potencjalnym zagrożeniu, pełniące funkcję ochronną, często opisywane w kontekście traumy.



- Wypieranie emocjonalnych treści, które są sprzeczne z obrazem idealnego „ja” (Maruszewski i in., 2008).

Przytoczone procesy regulacji emocji przebiegają poza świadomym nadzorem jednostki, zatem w dalszej części zasadne jest bliższe przyjrzenie się mechanizmom podmiotowej kontroli stanu emocjonalnego. Różnica terminologiczna pomiędzy pojęciem regulacji i kontroli emocjonalnej, na którą zdaniem autorki niniejszej pracy warto zwrócić uwagę, uwidacznia się wyraźnie w pracy Dolińskiego, który posługuje się określeniem „automatyczna regulacja emocji”, natomiast w odniesieniu do procesów bardziej złożonych stosuje termin „podmiotowa kontrola emocji”.

Zasadnym punktem wyjścia dla analizy zjawiska kontroli emocjonalnej mogą być opracowania Kofty, który przedstawił, w jaki sposób na przestrzeni lat ewoluowały sposoby rozumienia terminu „samokontrola” (emocji). W latach 60. i 70. XX wieku Young i Jersild prezentowali zbliżone stanowiska, według których kontrola emocjonalna była rozumiana jako powstrzymywanie, tłumienie ekspresji przy równoczesnym utrzymaniu zorganizowanego charakteru zachowania, niezależnie od natężenia doświadczanych stanów emocjonalnych (Kofta, 1979). Współczesne rozumienie kontroli emocjonalnej jest znacznie szersze, niż tylko tłumienie lub hamowanie reakcji emocjonalnych. Co więcej, zbyt sztywna forma takiej kontroli może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej, m.in. może przyczyniać się do powstawania chronicznego napięcia, co z kolei może prowadzić do zaburzeń psychosomatycznych (Kofta, 1979). W przypadku regulowania ekspresji emocji wskazuje się, że ani nadmierne powściągnięcie, ani całkowicie nieskrępowane wyrażanie stanów emocjonalnych nie są korzystne z punktu widzenia dobrostanu psychicznego. Kofta (1979) zaproponował rozróżnienie trzech wymiarów samokontroli, rozumianej jako właściwość osobowości, czynność kontrolująca oraz mechanizm psychologiczny, za pośrednictwem którego odbywają się dane czynności. W oparciu o przywołaną koncepcję Maruszewski i in. (2008) zaproponowali poniższe definicje dwóch form tego zjawiska.

Czynności (reakcje) samokontroli rozumiane są jako zachowania jednostki, które pozostają w zgodzie z akceptowanymi przez nią normami lub normami społecznymi.

Procesy (mechanizmy) samokontroli natomiast obejmują inicjowane przez jednostkę reakcje, dzięki którym możliwe jest osiągnięcie zbieżności pomiędzy jej zachowaniami



emocjonalnymi, myślami oraz odczuciami afektywnymi a akceptowanymi normami – zarówno tymi pochodzącymi z otoczenia społecznego (zewnętrznymi), jak i wynikającymi z osobistych przekonań (wewnętrznych).

Jak już wcześniej wskazano, mechanizmy samokontroli funkcjonują na trzech poziomach: (1) recepcji informacji, (2) procesów intrapsychicznych oraz (3) ekspresji stanów emocjonalnych i sterowania zachowaniem (Maruszewski i in., 2008).

Kontrola emocji na etapie recepcji informacji polega na niedopuszczeniu lub ograniczeniu pojawienia się negatywnych emocji, jak również i na wywołaniu emocji pozytywnych poprzez odpowiednio unikanie lub dążenie do sytuacji, w których takie emocje mogą wystąpić. W podejmowaniu tych czynności jednostkę wspomaga system poznawczy, który w dużym stopniu poddaje się świadomej kontroli. Wpływ na doświadczane emocje może być również wywierany poprzez kierowanie własną aktywnością poznawczą (w tym generowaniu myśli, fantazji czy wspomnień) lub poprzez stosowanie strategii uwagowych (np. celowym odsunięciu uwagi od aspektów sytuacji wywołujących negatywne emocje i skupieniu się na pozytywnym aspekcie; ukierunkowaniu świadomości na pozytywne lub neutralne bodźce; wracaniem myślami do wydarzeń o silnym ładunku emocjonalnym).

Etap procesów intrapsychicznych związany jest z przetwarzaniem informacji, za pomocą operacji poznawczych. Część z tych operacji może polegać na reinterpretacji sytuacji lub analizie problemu z odmiennej perspektywy. Niekiedy jest to refleksja o wysokim stopniu racjonalności, umożliwiająca nie tylko poradzenie sobie z trudną sytuacją, ale również identyfikację jej potencjalnie korzystnych aspektów.

Na trzecim poziomie samokontroli emocji znajdują się mechanizmy związane z kierowaniem ekspresją emocji i kontrolą zachowania. W toku procesu socjalizacji dziecko uczy się społecznie akceptowalnych zachowań – rozróżnia sytuacje, w których dane reakcje emocjonalne są uznawane za właściwe, oraz te, w których powinny być tłumione. Należy jednak podkreślić, że zasady dotyczące ekspresji emocji z czasem ulegają automatyzacji (Ekman, 1980, 1997, za: Maruszewski i in., 2008, s.568), co oznacza, że kierowanie nią nie wymaga już świadomego nadzoru.



Regulacja przeżywanej emocji na drugim i trzecim poziomach może dotyczyć jej wartości afektywnej (walencji), intensywności oraz dynamiki na przestrzeni czasu (Thompson, 1994). Proces regulacji obejmuje również indywidualny oraz interpersonalny wymiar doświadczania emocji.

Dotychczasowe rozważania prowadzą do wniosku, że jeśli wziąć pod uwagę aspekt działania mechanizmów samokontroli w ujęciu Maruszewskiego i in., zarówno regulacja emocji, jak i kontrola emocjonalna dotyczą tych samych procesów – inicjowania, podtrzymywania, monitorowania oraz modyfikowania przebiegu procesu emocjonalnego – i w danym kontekście można je uznać za pojęcia tożsame.

Wśród dostępnych ujęć teoretycznych koncepcja zaproponowana przez Saloveya i Mayera (1990, za: Korzewski, 2015, s.98) różnicuje pojęcia „regulacja emocjonalna” i „kontrola emocjonalna”. Oba te pojęcia stanowią elementy czteroczynnikowej teorii inteligencji emocjonalnej, rozumianej jako „szereg wyuczalnych zdolności związanych ze spostrzeganiem, wyrażaniem, rozumieniem, wykorzystywaniem i kierowaniem emocjami swoimi i innych” (Korzewski, 2015, s. s.98). Ostatnia z wymienionych zdolności – kierowanie, lub inaczej zarządzanie emocjami – jest związana z regulacją emocji. W zaproponowanym modelu regulacja emocji obejmuje następujące dziedziny kompetencji: (1) umiejętność spostrzegania, oceniania oraz wyrażania emocji; (2) wspomaganie procesów poznawczych za pomocą emocji; (3) rozumienie oraz przetwarzanie informacji o charakterze emocjonalnym, jak również posługiwanie się wiedzą na temat emocji; oraz (4) umiejętność regulacji emocji. Z kolei na regulacje emocji składają się (a) zdolność otwierania się na uczucia (przyjemne i nieprzyjemne); (b) zdolność kontrolowania emocji i refleksji nad nimi; (c) zdolność intencjonalnego wywoływania, przedłużania bądź ignorowania stanów emocjonalnych w zależności od oceny ich wartości informacyjnej i funkcjonalnej; oraz (d) zdolność kierowania emocjami – zarówno własnymi, jak i emocjami innych osób.

W świetle tej koncepcji kontrola emocjonalna traktowana jest jako umiejętność o niższym poziomie złożoności, wpisująca się w szerszy konstrukt, jakim jest regulacja emocjonalna. Natomiast zgodnie z założeniem autorów im bardziej zaawansowane są poszczególne umiejętności w ramach każdej dziedziny, tym bardziej są one uzależnione od umiejętności z innych dziedzin (Salovey i Mayer, 1990, za: Korzewski, 2015, s.99). Zatem analizowanie kontroli oraz



regulacji emocji bez odniesienia do innych komponentów inteligencji emocjonalnej prowadziłyby do niepełnego ujęcia tych zjawisk. Według autorów, regulowanie emocji jest najbardziej zaawansowaną formą inteligencji emocjonalnej. Skuteczne oddziaływanie na własne emocje oraz emocje innych osób wymaga uprzedniego przyswojenia wiedzy i kompetencji z pozostałych dziedzin. Przykładowo, nabycie umiejętności autorefleksji w kontekście doświadczanych emocji umożliwia pogłębione rozumienie związków przyczynowo-skutkowych między stanami emocjonalnymi a ich źródłami. Tego rodzaju wiedza pozwala tworzyć teorie dotyczące mechanizmów powstawania emocji w określonych okolicznościach, co z kolei prowadzi do lepszego zrozumienia samego siebie oraz relacji z otoczeniem. Taka zdolność sprzyja efektywnej regulacji emocjonalnej. Również w obrębie samego procesu regulacji, osiągnięcie zdolności do kierowania emocjami wymaga wcześniejszego rozwinięcia bardziej podstawowych umiejętności – takich jak otwartość na uczucia – zaliczanych do mniej złożonych kompetencji w obrębie tej samej dziedziny.

Z przedstawionych powyżej ustaleń wynika, że proces regulacji emocjonalnej odznacza się złożonością wewnętrzną oraz wielowymiarową strukturą. W związku z tym wyraźne rozróżnienie między pojęciami kontroli emocjonalnej a regulacji emocjonalnej, jak również stworzenie jednoznacznej definicji tych konstruktów, jest zadaniem niełatwym, ponieważ dotyczy ono zjawiska o charakterze wieloaspektowym, które może być analizowane na różnych poziomach teoretycznych. W opinii autorki niniejszego opracowania kontrola emocjonalna może być ujmowana zarówno jako proces obejmujący inicjowanie, podtrzymywanie, monitorowanie i modyfikację przebiegu emocji, jak również jako zbiór specyficznych umiejętności oraz procesów funkcjonujących w obrębie szerszego systemu regulacji emocjonalnej.

2.2 Wybrane koncepcje kontroli emocjonalnej

Kontrola emocjonalna stanowi złożony konstrukt, obejmujący różnorodne komponenty i nie może być postrzegana jako zjawisko jednorodne. Levenson (2002) wydaje się prezentować jedno z najbardziej kompleksowych podejść do zagadnienia kontroli emocjonalnej. Według autora, można wyróżnić liczne formy kontroli emocjonalnej, a jej przebieg może przyjmować zróżnicowane postaci, zależnie od ukierunkowania kontroli (np. nasilanie lub tłumienie emocji), ilości obejmowanych kontrolą emocji (od pojedynczych reakcji emocjonalnych po złożone układy emocji występujące jednocześnie lub w sekwencji), od typu transformacji (np. zmiana poziomu

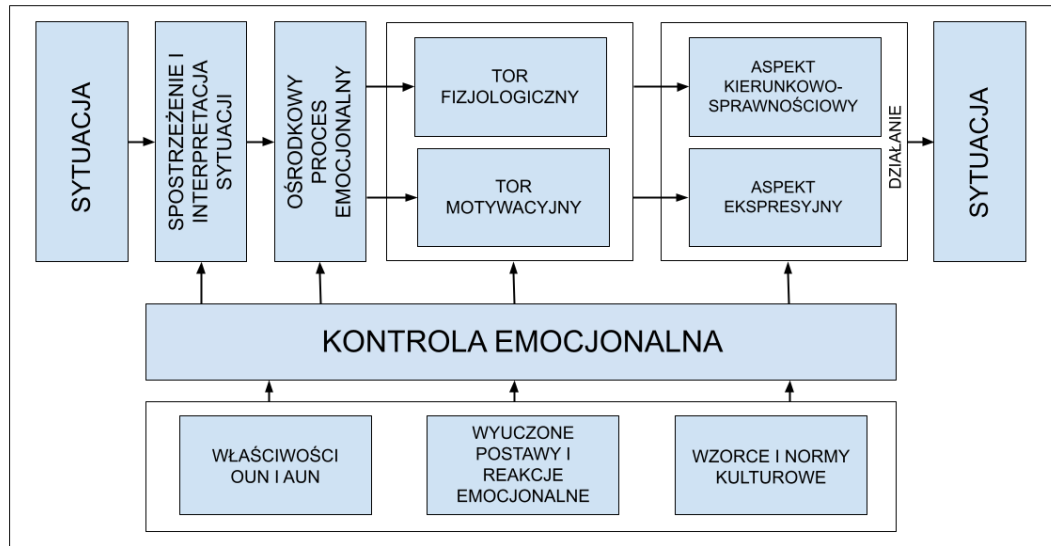


intensywności emocji lub zastępowanie jednej emocji inną). Formy kontroli emocjonalnej mogą także różnicować się umiejscowieniem w obrębie procesu emocjonalnego (np. modyfikacja warunków sprzyjających wystąpieniu emocji, wpływ na subiektywne doznania, ekspresję emocji lub reakcje fizjologiczne), wolicjonalnością (działania świadome bądź nieświadome), momentem uruchomienia (kontrola przed lub po pojawieniu się emocji) oraz obiektem kontroli (własne bądź cudze emocje). Tak rozbudowana struktura wskazuje na dużą złożoność zagadnienia, uwzględnia wielość możliwych form kontroli emocjonalnej i podkreśla konieczność szerokiego podejścia dla jej pełnego zrozumienia.

Liczne ujęcia teoretyczne koncentrują się na procesualnym charakterze kontroli emocji, która traktowana jest jako proces rozpoczynający od identyfikacji oraz subiektywnej oceny bodźców emocjogennych, co prowadzi do wzbudzenia określonych tendencji do działania. Te zaś, w toku dalszego rozwoju, mogą ulegać modyfikacjom.

Koncepcja zaproponowana przez Brzezińskiego odzwierciedla procesualny charakter kontroli emocjonalnej. Jest ona również ściśle powiązana z dojrzałością emocjonalną, która stanowi rezultat prawidłowego rozwoju emocjonalnego i umożliwia jednostce wyrażanie emocji w sposób świadomy i kontrolowany (Kuśpit, 2009). Brzeziński definiuje kontrolę emocjonalną jako mechanizm psychologiczny kształtujący się w wyniku socjalizacji i wychowania w procesie rozwoju jednostki (Brzeziński, 1973, za: Kuśpit, 2010, s. 66). Proces kształtowania tego mechanizmu przebiega poprzez internalizację wzorców kulturowych, co stanowi warunek konieczny dla prawidłowego rozwoju i integracji struktury osobowości. Brzeziński wskazuje, że na rozwój zdolności do regulacji emocji wpływ mają podłoże biologiczne, właściwości konstytucjonalne, nabyte postawy i reakcje emocjonalne, jak również cechy charakterystyczne środowiska kulturowego. Mechanizm kontroli emocjonalnej przedstawiony w danym ujęciu jest odzwierciedlony na poniższym rysunku.





Rysunek 2. Model kontroli emocjonalnej wg Brzezińskiego

(Źródło: Kuśpit, 2009, s.77)

Brzeziński (1974, za: Strus, 2012, s.31) wskazuje, że siła działania mechanizmów kontroli emocjonalnej różni się w zależności od etapu procesu emocjonalnego. Wyróżnia on trzy zasadnicze ogniwa tego procesu: (1) moment spostrzegania i interpretowania sytuacji wywołującej emocje, (2) ośrodkowy proces emocjonalny, który przebiega równolegle na poziomach fizjologicznym i motywacyjnym, oraz (3) działanie pod wpływem emocji, uwzględniające zarówno aspekt kierunkowo-sprawnościowy, jak i ekspresyjny. Podobną koncepcję przedstawia Frijda (1986), który opisuje proces emocjonalny jako strukturę etapową, w której na każdym z etapów działają procesy regulacyjne. Według niego, po wystąpieniu bodźca poprzedzającego następują kolejno: ocena poznawcza, wartościowanie sytuacyjne, przygotowanie do działania, po czym następuje zmiana psychologiczna, ekspresja emocji i działanie.

Osoba przejawiająca wysoki poziom kontroli emocjonalnej potrafi umiejętnie wyrażać swoje emocje, dostosowując ich ekspresję do warunków sytuacyjnych. W zależności od kontekstu jest w stanie zarówno powstrzymać przeżywane emocje, jak i swobodnie je ujawniać (Brzeziński, 1973, za: Kuśpit, 2010, s.66). Do kluczowych właściwości kontroli emocjonalnej autor zalicza: elastyczność przystosowawczą (adaptacyjność), zdolność do modyfikacji reakcji (plastyczność) oraz umiejętność świadomego wyboru najbardziej optymalnej formy zachowania.



Podejście zakładające procesualny charakter emocji pozwala wyodrębnić kilka kluczowych aspektów kontroli emocjonalnej. Kofta (1979) wyróżnił dwie podstawowe czynności w procesie samokontroli: (1) działania ukierunkowane na modyfikację danego procesu, (2) czynności mające na celu zmianę własnego niepożądanego zachowania. Autor opisał również podstawowe techniki, które umożliwiają kontrolę stanów afektywnych. Obejmują one: kontrolowanie samej sytuacji emocjogennej, regulację wewnętrznych mechanizmów (takich jak np. technika autoperswazji w komponencie doświadczeniowym lub modulowanie oddechu w komponencie fizjologicznym), a także kontrolę nad ekspresją emocji i zachowaniem, której celem jest utrzymanie pożądanego kierunku i efektywności działania (Strus, 2012). Przy czym dla dobrostanu psychicznego ważne jest zachowanie właściwego stosunku pomiędzy kontrolą zachowania emocjonalnego a regulacją samego przebiegu procesu emocjonalnego. Wpływ na proces emocjonalny może łagodzić lub neutralizować negatywne konsekwencje związane z tłumieniem emocjonalnej ekspresji oraz wynikającym z tego napięciem. Istotną rolę odgrywają również zaawansowane formy antycypacyjnej samokontroli, a więc strategie stosowane jeszcze przed pojawieniem się niepożądanego stanu emocjonalnego (np. kontrola sytuacji), jak również refleksyjne, konstruktywne wykorzystywanie wcześniejszych doświadczeń emocjonalnych. Równie ważne jest też nabycie umiejętności adekwatnego wyrażania przeżyć emocjonalnych (Kofta, 1979).

Drugim szeroko uznawanym podejściem teoretycznym jest ujęcie strukturalne, koncentrujące się na strukturze emocji, ich komponentach oraz oddziaływaniu z innymi systemami osobowości i otoczeniem (Górska i Soroko, 2004). W ramach tego podejścia wyróżnia się dwa typy regulacji emocji: wewnątrzsystemową oraz międzysystemową. Regulacja wewnątrzsystemowa dotyczy interakcji między poszczególnymi komponentami emocji. Przykładem zagadnienia rozpatrywanego w tym zakresie są zmiany w subiektywnym przeżywaniu emocji i poziomie pobudzenia, jakie mogą wystąpić w wyniku tłumienia intensywnej ekspresji emocjonalnej. Natomiast regulacja międzysystemowa odnosi się do wzajemnych relacji pomiędzy systemami emocjonalnym i poznawczym oraz do wpływu czynników środowiskowych na funkcjonowanie emocji (Dodge, Garber, 1991, za: Górska i Soroko, 2004, s.2).

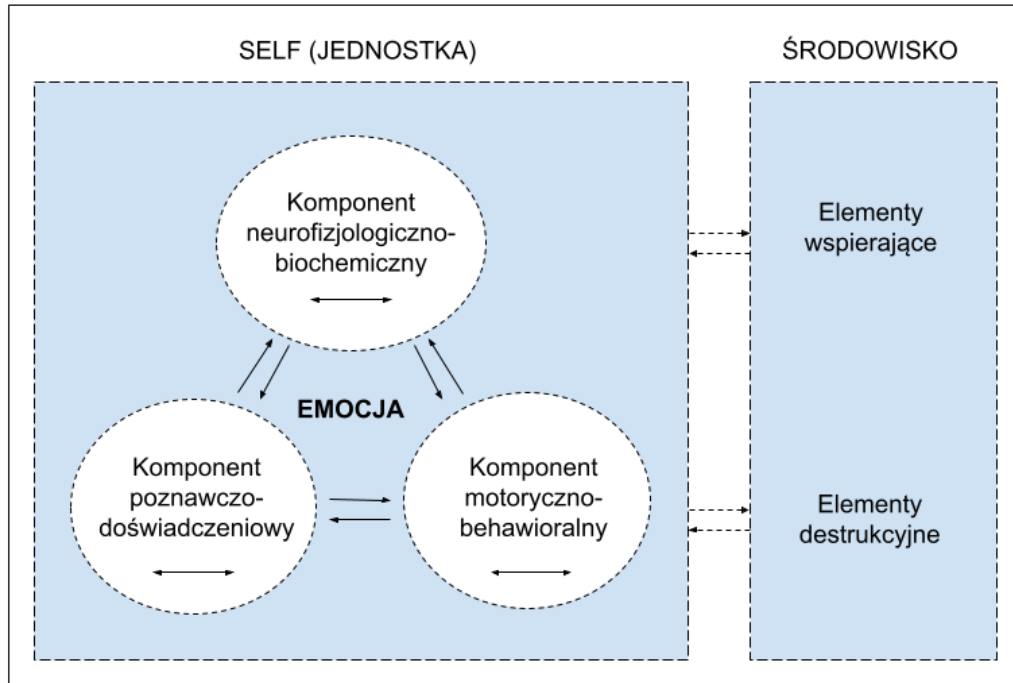
Strukturalne podejście zaproponowane przez Dodge'a i Garber (1991, za: Górska i Soroko, 2004, s.2) przedstawia koncepcję regulacji emocji, skupiającą się na analizie elementów



emocjonalnych podlegających procesom regulacyjnym. Autorzy odwołują się do modelu Langa, w którym wyróżniono trzy podstawowe komponenty reakcji emocjonalnej na bodźce: (1) komponent neurofizjologiczno-biochemiczny (obejmujący głównie aktywność autonomicznego układu nerwowego oraz mechanizmy neurohormonalne), (2) komponent motoryczno-behawioralny (koncentrujący się na analizie mimicznej ekspresji emocji), a także (3) komponent poznawczo-doświadczeniowy (oceniany na podstawie werbalnych opisów stanów emocjonalnych). Reakcje w tych trzech obszarach występują równolegle, jak jest przedstawione na rysunku 3. Dodge podkreśla, że podczas procesu regulacji emocjonalnej pobudzenie pojawiające się w jednym komponentcie reakcji emocjonalnej wpływa na transformację i zmianę w innym komponentcie reakcji. Autorzy wyróżnili trzy poziomy, na których może zachodzić regulacja emocji:

- (1) Regulacja między komponentami reakcji emocjonalnej na zewnętrzne bodźce (np. w wyniku wpływu komponentu poznawczo-doświadczeniowego na komponent motoryczno-behawioralny możliwe jest zastosowanie strategii poznawczych w celu powstrzymania impulsywnego działania).
- (2) Regulacja wybranych aspektów w obrębie tego samego komponentu reakcji na bodźce (np. wzajemne oddziaływanie na siebie neuroprzekaźników wewnątrz komponentu neurofizjologiczno-biochemicznego).
- (3) Regulacja w kontekście relacji interpersonalnych (tzn. pomiędzy jednostką a jej otoczeniem, które zawiera jak elementy wspierające, tak i destrukcyjne).





Rysunek 3. Strukturalny model regulacji emocji Dodge'a i Garber.

(Źródło: Górska i Soroko, 2004, s.7)

Kolejną koncepcją wpisującą się w ramy ujęcia strukturalnego, lecz akcentującą znaczenie kognitywno-afektywnych struktur kontrolnych w procesie regulacji emocji, jest koncepcja Cicchetti, Ackermana i Izarda (1995, za: Soroko, 2007, s.3). Autorzy określają regulację emocji jako proces przebiegający pomiędzy systemem poznawczym i emocjonalnym. Podstawową funkcją systemu emocjonalnego jest motywowanie oraz koordynowanie zachowań jednostki. System ten tworzą odrębne komponenty, takie jak mechanizmy neuronalne, ekspresja emocjonalna oraz subiektywne stany afektywne. Choć systemy emocjonalny i poznawczy pozostają ze sobą w dynamicznej relacji, wykazują również pewien stopień autonomii – szczególnie wyraźny we wczesnym dzieciństwie, który z wiekiem maleje w wyniku coraz silniejszej integracji i synchronizacji tych dwóch systemów. Z perspektywy autorów kluczowym elementem regulacji emocjonalnej jest właśnie koordynacja między systemem poznawczym a emocjonalnym. Za proces regulacji odpowiedzialne są struktury kognitywno-afektywne. Każda emocja powiązana jest z określonymi innymi emocjami, jak również z konkretnymi myślami i wspomnieniami, tworząc spójną strukturę afektywno-kognitywną. Struktury te pełnią także funkcję motywacyjną, łącząc emocje z działaniem, co tworzy charakterystyczną sekwencję:



emocja–poznanie–działanie. Dana sekwencja charakteryzuje indywidualny sposób przystosowywania się jednostki do określonych sytuacji i odgrywa istotną rolę w procesie rozwoju osobowości.

Kontrola emocji może zatem opierać się na zróżnicowanych mechanizmach, zarówno natury poznawczej, jak i emocjonalnej. Część badaczy jednoznacznie wskazuje, że sterowanie zachowaniem odbywa się na różnych poziomach świadomości – zarówno poprzez świadome, jak i nieświadome elementy systemu samoregulacji (Strus, 2012). Nie budzi wątpliwości, że adekwatne ukształtowanie mechanizmów kontroli emocjonalnej wymaga odpowiednio rozwiniętych struktur poznawczych. Nie należy jednak wnioskować, że system poznawczy dominuje nad sferą emocjonalną. Procesy afektywne oraz impulsywne charakteryzują się opornością na wpływ intelektualnego przetwarzania informacji. Z tego punktu widzenia można przypuszczać, że prawidłowo ukształtowane emocjonalne mechanizmy regulacyjne mogą w określonych sytuacjach – zwłaszcza przy konieczności opanowania silnych, pierwotnych afektów wzbudzanych automatycznie – okazać się bardziej skuteczne niż działania oparte wyłącznie na racjonalnym przetwarzaniu. Dlatego, uznając znaczenie procesów poznawczych oraz świadomości w ramach emocjonalnej samokontroli, należy jednocześnie przyjąć, że regulacja emocjonalna stanowi zjawisko o znacznie bardziej złożonym i szerokim charakterze.

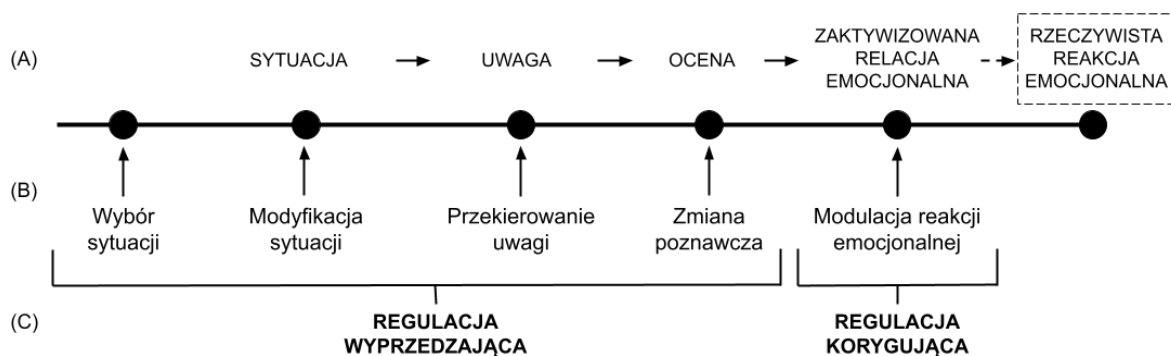
2.3 Procesualny model regulacji emocjonalnej Grossa

Współcześnie za jedną z najczęściej przywoływanych koncepcji odnoszących się do procesualnego ujęcia regulacji emocji uznaje się model procesualny autorstwa Jamesa Grossa (1998). Autor uznaje regulację emocji za jeden z podstawowych procesów regulacji (wraz z regulacją nastroju, radzeniem sobie ze stresem i mechanizmami obronnymi). W jego ujęciu regulacja emocji to procesy umożliwiające jednostce wpływ na to, jakie emocje się u niej pojawiają, oraz w jaki sposób są przez nią doświadczane i wyrażane (Gross, 1998). Model zaproponowany przez Grossa rozpatruje proces emocjonalny jako rozwijający się w czasie – jest inicjowany przez bodźce rozpoznane i ocenione przez jednostkę jako istotne dla jej celów, co uruchamia skoordynowaną odpowiedź emocjonalną: fizjologiczną, poznawczą, behawioralną. Sekwencję tego procesu można przedstawić jako: sytuacja → uwaga → ocena → aktywacja reakcji emocjonalnej. Na każdym z etapów danego procesu reakcja emocjonalna podlega



regulowaniu (kontrolowaniu), i w zależności od tego, na którym z etapów odbyło się uruchomienie procesów regulacyjnych, kształtuje się finalnie rzeczywista reakcja emocjonalna.

W ujęciu Grossa regulacja emocji może przebiegać w ramach dwóch zasadniczych kategorii działań: wyprzedzających oraz korygujących. Regulacja wyprzedzająca ma na celu zapobieganie lub osłabienie reakcji emocjonalnej, dotyczy wczesnych faz procesu emocjonalnego (zanim emocja ostatecznie się uformuje) i odnosi się do modyfikacji sytuacji emocjogennych lub sposobu ich poznawczego przetwarzania. Wśród strategii regulacyjnych stosowanych na wczesnym etapie są świadomy wybór sytuacji, jej zmodyfikowanie, przekierowanie uwagi oraz zmiana poznawcza. Regulacja korygująca odnosi się do fazy, w której emocja już się ujawniła i przybrała swój ostateczny kształt. Na tym etapie dla jednostki jest dostępna strategia modulowania reakcji emocjonalnej.



Rysunek 4. Procesualny model regulacji emocji Grossa

(Źródło: Szczygiel, 2014, s.193)

Wyróżnione przez autora strategie regulacji emocjonalnej są podejmowane świadomie (jak np. świadomy wybór nieuczestniczenia w potencjalnie stresującej sytuacji), jednak mechanizmy regulacyjne mogą również przebiegać bez udziału świadomości, jako efekt automatyzacji wcześniej uświadomionych strategii (Gross, 2014). W dalszej części rozdziału zostaną przybliżone wyżej wskazane strategie regulacji emocjonalnej.

Strategia wyboru sytuacji odnosi się do unikania lub poszukiwania bodźców (np. osób lub zdarzeń), które potencjalnie mogą wywołać określone reakcje emocjonalne. Przykładowo, jednostka może świadomie unikać kontaktu z osobą, której obecność wywołuje u niej dyskomfort emocjonalny. Skuteczne stosowanie tej formy regulacji emocji wymaga zarówno umiejętności



prognozowania prawdopodobieństwa pojawienia się emocjogenicznej sytuacji, jak i przewidywania własnej reakcji emocjonalnej w określonym kontekście (Gross, 2014). Jednym z elementów tego procesu jest prognozowanie afektywne, czyli przewidywanie emocji, które mogą wystąpić w przyszłych, jeszcze niezrealizowanych sytuacjach – niejednokrotnie odległych w czasie, co czyni to zadanie szczególnie trudnym. Choć trafność przewidywań odnoszących się do jakości (znaku) przyszłych stanów emocjonalnych bywa wysoka, to oszacowanie ich siły oraz czasu trwania jest znacznie trudniejsze i nierzadko obarczone błędem. Błędy te dotyczą głównie przewidywań odnoszących się do emocji negatywnych (Loewenstein, 2007, za: Szczygieł, 2014, s.194). Ludzie mają tendencję do przeszacowywania zarówno siły, jak i długości trwania swoich reakcji emocjonalnych (Gilbert i in., 1998, za: Szczygieł, 2014, s.194). Zatem mimo zdolności trafnej antycypacji, jaką emocję odczuje osoba, znacznie trudniej jest przewidzieć, jak długo ona potrwa i jak silne będzie jej oddziaływanie. Problem komplikuje również fakt, iż decyzje o unikaniu lub poszukiwaniu sytuacji są często motywowane doraźnymi korzyściami emocjonalnymi. Przykładowo, rezygnacja z wystąpienia publicznego przez osobę odczuwającą w związku z tym stres i napięcie emocjonalne może przynieść natychmiastową ulgę, lecz unikanie ekspozycji na takie stresujące bodźce w dłuższej perspektywie może pogłębić jej lęk i niepewność w relacjach interpersonalnych, a także utrudnić osiągnięcie istotnych celów życiowych. Z tego względu bardziej korzystną z punktu widzenia długoterminowego dobrostanu strategią może okazać się konfrontacja z trudną sytuacją zamiast jej unikania.

W przypadku, gdy jednostka znajduje się już w sytuacji emocjogenicznej, może zastosować strategię modyfikacji – zmienić niektóre jej aspekty w celu osłabienia bądź wzmocnienia wpływu tej sytuacji na doświadczaną reakcję emocjonalną. Przykładem zastosowania takiej strategii jest utrzymywanie dystansu i niewchodzenie w interakcję z osobą, wzbudzającą negatywne emocje, nawet jeśli bierze ona udział w tym samym spotkaniu lub wydarzeniu.

Zarówno strategia wyboru sytuacji, jak i jej modyfikacji, umożliwiają oddziaływanie na procesy emocjonalne poprzez kształtowanie warunków zewnętrznych – tak, aby zapobiec wystąpieniu przewidywanej emocji negatywnej lub zintensyfikować emocje pozytywne. Należy jednak zaznaczyć, że regulowanie emocji jest możliwe także bez wprowadzania zmian w otoczeniu zewnętrznym.



Mechanizm przekierowania uwagi opiera się na wpływaniu na własne reakcje emocjonalne poprzez celowe zarządzanie uwagą, czyli alokację zasobów poznawczych. Gross (2014) wymienia dwie główne formy tej strategii: dystrakcję oraz ruminację. Dystrakcja jest świadomym odwróceniem uwagi od bodźców generujących negatywne emocje i jej skierowaniem na elementy otoczenia, które mogą wywołać reakcje pozytywne (np. poprzez pozytywne przewartościowanie sytuacji) lub na neutralne obiekty lub czynności niezwiązane z emocjami (tj. liczenie w myślach do dziesięciu podczas rozmowy budzącej irytację). Strategię tę można uznać za wewnętrzny odpowiednik regulacji sytuacyjnej, w której jednak nie dochodzi do modyfikacji samego otoczenia, lecz manipulacji uwagą kierowaną na jego wybrane aspekty.

Natomiast ruminacja polega na utrzymywaniu uwagi na przeżywanych emocjach – najczęściej o charakterze negatywnym – oraz na powracaniu myślami do sytuacji, które je wywołały (Gross, 2014). Badania jednoznacznie wykazują, że ruminacyjne przetwarzanie doświadczeń związanych ze smutkiem lub złością sprzyja podtrzymywaniu tych stanów emocjonalnych, potęguje ich intensywność, wydłuża czas ich trwania oraz wiąże się z nasileniem objawów depresyjnych (Morrow i Nolen–Hoeksema, 1990, za: Szczygieł, 2014, s.195).

Zmiana poznawcza odnosi się do modyfikacji sposobu interpretacji danej sytuacji, mającej na celu zwiększenie lub zmniejszenie prawdopodobieństwa pojawienia się określonej reakcji emocjonalnej. Klasycznym przykładem tej strategii regulacji emocji jest reinterpretacja poznawcza, rozumiana jako „zmiana znaczenia sytuacji w kontekście zmiany reakcji emocjonalnej na tę sytuację” (Giuliani i Gross, 2009, s. 329, za: Szczygieł, 2014, s.195). Tego rodzaju strategia polega na ponownej ocenie sytuacji, której towarzyszy modyfikacja jej znaczenia emocjonalnego.

Postrzeganie reinterpretacji poznawczej jako mechanizmu regulacji emocji znajduje uzasadnienie w ramach poznawczych koncepcji emocji, według których kluczowym źródłem reakcji emocjonalnej nie jest sama sytuacja, lecz sposób jej subiektywnej oceny (Smith i Lazarus, 1990). Badacze analizujący poznawcze strategie regulacji emocji wskazują na istotność pozytywnego przewartościowania – nadania pozytywnego sensu wydarzeniom negatywnym poprzez ich powiązanie z osobistym rozwojem – oraz na kształtowanie nowej perspektywy interpretacyjnej, polegającej na pomniejszaniu znaczenia negatywnych zdarzeń i jego relatywizowaniu względem innych sytuacji (Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001; Marszał–Wiśniewska, 2008, za: Szczygieł, 2014, s.195).



W przypadkach, gdy żadna z wcześniejszych strategii regulacyjnych nie została aktywowana lub nie przyniosła oczekiwanych efektów, możliwe jest zastosowanie strategii modulacji reakcji emocjonalnej. Na tym etapie procesu emocjonalnego podejmowane przez jednostkę działania mają na celu osłabienie bądź wzmocnienie jednego lub kilku komponentów emocji, takich jak pobudzenie fizjologiczne, przeżywanie emocji i ekspresja emocjonalna. Do metod służących redukcji napięcia emocjonalnego, lęku i niepokoju, jak również towarzyszących im objawów somatycznych, zaliczane są relaksacja, medytacja, intensywna aktywność fizyczna, farmakoterapia z wykorzystaniem środków przeciwlękowych, jak również spożywanie alkoholu czy palenie tytoniu (Gross, 2014). Innym często stosowanym sposobem radzenia sobie z emocjami jest dzielenie się swoimi przeżyciami z innymi, co może sprzyjać reinterpretacji przyczyn, przebiegu i konsekwencji doświadczanej emocji.

Warto jednak zauważyć, że przedstawione formy regulacji emocjonalnej nie zawsze są możliwe do natychmiastowego zastosowania – trudności mogą wynikać zarówno z warunków sytuacyjnych, jak i z potencjalnych efektów ubocznych, zwłaszcza przy stosowaniu substancji psychoaktywnych, z kolei pozytywne działanie dzielenia się emocjami z innymi może być widoczne dopiero w dłuższej perspektywie czasowej. W sytuacji, gdy konieczna staje się natychmiastowa regulacja emocji – np. w obliczu gwałtownych reakcji somatycznych towarzyszących silnemu wzburzeniu – możliwa jest modulacja komponentu doświadczania emocji, np. celowe powstrzymanie się od myśli aktywizujących niepożądane emocje bądź związane z nimi zachowania.

Modulacji może podlegać również komponent ekspresji emocjonalnej, np. poprzez zahamowanie mimiki, pantomimiki czy wokalizacji (Gross, 2014). Tłumienie jako forma regulacji korygującej pojawia się na późnym etapie procesu emocjonalnego, kiedy reakcja emocjonalna została już zainicjowana, a związane z nią mechanizmy zostały aktywowane. W efekcie, poza zamierzoną redukcją zewnętrznych przejawów emocji, mechanizm tłumienia powoduje osłabienie procesów poznawczych (np. pogorszenie pamięci i efektywności przetwarzania treści) oraz fizjologicznych (pobudzenie współczulnego układu nerwowego). Zdaniem Grossa, dane konsekwencje wynikające z tłumienia są rezultatem intensywnego wysiłku poznawczo-emocjonalnego związanego z zahamowaniem reakcji emocjonalnej.



W przeciwieństwie do tłumienia, poznawcza reinterpretacja angażowana jest na wcześniejszym etapie procesu emocjonalnego, co umożliwia redukcję przejawów emocji bez jednoczesnego wzrostu obciążenia fizjologicznego (Egoff, Schmukle, Burns i Schwerdtfeger, 2006, za: Szczygieł, 2014, s.199). Mniejsza „zasobochłonność” reinterpretacji wynika z faktu, że nie wymaga ona ciągłego monitorowania własnych stanów emocjonalnych. W sytuacji, gdy emocje zostają przeformułowane poznawczo jako mniej znaczące lub niepożądane, nie dochodzi do ich pełnej aktywacji, co sprawia, że dalsze działania regulacyjne nie są konieczne. Dzięki temu poznawcze zasoby mogą być wykorzystywane do realizacji innych zadań, takich jak przetwarzanie lub zapamiętywanie informacji.

Chociaż Gross unika jednoznacznego rozgraniczenia wymienionych wyżej strategii regulacyjnych na adaptacyjne i nieadaptacyjne, jego stanowisko sugeruje, że regulacja wyprzedzająca wykazuje większą skuteczność niż korygująca (Gross, 2014). Autor twierdzi, że kluczowym czynnikiem warunkującym efektywność regulacji emocji jest wycucie właściwego etapu w procesie emocjonalnym, który umożliwia podjęcie działań o charakterze prewencyjnym, zanim reakcja emocjonalna w pełni się rozwinie (Gross, 1998). Regulacja emocji o działaniu wyprzedzającym pełni zatem funkcję zapobiegawczą, ponieważ ingeruje w przebieg procesu emocjonalnego na jego wczesnym etapie, zanim uruchomione zostaną wszystkie komponenty reakcji emocjonalnej. Natomiast strategie korekcyjne oddziałują na ukształtowany zestaw procesów emocjonalnych, obejmujących pobudzenie fizjologiczne, doświadczanie i ekspresję emocjonalną.

2.4 Tłumienie ekspresji emocjonalnej a zdrowie psychiczne i somatyczne

Wśród zachowań związanych z regulacją stanu emocjonalnego na szczególną uwagę zasługuje zjawisko tłumienia emocji oraz jego konsekwencje. Znaczenie pomiaru ekspresji emocjonalnej wzrasta szczególnie w kontekście wyników badań naukowych wskazujących na istotne powiązania między wyrażaniem emocji a występowaniem różnorodnych chorób. Schorzenia psychosomatyczne nierzadko współwystępują z niewyrażonymi emocjami, które nie znalazły werbalnego ujścia. Podobna zależność może być obserwowana w kontekście chorób onkologicznych.

Tendencja do tłumienia emocji, szczególnie tych o negatywnym charakterze, jest relatywnie stałą cechą osób, których cechuje wysoki poziom uspołecznienia oraz sztywne



podporządkowanie się obowiązującym normom społecznym. Niemniej jednak wielu autorów zajmujących się tą problematyką, prezentuje zbieżne stanowisko twierdząc, że emocje które nie znajdują ujścia, są powtarzane i występują przez dłuższy czas, mogą stać się przyczyną rozwoju różnego rodzaju zaburzeń i dolegliwości o charakterze psychosomatycznym (Jarosz, 1987; Everly i Rosenfeld, 1992, za: Greer i Watson, 2012, s.59).

Pennebaker, Barger i Tiebout (1989, za: Korzewski, 2015, s.384) zwracają uwagę, że długotrwałe tłumienie emocjonalnej ekspresji oraz myśli wiąże się z nasileniem aktywności współczulnego układu autonomicznego. Utrzymywanie się takiego stanu przez dłuższy czas może prowadzić do efektu skumulowanego stresu, który w konsekwencji zwiększa ryzyko rozwoju chorób psychosomatycznych. Szczególne znaczenie przypisuje się w tym procesie trudnościom w werbalizowaniu swoich przeżyć i problemów u osób doświadczających przewlekłego stresu. Kofta (1979) również zaznaczał, że hamowanie zewnętrznego wyrażania emocji może intensyfikować ich przebieg, prowadząc do przedłużonego utrzymywania się emocji w postaci wzmożonego napięcia emocjonalnego. W niektórych przypadkach to może skutkować nagłą utratą panowania nad sobą.

Podobne stanowisko zajmują Pennebaker i Traue (1993, za: Korzewski, 2015, s.384), wskazując, że tłumienie ekspresji negatywnych emocji towarzyszących sytuacjom stresogennym, uruchamia stan dystresu, co prowadzi do osłabienia fizjologicznej odporności organizmu, a w dalszej perspektywie – do zwiększenia podatności na choroby somatyczne. Dodatkowo osoby charakteryzujące się skłonnością do silnego przeżywania negatywnych emocji, przy jednoczesnym ograniczaniu ich wyrażania, częściej sięgają po substancje psychoaktywne w celu czasowego zmniejszenia nasilenia przeżyć emocjonalnych. Tego rodzaju strategii radzenia sobie, mimo krótkoterminowego efektu redukującego napięcie, wiążą się z podwyższonym ryzykiem zdrowotnym.

Z perspektywy psychologicznej podkreśla się, że umiejętność adekwatnego wyrażania emocji – zwłaszcza tych trudnych – jest korzystna dla dobrostanu psychicznego, dlatego też jej rozwijanie znajduje zastosowanie w różnych formach psychoterapii (Greer i Watson, 2012). Zdolność do swobodnego i pełnego wyrażania emocji stanowi istotny element mechanizmu samoregulacji, sprzyjający skutecznemu radzeniu sobie w warunkach stresu oraz wspierający adekwatne funkcjonowanie w kontekście społecznym.



Powyższe rozważania dotyczące złożonej i wielowymiarowej natury procesu kontroli emocjonalnej umożliwiają stwierdzenie, że może być ona rozumiana z jednej strony jako proces obejmujący inicjację, podtrzymywanie, monitorowanie oraz modyfikację emocji w trakcie ich przebiegu, z drugiej zaś – jako zespół określonych umiejętności oraz mechanizmów funkcjonujących w ramach szerszego systemu regulacji emocjonalnej. Mechanizmy te są ściśle związane z neurobiologicznymi aspektami funkcjonowania organizmu oraz mocno osadzone w kontekście kulturowym i społecznym, w którym jednostka funkcjonuje. Ich kształtowanie odbywa się równoległe z rozwojem psychofizjologicznym oraz w przebiegu procesów socjalizacji. Efektywna regulacja emocji pozwala na świadome, zamierzone i sytuacyjnie adekwatne ujawnianie przeżywanego stanów emocjonalnych.

W zależności od przyjętej koncepcji teoretycznej – akcentującej strukturalny bądź procesualny wymiar emocji – wyróżnia się różnorodne komponenty oraz strategie regulacji emocji, przebiegające z większym lub mniejszym zaangażowaniem procesów poznawczych.

W kontekście niniejszej pracy zasadne jest skupienie się na procesualnym ujęciu procesu emocjonalnego oraz na analizie strategii regulacyjnych, gdyż u osób z zaburzeniami odżywiania obserwuje się trudności zarówno na etapach identyfikowania, jak i wyrażania emocji. W związku z tym szczególnego zainteresowania wymaga strategia tłumienia reakcji emocjonalnych, rozumiana jako forma nieadaptacyjnej regulacji. Jej konsekwencje dla funkcjonowania psychicznego i somatycznego jednostki stanowią istotny obszar badawczy, zwłaszcza że istnieją podstawy, by przypuszczać, iż zaburzone wzorce żywieniowe mogą pełnić funkcję zastępczego, choć nieefektywnego, sposobu radzenia sobie z niewyrażonymi emocjami. Kwestii tej poświęcona zostanie dalsza część analizy.



Rozdział 3. Procesy emocjonalne a zachowania żywieniowe

3.1 Doświadczanie emocji a odżywianie się

Spożywanie pokarmów pełni przede wszystkim funkcję związaną z zaspokojeniem potrzeby fizjologicznej (Józefik, 2014). Pożywienie pełni podstawową funkcję energetyczną – odpowiednia jego ilość i jakość umożliwiają utrzymanie optymalnego poziomu energii, co sprzyja dobremu samopoczuciu psychicznemu. Z kolei niedobory składników odżywczych mogą skutkować obniżeniem poziomu energii i wywoływać obniżenie nastroju. Co więcej, jedzenie odgrywa ważną rolę w zapewnianiu poczucia bezpieczeństwa, budowaniu oraz utrzymywaniu więzi interpersonalnych. Może być także wyrazem troski, miłości, szacunku czy potrzeby kontroli, a także środkiem manifestowania przynależności do danej grupy społecznej (Józefik, 2014; Ziółkowska i Mroczkowska, 2012). Dodatkowo, jedzenie może służyć jako narzędzie regulowania emocji – zarówno poprzez doświadczanie własnych emocji, jaki i okazywanie uczuć innym. W ten sposób żywność może pełnić funkcję wsparcia emocjonalnego w momentach smutku czy obniżonego nastroju, a także działać jako mechanizm redukcji napięcia i stresu (Niewiadomska, Kulik i Hajduk, 2005).

Emocjonalny stan osoby ma istotny wpływ na wybory żywieniowe. Spożywanie pokarmu może nie tylko obniżać intensywność negatywnych przeżyć emocjonalnych (Ogińska-Bulik, 2004), lecz także wzmacniać pozytywne stany afektywne (Ogden, 2010). Doznawany afekt wpływa zarówno na jakość, jak i na ilość przyjmowanego pożywienia oraz na częstotliwość konsumpcji określonych produktów. W kontekście zależności między emocjami a jedzeniem warto zaznaczyć, że każda osoba ma ustrukturyzowaną postawę wobec pożywienia, która reguluje (a) procesy poznawcze, (b) afektywne oraz (c) behawioralne związane z odżywianiem (Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk, 2009).

Aspekt poznawczy tej postawy dotyczy bezpośrednio wiedzy, świadomości żywieniowej, a także z przekonań i poglądów dotyczących odżywiania się. Poziom wiedzy i świadomości dotyczącej prawidłowego odżywiania się jest silnie zróżnicowany i pozostaje pod wpływem szeregu zmiennych: wykształcenia, płci, wieku, grupy zawodowej (Czeczor i Brytek-Matera, 2017). Kontrola poznawcza stanowi kluczowy element kształtowania nawyków związanych z jedzeniem, przy czym skuteczność tej kontroli może być modulowana przez czynniki zewnętrzne, takie jak np. reklamy wizualne prezentujące określone produkty (Hall i inni, 2014).



Z kolei komponent emocjonalny powiązany jest z kształtowaniem się preferencji żywieniowych, które formują się w toku życia w określonych kontekstach emocjonalnych, towarzyszących spożywaniu jedzenia (Czarnocińska, Babicz-Zielińska, Wądołowska, Kowalkowska i Jeżewska-Zychowicz, 2013). Preferencje smakowe tłumaczy mechanizm *food-mood connection*, według którego podczas jedzenia dochodzi do polisensorycznej asocjacji bodźców, czyli powiązania bodźców (m.in. smakowych, zapachowych, wzrokowych, słuchowych) z równoczesnym stanem emocjonalnym jednostki. Takie wielozmysłowe doświadczenie tworzy doznanie, które kształtowane jest zarówno przez doświadczenia osobiste (ontogenetyczne), jak i uwarunkowania ewolucyjne (filogenetyczne) (Boryta-Gojnym 2014, za: Czeczor i Brytek-Matera, 2017, s.23). Mechanizm *food-mood connection* funkcjonuje w ścisłym związku z działaniem neuroprzekaźników, takich jak serotonina, kwas gamma-aminomasłowy (GABA) o działaniu uspokajającym oraz dopamina, która wykazuje działanie pobudzające (Challem, 2006, 2007, za: Czeczor i Brytek-Matera, 2017, s.21). Spożycie odpowiednich produktów wiąże się zatem z regulacją funkcjonowania danych neuroprzekaźników, co również przekłada się na zmianę stanu afektywnego osoby.

Zgodnie z wynikami badań (Babicz-Zielińska, Rybowska i Zabrocki, 2006), konkretne stany emocjonalne wpływają na wybór określonych kategorii produktów spożywczych. Przykładowo, uczucie złości wiąże się ze zwiększonym spożyciem słodczy oraz alkoholu, smutek z preferencją dla chipsów i słodczy, a zmęczenie skłania do sięgania po owoce i jogurty. W sytuacjach stresowych dominują słodczy i alkohol, natomiast stany radości sprzyjają większej konsumpcji owoców i lodów. Zdecydowana większość produktów wybieranych podczas wzmożonego napięcia emocjonalnego cechuje się wysoką zawartością cukrów. Jednym z wytłumaczeń tego zjawiska są dane, że spożywanie produktów o słodkim smaku może przyczyniać się do osłabienia nieprzyjemnych odczuć emocjonalnych oraz do spadku samokontroli w zakresie ilości zjadanych słodczy – efekt ten jest szczególnie widoczny u kobiet.

Behawioralny komponent postawy wobec jedzenia obejmuje konkretne działania żywieniowe podejmowane przez jednostkę, takie jak wybór, zakup, planowanie oraz przygotowanie produktów spożywczych (Czarnocińska i in., 2013). W przypadku osób, u których występują zaburzenia w zakresie samoregulacji emocji, zachowania żywieniowe przyjmują patologiczny charakter. Przejawia się to m.in. w nieadekwatnej ilości, jakości i częstotliwości



spożywanego pokarmu, co obserwuje się przykładowo w epizodach kompulsywnego objadania się charakterystycznych dla bulimii psychicznej lub zespołu napadowego objadania się.

Wspomniane wcześniej komponenty – poznawczy, emocjonalny i behawioralny – pozostają we wzajemnej zależności i wspólnie kształtują ogólną postawę danej osoby wobec pożywienia. W dalszej części opracowania zostanie przedstawiona analiza wpływu komponentu emocjonalnego na zachowania żywieniowe jednostki. W omawianym kontekście istotne znaczenie ma zarówno znak (walencja) przeżywanych emocji, jak i ich intensywność.

Przeprowadzono liczne badania mające na celu weryfikację, czy doświadczane przez osobę negatywne emocje mogą mieć wpływ na ilość spożywanego przez nią jedzenia. Wyniki tych badań nie są jednoznaczne. Przykładowo, dane uzyskane przez Macht i Simons (2000, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.30) opierające się na samoobserwacji osób badanych wskazują, że złość jest uczuciem, które najczęściej wiąże się u kobiet z intensywnym odczuwaniem głodu. W sytuacjach odczuwania złości sięgają po jedzenie bardziej impulsywnie niż wtedy, gdy doświadczają lęku bądź smutku.

Istnieją również badania, które wykazują odmienne rezultaty, zgodnie z ich wynikami pod wpływem złości, lęku, smutku czy zmęczenia kobiety spożywają zauważalnie mniej pożywienia, natomiast uczuciem, które najbardziej stymuluje je do jedzenia, jest nuda (BabicZ-Zielińska i in., 2006).

Kolejne badania zgłębiające temat związku pomiędzy negatywnym afektem a ilością przyjmowanego pokarmu wykazały, że osoby znajdujące się pod wpływem negatywnych emocji spożywają więcej jedzenia w porównaniu do osób będących w stanie emocjonalnie neutralnym (Baumeister, Heatherton i Tice, 2000). Związek lęku i jedzenia potwierdziły wyniki badań, z których wynika, że osoby odczuwające lęk jedzą szybciej i w większych ilościach niż w neutralnym stanie emocjonalnym (Baumeister i in., 2000; Ogińska-Bulik, 2004).

Interesujące wyniki badań przedstawili Loxton, Sawe i Cachill (2001), które według autorki danej pracy mogą stanowić wyjaśnienie niespójności obserwowanych w rezultatach innych analiz. Zgodnie z przedstawionymi danymi, u osób, które wprowadzono w stan obniżonego nastroju, obserwuje się spadek apetytu. Natomiast chęć sięgnięcia po jedzenie rośnie, gdy zostają one wystawione na bodźce związane z jedzeniem (w odróżnieniu od sytuacji, gdy bodźce nie



dotyczą jedzenia). W eksperymentach wykazano, że ten mechanizm zależny jest od negatywnego nastroju oraz przyjętego stylu odżywiania. Otrzymane rezultaty sugerują, że obniżony nastrój może sprzyjać nadmiernemu jedzeniu, lecz tylko wtedy, gdy występuje ekspozycja na jedzeniowe bodźce oraz u osób, które doświadczyły w przeszłości utraty kontroli nad jedzeniem. Może to prowadzić do wniosku, że w analizie relacji pomiędzy negatywnym afektem a zachowaniami żywieniowymi konieczne jest uwzględnienie szerszego zakresu zmiennych, ponieważ ograniczenie się wyłącznie do badania korelacji pomiędzy afektem a ilością spożywanego pokarmu może prowadzić do uzyskania niepełnych wyników.

Nie tylko same emocje, ale także ich kontrola mogą odgrywać znaczącą rolę w kontekście rozwoju zaburzeń związanych z jedzeniem. Istnieją badania, wyniki których pokazują, że osoby, którym powierzono zadanie tłumienia negatywnych emocji, konsumują więcej jedzenia w porównaniu z tymi, które nie otrzymały takiej instrukcji (Evers, Stok i De Ridder, 2010).

W świetle zaprezentowanych wyników badań zasadne wydaje się sformułowanie założenia o istnieniu dwóch mechanizmów działających w kontekście odżywiania: jeden sprzyjający adaptacyjnemu, zdrowemu odżywianiu, a drugi potencjalnie prowadzący do rozwoju zaburzonych zachowań żywieniowych. W przypadku pierwszego mechanizmu – czyli jedzenia zgodnie z emocjami – pozytywne emocje stymulują do poszukiwania pożywienia i podnoszą poziom motywacji do spożywania pokarmu, natomiast emocje negatywne osłabiają ten proces, prowadząc do spadku aktywności związanej z poszukiwaniem pokarmu oraz obniżonej motywacji do jego spożycia. Drugi mechanizm – jedzenie regulujące emocje – opiera się na tym, że jedzenie pełni rolę regulatora stanu afektywnego. Istotne znaczenie odgrywa tutaj proces kojarzenia określonych produktów z emocjami doświadczanymi w momencie ich spożywania (Czepczor i Brytek–Matera, 2017), wpływ intensywności oraz walencji afektu na procesy fizjologiczne, a także poziom świadomości oraz zdolności osoby do samoregulacji emocjonalnej.

3.2 Jedzenie emocjonalne: definicja, charakterystyka, koncepcje

W kontekście analizy jedzenia motywowanego emocjonalnie istotne jest dokonanie rozróżnienia pomiędzy głodem fizjologicznym i głodem emocjonalnym.

Termin „głód” odnosi się fizjologicznego stanu organizmu wynikającego z niedoboru określonych substancji odżywczych. Tym samym głód stanowi przejaw potrzeby biologicznej, która uruchamia mechanizmy popędowe ukierunkowane na jej zaspokojenie (Franken, 2005).



Według Blundella (1979, za: Beaulieu i Blundell, 2020, s.565) głód można uznać za rozpoznawalne, świadome doznanie (*conscious sensation*), które da się odróżnić od innych stanów świadomości (np. bólu, strachu, choroby itp.). Głód stanowi biologicznie istotne doznanie, które sygnalizuje organizmowi potrzebę podjęcia działań ukierunkowanych na poszukiwanie lub spożycie pożywienia. Jest on przede wszystkim biologicznie zainicjowaną potrzebą zdobycia pożywienia niezbędnego do życia. Z tego względu głód może być traktowany jako mierzalna cecha biologiczna człowieka, która pozwala przewidywać gotowość do spożycia pokarmu oraz ilość jedzenia, jaka zostanie przyjęta (Stubbs i in., 2000, za: Beaulieu i Blundell, 2020, s.566).

Badania empiryczne wskazują, że głód jest wyraźnie powiązany z sygnałami biologicznymi (np. spoczynkową przemianą materii czy niektórymi peptydami żołądkowo-jelitowymi), odgrywa również kluczową rolę w relacji pomiędzy wydatkiem energetycznym a spożyciem energii (Beaulieu i Blundell, 2020). Uwzględniając przytoczone ujęcia terminologiczne, można stwierdzić, iż z perspektywy psychobiologicznej głód może być rozumiany jako wyraz „stanu potrzeby”, który pośredniczy pomiędzy biologicznymi wymaganiami a środowiskowym (żywieniowym) zaspokojeniem.

Istotne jest uznanie, że głód nie stanowi ani warunku koniecznego, ani wystarczającego dla wystąpienia aktu jedzenia; chociaż niewątpliwie jest istotnym czynnikiem w procesie odżywiania. Ludzie częściej sięgają po jedzenie, gdy odczuwają głód, niż gdy są syści. Aby osoba doświadczyła potrzeby zaspokojenia głodu, niezbędne jest, aby organizm generował odpowiednie sygnały – takie jak np. skurcze ścian żołądka – które muszą zostać poprawnie zinterpretowane (Croll, 2010; Gawęcki, 2012). U osób z zaburzeniami odżywiania często obserwuje się trudności w prawidłowym rozpoznawaniu stanów głodu i sytości (Croll, 2010). Ograniczenia w przyjmowaniu pokarmu mogą zaburzać funkcjonowanie ośrodka głodu (zlokalizowanego w bocznej części podwzgórza) oraz ośrodka sytości (umiejscowionego w brzuszno-przysrodkowej części podwzgórza). Tego rodzaju zakłócenia mogą być również związane z osłabieniem funkcji emocjonalnych, co objawia się zaburzeniami w komunikacji między ośrodkami głodu i sytości a miejscem wysyłania sygnałów odpowiadających za percepcję emocji (Gawęcki, 2012). Restrykcyjne nawyki żywieniowe, podobnie jak epizody objadania się i przeczyszczania, prowadzą do zakłóceń w działaniu neuropeptydów, co z kolei destabilizuje mechanizmy związane z regulacją potrzeby jedzenia (Croll, 2010).



Podobnie jak głód, apetyt również stanowi bodziec do spożywania pokarmu, lecz ma podłoże psychologiczne i nabyty charakter. Jest postrzegany jako doznanie przyjemne w przeciwieństwie do głodu, który zwłaszcza w intensywnej postaci, jest kojarzony z cierpieniem i negatywnymi doświadczeniami (Sibilia, 2010). Termin apetyt odnosi się do chęci spożycia konkretnego rodzaju pożywienia, niezależnie od fizjologicznych mechanizmów regulujących głód. To zjawisko inicjuje zachowania żywieniowe, które ukierunkowane są przede wszystkim na realizację potrzeb o charakterze psychicznym, a nie biologicznym (Franken, 2005). W przypadku osób zmagających się z bulimią, zespołem napadowego objadania się, a także u osób z otyłością nierzadko obserwuje się silną potrzebę spożycia pokarmu, mimo braku fizjologicznych oznak głodu. Zwiększona potrzeba spożywania pokarmu nie jest w tym przypadku skutkiem działania mechanizmów metabolicznych, co skłania do refleksji nad tym, czy odczuwany głód ma charakter fizjologiczny, czy raczej emocjonalny (Sibilia, 2010). Zjawisko to prawdopodobnie wynika z innych istotnych funkcji, które pełni jedzenie – psychologicznych, społeczno-kulturowych, interpersonalnych, ekonomicznych oraz duchowych (Czepczor i Brytek–Matera, 2017). W obecnym środowisku sprzyjającym otyłości nie można pomijać roli jedzenia napędzanego hedonistycznie, czyli motywowanego potrzebą przyjemności wynikającej ze smaku (Berthoud i in., 2017, za: Beaulieu i Blundell, 2020, s.566).

Spożywanie posiłków może pełnić rolę wyrazu uczuć, takich jak miłość czy troska, a także stanowić narzędzie zaspokajania potrzeby poczucia bezpieczeństwa. Jedzenie bywa także wykorzystywane w celach wychowawczych – przykładowo, rodzice mogą stosować je jako formę nagrody w celu wzmocnienia pożądanых zachowań, bądź jako element kary, ograniczając dostęp do ulubionych produktów w odpowiedzi na niepożądane postępowanie dziecka. Chociaż taka forma kontroli nad dostępnością jedzenia może okazać się efektywna w krótkoterminowej modyfikacji zachowania, badania wykazują, że jej długofalowe skutki mogą być negatywne – osoby, które w dzieciństwie doświadczyły tego rodzaju praktyk, są bardziej podatne na występowanie zaburzeń odżywiania w dorosłym życiu (Szczygieł i Kadzikowska-Wrzosek, 2014).

Reasumując powyższe rozważania można stwierdzić, że przyczyny odczuwania głodu są ściśle powiązane ze stanem funkcjonowania afektywnego jednostki. W literaturze naukowej wyróżnia się pojęcie głodu emocjonalnego, który pojawia się na skutek działania przeżywanych emocji oraz wcześniejszych doświadczeń związanych z jedzeniem określonych produktów.



Wyróżnia się kilka podstawowych cech odróżniających głód emocjonalny od głodu fizjologicznego, do których należą:

- a) Moment wystąpienia – głód emocjonalny pojawia się nagle i niespodziewanie, w przeciwieństwie do stopniowo narastającego głodu fizycznego, który nasila się wraz z postępującym niedoborem energii w organizmie.
- b) Preferowanie określonych produktów – osoby doświadczające głodu emocjonalnego zazwyczaj wybierają konkretne, często wysokokaloryczne produkty, często należące do kategorii tzw. „comfort food”, w odróżnieniu od większej otwartości na różnorodne grupy żywności w przypadku głodu fizycznego.
- c) Potrzeba natychmiastowego zaspokojenia – głód emocjonalny charakteryzuje się silną chęcią szybkiego wypełnienia emocjonalnej pustki, co kontrastuje z fizycznym głodem, który dopuszcza możliwość odroczenia posiłku w czasie.
- d) Poczucie sytości – przy emocjonalnym jedzeniu często kontynuuje się spożywanie pokarmów mimo odczuwanej pełności w żołądku, aż do osiągnięcia wewnętrznego komfortu, podczas gdy przy głodzie fizjologicznym pojawienie się sygnałów sytości zwykle prowadzi do zakończenia jedzenia.
- e) Występowanie poczucia winy – po spożyciu jedzenia związanego z emocjonalnym głodem częściej pojawiają się negatywne emocje, takie jak wyrzuty sumienia i poczucie winy, niż w sytuacjach, gdy jedzenie było odpowiedzią na realną, biologiczną potrzebę organizmu (Stellpflug, 2010).

Głód emocjonalny powoduje przymus spożywania pokarmów w sytuacji, gdy nie występuje fizjologiczne odczucie głodu. Tego rodzaju zachowanie wynika z potrzeby zaspokojenia innych pragnień niż potrzeba energetyczna organizmu albo pod wpływem mechanizmu powiązania między nastrojem a jedzeniem (*food-mood connection*), w którym spożywanie pokarmu powiązane jest z wcześniejszymi doświadczeniami skutków jego konsumpcji. Dostępność produktów postrzeganych przez osobę jako smaczne – w wyniku wcześniejszego procesu warunkowania takiej reakcji – zwiększa prawdopodobieństwo ich konsumpcji bez fizycznej potrzeby (Stellpflug, 2010). Wyniki badań pokazują, że dzieci oraz adolescenty z nadmierną masą ciała uzyskują wyższe wyniki w pomiarach skłonności do jedzenia



pod wpływem negatywnych emocji, mimo braku fizycznego głodu – co odróżnia ich od takiej samej grupy wiekowej o prawidłowej wadze. Warto jednak zaznaczyć, że pod względem częstości sięgania po jedzenie w odpowiedzi na czynniki zewnętrzne, takie jak nuda czy zmęczenie, nie obserwuje się istotnych różnic między badanymi grupami (Tanofsky-Kraff i in., 2008). Dodatkowo, poza wskaźnikiem masy ciała, elementem istotnie wpływającym na częstotliwość jedzenia w sytuacji braku głodu fizjologicznego jest także poziom kontroli jedzenia. Osoby doświadczające epizodów utraty kontroli nad jedzeniem wykazują większą skłonność do częstszego spożywania pokarmów w odpowiedzi na negatywne emocje, zmęczenie lub nudę oraz jako reakcję i na bodźce zewnętrzne w porównaniu do osób, które nie zgłaszają takich epizodów. Wszystkie te trzy mechanizmy, związane z jedzeniem bez obecności głodu fizycznego, są dodatnio skorelowane z emocjonalnym jedzeniem, które pojawia się w odpowiedzi na uczucia takie jak smutek, lęk, złość, frustracja oraz niesprecyzowany dyskomfort emocjonalny (Tanofsky-Kraff i in., 2008). Z badań (Perez-Morelez i in., 2014, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.53) wynika, że kobiety częściej niż mężczyźni wykazującą skłonność do spożywania pokarmu w odpowiedzi na negatywne emocje bez występowania głodu fizjologicznego. W przypadku dzieci w wieku od trzech do sześciu lat zauważono, że niższy poziom funkcji wykonawczej wiąże się z częstszym jedzeniem mimo braku fizjologicznego głodu. Dodatkowo, intensywniejsze pobudzenie emocjonalne sprzyja konsumpcji pokarmu nawet w sytuacji, gdy organizm nie sygnalizuje potrzeby jedzenia, co obserwuje się szczególnie u dzieci z ograniczoną zdolnością do samoregulacji emocjonalnej (Pieper i Laugero, 2013, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.53).

Istnienie emocjonalnych uwarunkowań w odczuwaniu głodu i sytości potwierdzają wyniki badań, według których postrzegany poziom głodu może pełnić rolę moderatora w relacji między lękowym stylem przywiązania a skłonnością do jedzenia emocjonalnego (Alexander i Siegel, 2013). Osoby z pozabezpiecznym stylem przywiązania wykazują niższą świadomość interoceptywną, co wiąże się z trudnościami w trafnym rozpoznawaniu i interpretacji własnych stanów emocjonalnych. Odczuwane emocje mogą być przez nich odbierane jako symptomy niedoboru energetycznego, czyli głodu. Taka interpretacja zwiększa ryzyko sięgania po jedzenie w reakcji emocjonalnej i prowadzi do rozwoju głodu emocjonalnego.

Spożywanie pokarmów pod wpływem emocji może także pełnić funkcję moderatora pomiędzy doświadczaniem stresu a jedzeniem, przybierając formę radzenia sobie z napięciem.

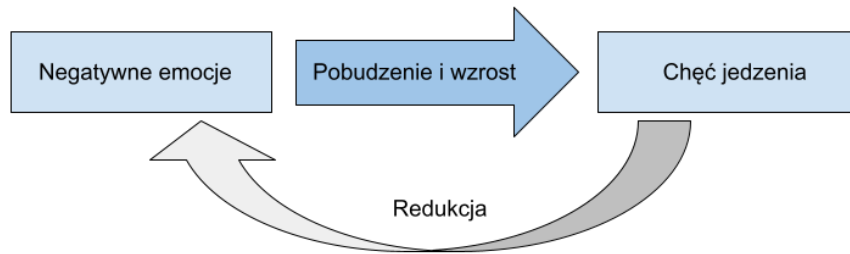


Wyniki badań sugerują, że u podstaw nieprawidłowych wzorców związanych z odżywianiem się może leżeć typ reakcji na stres. Wystąpienie związku pomiędzy dystresem a jedzeniem zostało potwierdzone u kobiet wykazujących reakcję redukcji głodu natychmiast w odpowiedzi na stres. Jedzenie emocjonalne odgrywa funkcję moderatora pomiędzy dystresem a spożyciem pokarmu również u osób charakteryzujących się wysoką zdolnością do kontroli impulsów. Jednym z możliwych wyjaśnień uzyskanych rezultatów może być stosowanie dietetycznych restrykcji oraz przejawianie cech patologicznego jedzenia, które mają związek z aktualnym stanem emocjonalnym jednostki (Czepczor i Brytek–Matera, 2017).

W literaturze naukowej jedzenie emocjonalne opisuje się jako spożywanie nadmiernych ilości jedzenia w odpowiedzi na stres i emocje, niezależnie od fizjologicznych sygnałów głodu i sytości. Skłonność do jedzenia w reakcji na stres i emocje znajduje potwierdzenie w licznych badaniach, w których akt spożywania pokarmów traktowany jest jako sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami, redukcji napięcia, poprawy nastroju oraz odwrócenia uwagi od trudnych przeżyć i sytuacji.

Pojęcie jedzenia emocjonalnego oraz tzw. emocjonalnych zjadaczy zostało zaproponowane przez Bruch w 1964 roku (Czepczor i Brytek–Matera, 2017) na podstawie obserwacji osób z nadmierną masą ciała i otyłością. Jak pokazały wyniki danej obserwacji, wysoka masa ciała ma związek z trudnościami w adekwatnej ocenie sygnałów sytości – osoby te mogą postrzegać odczuwane emocje jako głód. W literaturze przedmiotu opisano wiele teorii próbujących wyjaśnić etiologię oraz mechanizmy leżące u podstaw emocjonalnego jedzenia. Jedną z nich jest koncepcja psychosomatyczna (*psychosomatic theory*) autorstwa Bruch, według której odczuwanie negatywnych emocji prowadzi do zwiększonego spożycia pokarmu. W danym ujęciu jedzenie pełni funkcję redukującą intensywność nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, a proces nadmiernego jedzenia jest skutkiem przeżywania negatywnego afektu.





Rysunek 5. Relacja pomiędzy negatywnymi emocjami a jedzeniem wg koncepcji psychosomatycznej Bruch.

(Źródło: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.59)

W momencie doświadczania nieprzyjemnych emocji jednostka odczuwa pobudzenie oraz niepokój. Stan ten może być błędnie interpretowany jako głód, co skutkuje sięgnięciem po pokarm, który tymczasowo łagodzi napięcie emocjonalne. Ze względu na to, że jedzenie działa jako tymczasowy regulator emocji, dochodzi do ponownego obniżenia stanu afektywnego. Dane rozumienie jedzenia emocjonalnego wiązane jest z dysfunkcyjną aktywnością osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, której zadaniem jest m.in. tłumienie uczucia głodu w sytuacjach stresowych (Gold i Chrousos, 2002, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.60). Dodatkowo, mechanizm ten może być potęgowany przez obniżony poziom świadomości interceptowanej, charakterystyczny dla osób skłonnych do emocjonalnego jedzenia (van Strien i Ouwens, 2007).

Alternatywne wyjaśnienie zjawiska emocjonalnego jedzenia oferuje koncepcja *self-licensing* odwołująca się do fenomenu usprawiedliwiania samego siebie (De Witt Huberts, Evers i De Ridder, 2012). Zgodnie z nią, osoby usprawiedliwiają swoje zachowania, przypisując ich przyczynę okolicznościom zewnętrznym, co pozwala na redukcję poczucia winy. Jednostki sięgające po nadmierne ilości pożywienia w sytuacjach emocjonalnych tłumaczą swoje zachowanie tym, że trudne i wyczerpujące okoliczności przekraczają ich możliwości kontrolowania sposobu odżywiania się. Spożycie jedzenia traktowane jest więc jako forma ulgi, która obniża napięcie psychiczne i poprawia samopoczucie.

W danym kontekście istotną rolę odgrywa także zdolność do samokontroli, która wpływa na tendencję do nadmiernego jedzenia w odpowiedzi na emocje (Baumeister i in., 2000). Samokontrola stanowi poznawczy mechanizm umożliwiający jednostce dostosowanie zachowania do określonych zasad i norm w celu utrzymania homeostazy. Poprzez proces samoregulacji człowiek jest w stanie odrzucać impulsy oceniane jako szkodliwe i niepożądane. Poziom tej



zdolności zależy jednak od wielu czynników, w tym dostępnych zasobów, aktualnego nastroju, istniejących norm, nasilenia napotkanych trudności oraz stosowanych ograniczeń. Baumeister i współautorzy (2000) zwracają uwagę na to, że w sytuacjach podwyższonego napięcia emocjonalnego dochodzi do osłabienia mechanizmów samoregulacyjnych, co skutkuje obniżeniem zdolności do kontrolowania i monitorowania zachowań żywieniowych.

3.3 Komponent emocjonalny w wybranych zaburzeniach odżywiania

Zgodnie z wcześniejszymi analizami zawartymi w rozdziale 1, etiologię oraz mechanizmy powstawania i utrzymywania się zaburzeń odżywiania należy analizować w ujęciu wielopoziomowym, obejmującym czynniki biologiczne, psychologiczne, rodzinne i społeczno-kulturowe. Wśród kluczowych determinantów zaburzeń odżywiania podkreśla się znaczenie funkcjonowania w sferze afektywnej. Wyniki badań longitudinalnych wskazują, że intensywny negatywny afekt oraz zaburzenia nastroju występujące u rodziców mogą stanowić istotny czynnik ryzyka w rozwoju zaburzeń odżywiania u dzieci. Dodatkowo, patologiczne zachowania żywieniowe często współwystępują z zaburzeniami nastroju (Czepczor i Brytek–Matera, 2017). Osoby dotknięte zaburzeniami odżywiania wykazują również specyficzne wzorce radzenia sobie z trudnymi emocjami i stresem, i charakteryzują się niższym poziomem inteligencji emocjonalnej (Boyd, 2006).

Badania przeprowadzone przez Boyda (2006) wykazały również, że kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania charakteryzują się wyższym nasileniem emocjonalnego jedzenia, niż kobiety, które mają w swojej historii epizody zaburzeń odżywiania oraz te, które nie doświadczyły takich problemów. Wszystkie grupy badane prezentują podobny poziom ekspresji gniewu, lecz różnią się strategiami radzenia sobie ze stresem. U kobiet, które w przeszłości zmagaly się z zaburzeniami odżywiania, częściej obserwuje się styl skoncentrowany na unikaniu, który polega na dążeniu do kontaktów towarzyskich jako formy odwrócenia uwagi od stresu, niż u osób z aktualnie występującymi zaburzeniami odżywiania. Z kolei grupa kontrolna cechuje się mniejszą tendencją do koncentrowania się na emocjach w sytuacjach stresowych, w porównaniu do grupy klinicznej.

Podsumowując powyższe dane, można stwierdzić, że osoby aktualnie lub w przeszłości chorujące na zaburzenia odżywiania cechują się wyższym nasileniem objawów



psychopatologicznych w obszarach takich jak: regulacja emocji, radzenie sobie ze stresem czy kontrola nad procesami żywieniowymi.

3.3.1 Komponent emocjonalny w jadłowstręcie psychicznym

Komponent emocjonalny w anoreksji psychicznej powiązany jest zarówno z intensywnym lękiem (w tym lękiem przed przybraniem na wadze) oraz depresją, jak i z wyraźną chwiejnością emocjonalną, poczuciem niepokoju oraz smutkiem (Polivy i Herman, 2005). Mimo licznych badań naukowych, nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy zaburzenia odżywiania poprzedzają zaburzenia afektywne, czy może są ich następstwem. Wskazuje się jednak, że chroniczny lęk oraz nasilająca się depresja mogą być zarówno czynnikiem wyzwalającym rozwój anoreksji, jak i skutkiem jej występowania, a także że zaburzenia te często współistnieją ze sobą. Ponadto, inne badania pokazują, że poziom aleksytymii jest związany z intensyfikacją symptomów zaburzeń odżywiania, jak również z poziomem depresji, lęku oraz stresu (Czepczor i Brytek–Matera, 2017).

W rodzinach, w których wychowuje się dziecko chorujące na anoreksję psychiczną, można dostrzec wspólne cechy, dotyczące sfery emocjonalnego funkcjonowania (Brytek-Matera, 2008). Przejawia się to w postaci usztywnienia, nadmiernej kontroli, unikania sytuacji konfliktowych, czy też trudności w wyrażaniu negatywnych emocji. Takie środowisko może prowadzić do tego, że osoba cierpiąca na jadłowstręt psychiczny doświadcza przymusu tłumienia własnych uczuć oraz ogranicza odbiór sygnałów z ciała. Skutkiem tego bywa obniżona świadomość interoceptywna, niższy poziom inteligencji emocjonalnej czy też aleksytymia (Eizaguirre, de Cabezón, de Alda, Olariaga i Juaniz, 2004).

Aleksytymia jest pojęciem ściśle związanym z funkcjonowaniem emocjonalnym osób cierpiących na zaburzenia odżywiania. Termin ten pojawił się w latach 60. XX wieku, początkowo aleksytymia była definiowana jako emocjonalny analfabetyzm lub ubogie doświadczanie stanów wewnętrznych. Obecnie za kluczowe wyznaczniki aleksytymii uważa się: (a) trudności w rozpoznawaniu i wyrażaniu emocji, (b) błędną interpretację sygnałów pochodzenia somatycznego i emocjonalnego, (c) trudności w zakresie myślenia wyobrazeniowego, introspekcji i fantazjowania oraz (d) skłonność do konkretnego i mało elastycznego myślenia (Tomalski, 2006). Aleksytymia może być zarówno przyczyną, jak i następstwem rozwoju chorób psychicznych oraz dolegliwości o podłożu somatycznym (Płońska i Czernikiewicz, 2006).



Występowanie aleksytymii u osób z zaburzeniami odżywiania tłumaczone jest nieprawidłowym interpretowaniem sygnałów płynących z ciała, szczególnie w warunkach intensywnego stresu i lęku. U pacjentów z anoreksją zaobserwowano współwystępowanie aleksytymii z emocjonalnym chłodem przejawianym przez matkę, nasilenie cech aleksytymicznych u opiekuna oraz nieodpowiednie reagowanie opiekuna na emocjonalne potrzeby dziecka. Istnieją hipotezy łączące błędne rozpoznawanie emocji z trudnościami w relacji z opiekunem – głównie w okresie niemowlęctwa. Zakładają one, że brak adekwatnej odpowiedzi ze strony rodzica na potrzeby emocjonalne dziecka może skutkować nieumiejętnością rozpoznania własnych stanów emocjonalno-fizjologicznych (De Panfilis, Rabbaglio, Rossi, Zita i Maggini, 2003). W badaniach nad osobami z jadłowstrętem psychicznym wykazano, że charakteryzuje je szeroki zakres cech aleksytymicznych, a dominującą trudnością jest niezdolność do prawidłowego relacjonowania własnych stanów (Pettersson, 2004). Zaobserwowano również, że im dłużej trwa choroba, tym bardziej nasilają się aleksytymiczne. Szacuje się, że cechy te występują u około 64% osób z anoreksją, dla porównania, w przypadku bulimii psychicznej wartości te mieszczą się w przedziale od 51% do 83% (Eizaguirre i in., 2004). W porównaniu z osobami zdrowymi, pacjenci cierpiące na jadłowstręt psychiczny wykazują słabszą zdolność do rozumienia oraz modyfikacji własnych emocji i przejawiają niższy poziom inteligencji emocjonalnej (Hambrook, Brown i Tchanturia, 2012). Badania przeprowadzone przez Lang i in. (2015) wykazują, że dla danej grupy szczególnie trudną do rozpoznania jest emocja smutku. Osoby cierpiące na anoreksję przejawiają ograniczoną zdolność do zidentyfikowania tego stanu emocjonalnego. Badania te potwierdziły również wyniki o gorszym poziomie ogólnej umiejętności rozpoznawania emocji w porównaniu do osób zdrowych.

Najsilniejszym czynnikiem predykcyjnym dla pojawienia się zaburzeń w zakresie inteligencji emocjonalnej – obok objawów charakterystycznych dla anoreksji – jest występowanie stanów lękowych. Dodatkowo zaobserwowano, że u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym aleksytymia współwystępuje z niską reaktywnością emocjonalną, depresją oraz fizyczną i społeczną anhedonią (Deborde i in., 2004, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s. 82).

W obszarze funkcjonowania emocjonalnego osoby z rozpoznaniem anoreksji przejawiają szereg specyficznych cech. Dana grupa pacjentów charakteryzuje się zintensyfikowanym przeżywaniem emocji wstydu i obrzydzenia, głównie wobec własnego ciała oraz siebie samych.



Własna emocjonalność jest postrzegana przez takie osoby jako nieprawidłowa. Odczuwają również potrzebę podporządkowania się oczekiwaniom innych, mając wewnętrzne przekonania typu: „Muszę to zrobić”, „Powinnam to zrobić”. Jednocześnie osoby te postrzegają siebie jako społecznie wyobcowane. Cechuje je również niska świadomość i klarowność przeżywanych emocji, co świadczy o nieprawidłowym funkcjonowaniu w obrębie inteligencji emocjonalnej. W sytuacjach stresowych i w obliczu trudnych przeżyć osoby te często sięgają po strategie o charakterze dezadaptacyjnym, co prowadzi do tłumienia odczuwanych emocji, szczególnie wtedy, gdy mają one związek z sytuacjami konfliktowymi. Ponadto osoby z anoreksją przejawiają skłonność do nasilonego porównywania się z innymi – szczególnie w kontekście przyjętych ideałów – a także do ruminacji oraz uległości (Oldershaw i inni, 2012).

Badania przeprowadzone przez Hambrook i in. (2011) w grupach osób z jadłowstrętem psychicznym oraz z zespołem zmęczenia chronicznego wykazały, że kobiety chorujące na anoreksję psychiczną charakteryzują się wyraźnie silniejszym poziomem lęku w porównaniu zarówno z osobami z zespołem chronicznego zmęczenia, jak i z osobami zdrowymi. Dodatkowo, zarówno pacjentki z anoreksją, jak i osoby z zespołem przewlekłego zmęczenia, przejawiają zbliżony poziom nasilenia objawów depresyjnych, który istotnie przewyższa poziom w grupie kontrolnej. W obu grupach badanych odnotowano podobny wysoki stopień stosowania strategii unikania negatywnego afektu, jak i tendencję do stawiania cudzych potrzeb ponad własnymi oraz trudność w realizacji i wyrażaniu własnych pragnień. Należy zwrócić uwagę na fakt, że grupa pacjentek z anoreksją wykazała największe nasilenie nieprzystosowawczych przekonań związanych z ekspresją emocji.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Racine i Wildes (2015, za Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.84) stwierdzono, że podwyższony poziom emocjonalnej dysregulacji może stanowić czynnik prognostyczny dla nasilenia symptomów jadłowstrętu psychicznego. Wraz z postępowaniem terapii obserwuje się stopniowy spadek nieprawidłowego funkcjonowania emocjonalnego, co idzie w parze z łagodzeniem objawów zaburzeń odżywiania oraz zwiększeniem wskaźnika masy ciała. Zatem na podstawie poziomu rozregulowania emocjonalnego można przewidzieć poziom symptomatologii anoreksji psychicznej. Wysoki poziom emocjonalnej dysregulacji wiąże się z utrzymywaniem symptomów choroby, natomiast



niski jej poziom sugeruje poprawę funkcjonowania psychicznego i łagodzenie zaburzeń odżywiania.

Należy również podkreślić, że nieprawidłowe funkcjonowanie emocjonalne osób z jadłowstrętem psychicznym jest ściśle powiązane z deficytami w funkcjonowaniu społecznym. Osoby zmagające się z zaburzeniami odżywiania ogólnie charakteryzują się wyższym poziomem anhedonii społecznej oraz nasilonym poczuciem niedopasowania społecznego w porównaniu do zdrowych osób. Warto zauważyć, że osoby z anoreksją psychiczną wykazują silniejsze objawy niedostosowania społecznego w porównaniu do osób z bulimią (Harrison, Mountford i Tchanturia, 2014).

Analiza przedstawionych wyżej danych pozwala na sformułowanie następujących kluczowych wniosków dotyczących komponentu emocjonalnego w jadłowstręcie psychicznym:

- (1) Osoby cierpiące na anoreksję psychiczną cechują się poważnymi deficytami w zakresie rozpoznawania, interpretowania i regulowania emocji. Przejawiają również trudności w ich wyrażaniu, wybierając strategię tłumienia.
- (2) Lęk, wstyd, obrzydzenie, depresja i smutek należą do stanów emocjonalnych o największym nasileniu u osób z danym zaburzeniem.
- (3) Osoby z jadłowstrętem psychicznym przeważnie wybierają dezadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami, unikając negatywnego afektu.
- (4) W danej grupie obserwuje się wysokie nasilenie aleksytymii, obniżona świadomość interoceptywna oraz niższy wskaźnik inteligencji emocjonalnej.
- (5) Dysregulacja afektywna często współwystępuje z nasilonymi objawami choroby.
- (6) Dysfunkcyjne wzorce emocjonalne w środowisku rodzinnym prowadzą do przymusu tłumienia własnych uczuć, potrzeb oraz sygnałów płynących z ciała.

3.3.2 Komponent emocjonalny w bulimii

Bulimia psychiczna, w kontekście obecności cech aleksytymicznych, wiąże się z trudnościami w poprawnym rozpoznawaniu przeżywanych stanów emocjonalnych. Objawy danego zaburzenia często współwystępują ze stosowaniem dezadaptacyjnych strategii regulacyjnych emocje, brakiem akceptacji własnego stanu emocjonalnego, brakiem kontroli



zachowania w stresujących sytuacjach oraz ogólną dysregulacją emocjonalną. Badania przeprowadzone przez Lavender i in. (2014, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.90) ujawniły interesujący związek: im częściej osoba chora stosuje ćwiczenia fizyczne, tym większą ma trudność w podejmowaniu działań ukierunkowanych na cel (w sytuacji doświadczania emocji). Natomiast im więcej osoba chora przejawia zachowań kompensacyjnych, tym ma mniejszą trudność w obszarze regulacji emocji. Zatem zachowania przeczyszczające można uznać za mechanizm redukujący napięcie emocjonalne i umożliwiający podjęcie działania, co stanowi strategię radzenia sobie ze stanem emocjonalnym u osób zmagających się z bulimią. Istotnym wynikiem tych badań jest również fakt, że pacjentki z bulimią psychiczną charakteryzują się mniejszym deficytem w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, niż pacjentki z pozostałymi analizowanymi typami zaburzeń odżywiania.

Na podstawie badań Pascuala, Etxebarri i Cruz (2011) wyróżniono dwa profile funkcjonowania emocjonalnego osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania. Pierwszy cechuje się niższym poziomem charakterystyk negatywnych, takich jak lęk jako cecha, trudność w rozpoznawaniu i nazywaniu emocji oraz wpływ diety, wagi i kształtu sylwetki na nastrój, oraz wyższym poziomem charakterystyk pozytywnych, takich jak pierwotna i wtórna kontrola zaangażowania w radzenie sobie. Ten profil przejawia około 77% kobiet z atypową bulimią i 77% pacjentów z typem bulimii nieprzechyszczającej (zgodnie z obowiązującą podczas trwania badania DSM-IV; należy zauważyć, że DSM-5 nie uwzględnia wyróżnienia podtypów bulimii). Drugi profil cechuje się większym nasileniem objawów psychopatologicznych i jest charakterystyczny dla 70% pacjentek z atypowym jadłowstrętem psychicznym. Wyniki wskazują, że osoby z anoreksją przejawiają najbardziej negatywny styl funkcjonowania emocjonalnego zgodnie z opisanymi profilami. Warto zaznaczyć, że nawet osoby niespełniające w pełni kryteriów diagnostycznych anoreksji czy bulimii, a cierpiące na nieokreślone zaburzenia odżywiania, wykazują podobne cechy funkcjonowania emocjonalnego, jak osoby z pełnoobjawowymi postaciami tych zaburzeń.

Analizując komponent emocjonalny w bulimii psychicznej, podobnie jak w przypadku innych zaburzeń, kluczowe znaczenie ma uwzględnienie funkcjonowania emocjonalnego w systemie rodzinnym. Istotny wpływ na stan emocjonalny osoby cierpiącej na bulimię wywierają częste konflikty między członkami rodziny (które warunkują doświadczanie wysokiego poziomu



napięcia psychicznego, w tym wrogości i agresji), brak wzajemnego wsparcia, emocjonalnej niestabilności oraz chaotyczność (Brytek-Matera, 2008). Według badań, pacjenci z bulimią psychiczną wykazują najwyższy poziom doświadczanego zaniedbania potrzeb emocjonalnych ze strony bliskiego otoczenia oraz przemocy emocjonalnej, co odróżnia je zarówno od pacjentek z anoreksją psychiczną, jak i od osób zdrowych (Vajda i Láng, 2014).

W kontekście przeżywania oraz wyrażania emocji wśród pacjentek z bulimią wyróżniono cztery modele funkcjonowania w relacjach rodzinnych (Hoste, Lebowe, Le Grange, 2015 za: Czeczor i Brytek-Matera, 2017, s.91). Modele te obejmują: (a) niski poziom ekspresji emocjonalnej zarówno u pacjentki, jak i u rodzica; (b) wysoką ekspresyjność emocjonalną pacjentki przy jednocześnie wysokiej ekspresji emocji ze strony rodzica; (c) niską emocjonalną ekspresję pacjentki oraz wysoką ekspresję u rodzica; oraz (d) wysoką ekspresję emocjonalną pacjentki i niski poziom ekspresji u rodzica. Z analizy wynika, że przy konfiguracji pierwszej, czyli niskiej ekspresji emocjonalnej zarówno u dziecka, jak i u rodzica, obserwuje się największy spadek częstotliwości podejmowania zachowań kompensacyjnych. Natomiast najmniejsza poprawa w tym zakresie pojawia się przy czwartej konfiguracji, gdzie pacjentka przejawia wysoką ekspresję, a rodzic – niską.

Podsumowując rolę komponentu emocjonalnego w bulimii psychicznej, można sformułować następujące wnioski:

- (1) Pacjentki z bulimią wykazują trudności w identyfikacji własnych stanów emocjonalnych oraz cechują się niskim poziomem ich akceptacji, co prowadzi do nasilenia napięcia emocjonalnego.
- (2) Brak umiejętności rozpoznawania i regulacji emocji prowadzi do stosowania destrukcyjnych strategii, takich jak kompulsywne objadanie się i późniejsze zachowania kompensacyjne (wymioty, restrykcje żywieniowe, nadmierny wysiłek fizyczny).
- (3) Osoby z bulimią psychiczną wykazują mniejsze nasilenie trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym niż osoby z anoreksją psychiczną.
- (4) Specyficzne funkcjonowanie emocjonalne systemu rodzinnego, w tym zaniedbanie potrzeb emocjonalnych, brak wsparcia, nasilone konflikty czy labilność emocjonalna, sprzyjają występowaniu i utrzymywaniu się bulimii.



(5) Ekspresja emocjonalna, zarówno w diadach rodzic-dziecko, jak i własna ekspresja osoby chorej, jest istotnym czynnikiem wpływającym na dynamikę przebiegu choroby oraz skuteczność terapii.

3.3.3 Komponent emocjonalny w zespole napadowego objadania się

Mechanizmy radzenia sobie z przeżywanymi stanami afektywnymi są ważnym elementem emocjonalnego funkcjonowania osoby. W obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania wyróżnia się szereg destruktywnych strategii ukierunkowanych na redukcję nieprzyjemnych emocji. Jedną z takich strategii, obok stosowania surowych ograniczeń w diecie typowych dla anoreksji oraz kompensacyjnych zachowań w przebiegu bulimii, jest spożywanie nadmiernej ilości jedzenia w przypadku zaburzenia z napadami objadania się.

Zespół napadowego objadania się wiąże się ze specyficznym wzorcem regulacji emocji. Osoby z tym rozpoznaniem reagują na negatywne stany emocjonalne – takie jak złość czy poczucie winy – tendencją do natychmiastowej redukcji tego stanu. Ten przymus szybkiego obniżenia napięcia emocjonalnego prowadzi do wystąpienia epizodu objadania się, który tymczasowo redukuje poziom przeżywanego napięcia oraz intensywność negatywnych emocji. Jednak przy ponownym pojawieniu się niepożądanego stanu afektywnego, osoba powraca do tego samego, nieadaptacyjnego mechanizmu radzenia sobie, utrwalając dysfunkcyjny wzorzec reakcji emocjonalnych.

Objawy zespołu napadowego objadania się współwystępują z innymi zaburzeniami w sferze emocjonalnej, co wskazuje na istotne powiązanie danego zaburzenia z dysfunkcją w zakresie regulacji emocji. Badania przeprowadzone przez Rosenbaum i White (2015) wykazały, że nasilenie objawów zaburzenia z napadami objadania się jest ściśle powiązane z nasileniem lęku, depresji i stresu. Wyniki badań sugerują, że wskaźnik masy ciała, lęk, stres i depresja są znaczącymi czynnikami predykcyjnymi epizodów objadania się u kobiet. U mężczyzn zależności te są zbliżone, z wyjątkiem stresu, który w ich przypadku nie pełni roli głównego czynnika ryzyka.

Osoby z rozpoznaniem zaburzeniem z napadami objadania się częściej prezentują cechy aleksytymii w porównaniu z grupą kontrolną (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet i Barbe, 2012). W danej grupie badanej aleksytymia stanowi również istotny czynnik predykcyjny jedzenia emocjonalnego, gdy w populacji zdrowej predyktorami jedzenia emocjonalnego są zazwyczaj objawy depresji oraz doświadczanie stresu. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazują



porównywalnie częste epizody objadania się jako odpowiedź na przeżywanie emocji o negatywnym charakterze, takich jak lęk, smutek, poczucie osamotnienia czy gniew (Masheb i Grilo, 2006, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.107).

Badania przeprowadzone przez Schulz i Laessle (2010, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.108) również potwierdziły związek zespołu napadowego objadania się z zaburzeniami w sferze emocjonalnej. Osoby ze wskaźnikiem masy ciała wskazującą na otyłość ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), które jednocześnie spełniają kryteria diagnostyczne zaburzenia z napadami objadania się, charakteryzują się wyższym nasileniem objawów psychopatologicznych niż osoby z otyłością nieuwarunkowaną zaburzeniami odżywiania. Współwystępowanie otyłości i zaburzenia z napadami objadania się łączy się z nasilonymi symptomami depresyjnymi i lękowymi, obniżoną zdolnością do planowania działań oraz większą impulsywnością. Wśród osób z tymi współistniejącymi zaburzeniami obserwuje się zależność między wysokim poziomem depresji a skłonnością do emocjonalnego jedzenia, przy jednoczesnym mniejszym przestrzeganiu restrykcji dietetycznych.

Najbardziej nasilone objawy kompulsywnego objadania się występują u osób, które spożywają nadmierne ilości jedzenia jako reakcja na bodźce zewnętrzne, cechują się wysokim BMI oraz prezentują nasilone objawy depresji (Mason i Lewis, 2014).

Wśród dzieci i młodzieży nasilenie objawów zaburzenia z napadami objadania się wiąże się z wyższym poziomem depresji, skłonnością do impulsywnych działań podejmowanych w odpowiedzi na trudne emocje oraz spożywaniem pokarmu w reakcji na negatywny stan afektywny. Jedzenie w celu poprawy nastroju odgrywa zatem rolę pośrednika w relacji pomiędzy impulsywnością a zespołem napadowego objadania się. Objawy depresyjne pełnią analogiczną mediacyjną funkcję, pośredniczącą pomiędzy przeżywaniem negatywnych emocji a występowaniem epizodów objadania się (Pearson, Zapolski i Smith, 2015).

U adolescentów wraz z wzrostem nasilenia zaburzenia z napadami objadania się obserwuje się również wzrost: (1) wskaźnika masy ciała, (2) intensywności objawów depresyjnych oraz (3) negatywnej samooceny. Samoocena oraz objawy depresyjne w danej grupie wiekowej są determinowane przez zespół napadowego objadania się, a nasilenie jego objawów jest istotnym czynnikiem pośredniczącym pomiędzy wzrostem masy ciała a występującymi symptomami zaburzeń psychicznych (Deepthi, Praveen, Chandrashekar-Rao, Vincent i Kishore, 2014).



Jak można zauważyć na podstawie przytoczonych wcześniej danych, liczni autorzy koncentrują swoje analizy na roli depresji w przebiegu zaburzenia z napadami objadania się. Zgodnie z wynikami badań Brechan i Kvaalem (2015, za: Czepczor i Brytek-Matera, 2017, s.109), poziom depresji oraz samoocena pełnią funkcję zmiennych pośredniczących w relacji między zadowoleniem z wyglądu ciała a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania. Zależność ta opiera się bezpośrednio na poziomie samooceny oraz intensywności objawów zaburzeń nastroju, co pozwala wysnuć wniosek, iż niezadowolenie z własnego ciała może stanowić istotny czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania, jednak jedynie w sytuacji współistnienia wysokiego poziomu depresji oraz obniżonej samooceny. Znaczenie wizerunku własnego ciała w kontekście ogólnego funkcjonowania psychicznego oraz postrzegania własnej wartości wiąże się z podejmowaniem zachowań ukierunkowanych na kontrolowanie wagi, takich jak restrykcje dietetyczne. Poziom depresji wiąże się jednak wyłącznie z wdrażaniem tych ograniczeń, które z kolei są jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju zaburzenia z napadami objadania się. Warto podkreślić, że u kobiet zależność między depresją a stosowaniem restrykcji żywieniowych ma charakter dodatni, natomiast u mężczyzn – negatywny.

Reasumując znaczenie komponentu emocjonalnego w przebiegu zespołu napadowego objadania się, możliwe jest sformułowanie poniższych wniosków:

- (1) Zaburzenie z napadami objadania się ściśle wiąże się z trudnościami w regulacji emocji i stanowi formę nieadaptacyjnego radzenia sobie z negatywnymi stanami afektywnymi, takimi jak gniew, wina, lęk, przygnębienie czy smutek.
- (2) Wysoki poziom depresji, lęku i stresu pełnią istotną rolę w nasileniu objawów danego zaburzenia.
- (3) Osoby chorujące na zespół napadowego objadania charakteryzują się impulsywnością, obniżoną zdolnością do planowania działań.
- (4) Aleksytymia obserwowana u osób z zespołem napadowego objadania się sprzyja występowaniu jedzenia emocjonalnego.
- (5) Depresja oraz niska samoocena pełnią rolę mediatorów między niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała a nasileniem objawów zaburzenia z napadami objadania się.



3.3.4 Komponent emocjonalny w syndromie nocnego jedzenia

Syndrom nocnego jedzenia w pierwotnej definicji został opisany jako zaburzenie objawiające się bezsennością i epizodami nadmiernego spożywania pokarmu w godzinach wieczornych i nocnych. Osoby zmagające się z tym zespołem jedzą najczęściej w celu ułatwienia sobie zaśnięcia, spożywając w trakcie epizodu nawet połowę dziennego zapotrzebowania kalorycznego. Część pacjentów doświadcza amnezji epizodycznej i nie pamięta zdarzenia następnego dnia. Wielu z nich obserwuje wzmożone uczucie głodu w godzinach porannych po przebudzeniu, natomiast część chorych wykazuje objawy jadłowstrętu psychicznego, stosując restrykcje żywieniowe i intensywne ćwiczenia fizyczne (Allison i inni, 2010).

Dane statystyczne wskazują, że zaburzenie to dotyczy od 4,2% do 5,9% dorosłej populacji. Szczególnie narażoną grupę stanowią młode kobiety, często z nadmierną masą ciała, u których syndrom nocnego jedzenia ujawnia się zazwyczaj we wczesnej dorosłości i ma charakter przewlekły (Czepczor i Brytek–Matera, 2017).

Nocne objadanie się często współwystępuje z nasilonym stresem oraz przeżywaniem negatywnych emocji w ciągu dnia. Dla osób cierpiących na to zaburzenie charakterystyczne jest pogorszenie lub utrzymujące się przewlekle obniżenie nastroju w porze wieczornej (Allison i inni, 2010). Szczególnie wysoki wskaźnik występowania tego zaburzenia odnotowuje się wśród osób z nadwagą lub otyłością, które podejmują nieudane próby redukcji masy ciała (Andersen, Stunkard, Sørensen, Petersen i Heitmann, 2004).

Syndrom nocnego jedzenia może również współistnieć z zespołem napadowego objadania się. Dla obu zaburzeń charakterystyczne są: obniżony nastrój, stosowanie dietetycznych ograniczeń oraz silna koncentracja na jedzeniu. W zakresie przeżywanych stanów emocjonalnych w danych zaburzeniach występuje różnica – syndrom nocnego jedzenia charakteryzuje się nasilonym niepokojem i lękiem wieczornym, co nie jest charakterystyczne dla zaburzenia z napadami objadania się. W badaniach opartych na samoopisie najwyższy poziom lęku stwierdzono u osób, chorujących jednocześnie na syndrom nocnego jedzenia i zespół z napadami odjadania się (Sassaroli i inni, 2009). Wyniki badań Napolitano i in. (2001, za: Czepczor i Brytek–Matera, 2017) również wykazały, że pacjenci z rozpoznaniem syndromu nocnego jedzenia doświadczają niższego poziomu lęku niż pacjenci z podwójną diagnozą. Istnieje pozytywna korelacja pomiędzy



poziomem lęku a występowaniem epizodów wieczornego objadania się oraz zaburzeniami snu i nastroju u pacjentów z NES.

Zjawisko nocnego objadania się pozostaje w istotnym związku z jedzeniem emocjonalnym. Wśród studentów wykazujących pełnoobjawowy obraz syndromu nocnego jedzenia stwierdza się istotnie wyższe nasilenie jedzenia emocjonalnego oraz reaktywnego jedzenia w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne, w porównaniu z osobami, które nie prezentują objawów NES, bądź ich nasilenie jest łagodne lub umiarkowane (Nolan i Geliebter, 2012). W obszarze jedzenia restrykcyjnego osoby z umiarkowaną intensywnością objawów osiągają niższe wyniki niż jednostki bez objawów NES lub z jego pełnoobjawowym przebiegiem. Możliwym wyjaśnieniem tych zależności może być hipoteza zakładająca, że dopiero interakcja między emocjonalnym stylem jedzenia a restrykcyjnym podejściem do diety może być predyktorem występowania epizodów objadania się (Lindeman i Stark, 2001).

Za wspólny czynnik dla syndromu nocnego jedzenia i jedzenia emocjonalnego uznaje się poziom przeżywanego dystresu. Osoby posługujące się dezaptacyjnymi strategiami radzenia sobie i doświadczające wysokiego poziomu stresu są bardziej podatne na pojawienie się napadów objadania się wieczorem i w nocy (Wichianson i in., 2009, za: Czepczor i Brytek–Matera, 2017, s.114). Osoby doświadczające obniżonego nastroju w godzinach wieczornych mogą sięgać po jedzenie w nocy w celu zmniejszenia intensywności nieprzyjemnych emocji i napięcia (Nolan i Geliebter, 2012).

Przedstawione wcześniej dane pozwalają na sformułowanie poniższych wniosków odnośnie roli aspektu emocjonalnego w syndromie nocnego jedzenia:

- (1) Pogorszenie nastroju w godzinach wieczornych skłania osoby dotknięte NES do sięgania po jedzenie jako formę łagodzenia napięcia emocjonalnego.
- (2) Współistnienie syndromu nocnego jedzenia z jadłowstrętem psychicznym może przejawiać się poprzez stosowanie restrykcji żywieniowych oraz nadmierną aktywność fizyczną.
- (3) Impulsywne lub reaktywne spożywanie pokarmu może pełnić funkcję regulacyjną wobec przeżywanych stanów afektywnych, co wskazuje na silną zależność między jedzeniem emocjonalnym a NES.



(4) Syndrom nocnego jedzenia oraz zespół napadowego objadania się mają wspólne cechy, takie jak obniżony nastrój, sztywne ograniczenia dietetyczne oraz silna koncentracja na jedzeniu, jednak różnią się w profilu emocjonalnym – NES silniej związany jest z wieczornym niepokojem i lękiem.

(5) Istnieje pozytywna korelacja między poziomem dystresu a nasileniem objawów nocnego objadania się.

Podsumowując powyższe dane, można wyciągnąć wniosek, że funkcjonowanie emocjonalne jest ważnym komponentem w różnych typach zaburzeń odżywiania. W przypadku anoreksji psychicznej szczególnie wyraźne są deficyty w obszarze rozpoznawania oraz wyrażania emocji oraz tendencja do ich tłumienia. Obserwuje się również duże nasilenie lęku, wstydu czy przygnębienia. W odniesieniu do bulimii psychicznej na pierwszy plan wychodzą trudności w identyfikowaniu oraz akceptowaniu stanów emocjonalnych, co skutkuje napięciem emocjonalnym regulowanym przez nieadaptacyjne zachowania, tj. kompulsywne objadanie się i działania kompensacyjne. Zależności te są jednak nieco łagodniejsze niż w anoreksji.

W przypadku zespołu napadowego objadania się, emocje są ściśle powiązane z objawami – jedzenie często pełni funkcję regulacyjną wobec gniewu, smutku czy lęku. Osoby z danym zaburzeniem cechują się impulsywnością i obniżoną zdolnością kontroli zachowania. Aleksytymia i depresja wydają się być istotnymi czynnikami wpływającymi na nasilenie objawów. Syndrom nocnego jedzenia również ujawnia powiązania z funkcjonowaniem emocjonalnym – obniżony nastrój w godzinach wieczornych sprzyja impulsywnemu sięganiu po jedzenie jako strategii redukcji napięcia. Chociaż można zaobserwować pewne wspólne cechy zaburzonego funkcjonowania emocjonalnego u osób z zaburzeniami odżywiania, w przypadku każdego z typów zauważalne są jednak specyficzne objawy dysregulacji emocjonalnej.



Rozdział 4. Metodologia badań własnych

4.1 Cel badania

Celem teoretycznym niniejszej pracy jest pogłębienie wiedzy na temat sposobów regulacji emocji – w szczególności ich tłumienia – u kobiet wykazujących objawy zaburzeń odżywiania. Analiza uwzględnia zmienne takie jak wiek uczestniczek, wskaźnik masy ciała, czas trwania objawów oraz ich specyfikę.

Cel praktyczny niniejszego opracowania koncentruje się na możliwości zastosowania uzyskanych wyników w praktyce klinicznej, zwłaszcza w kontekście psychoterapii ukierunkowanej na pracę z emocjami u pacjentek z zaburzeniami odżywiania.

Cele poznawcze pracy są bezpośrednio powiązane z pytaniami badawczymi i hipotezami, które zostaną omówione w kolejnym rozdziale.

4.2 Pytania i hipotezy badawcze

W danym projekcie badawczym analizowano poziom objawów zaburzeń odżywiania, poziom kontroli emocji oraz ich wzajemny związek u kobiet – uczestniczek grup wsparcia dla osób z zaburzeniami odżywiania.

Problem badawczy został sformułowany następująco: jakie powiązania występują w zakresie zaburzeń odżywiania i tłumienia emocji u kobiet poszukujących wsparcia ze względu na problemy z odżywianiem?

W celu rozwiązania danego problemu została podjęta próba odpowiedzi na poniższe pytania badawcze.

P1. Czy poziom tłumienia emocji wiąże się z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania u badanych kobiet?

P2. Czy istnieje związek pomiędzy nasileniem tłumienia emocji a wskaźnikiem masy ciała u badanych kobiet?

Na podstawie literatury przedmiotu oraz dostępnych badań z danego obszaru postawione zostały przedstawione poniżej hipotezy.

H1. Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy poziomem tłumienia emocji a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania u badanych kobiet.



H2. Istnieje korelacja pomiędzy tłumieniem emocji a wskaźnikiem masy ciała u badanych kobiet.

W celu weryfikacji przedstawionych hipotez zostały przeprowadzone badania z wykorzystaniem kwestionariusza identyfikującego objawy zaburzeń odżywiania oraz kwestionariusza badającego poziom kontroli emocjonalnej (tłumienia emocji) oraz analiza uzyskanych wyników.

4.3 Charakterystyka zastosowanych metod

Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem następujących narzędzi:

- *Test postaw wobec jedzenia (Eating Attitudes Test, EAT-26)* autorstwa D.M. Garnera,
- *Skala kontroli emocji (Courtauld Emotional Control Scale – CECS)* autorstwa M. Watson i S. Greera.

4.3.1 Test postaw wobec jedzenia (EAT-26)

Test postaw wobec jedzenia (Eating Attitudes Test, EAT-26) został stworzony przez Davida M. Garnera, autorami polskiej adaptacji kwestionariusza są Radosław Rogoza, Anna Brytek–Matera i David M. Garner. Jest to narzędzie przesiewowe służące przede wszystkim do identyfikacji symptomów charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania. Celem EAT-26 jest analiza postaw i zachowań w trzech obszarach zaburzeń odżywiania, które odzwierciedlone są w podskalach: (1) dieta (dieting); (2) bulimia oraz zaabsorbowanie jedzeniem (bulimia & food preoccupation); (3) kontrola jedzenia (oral control).

Kwestionariusz składa się z trzech części: metryczki, części A obejmującej 26 stwierdzeń dotyczących postaw i zachowań żywieniowych, oraz części B, w której zawarto 6 pytań behawioralnych.

W części metryczkowej osoba badana uzupełnia podstawowe dane demograficzne i somatyczne, takie jak: płeć, wiek, wzrost, aktualna masa ciała, masa ciała uznawana za idealną, najwyższa i najniższa masa ciała (z wyłączeniem okresu ciąży). Informacje te umożliwiają obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI) i weryfikację, czy dana osoba mieści się w przedziale normy. Ponadto zestawienie wagi aktualnej z wagą idealną pozwala na wstępną ocenę stopnia niezadowolenia z własnego ciała, natomiast porównanie wartości skrajnych (najwyższej i



najniższej masy ciała) pozwala oszacować wahania masy ciała w życiu badanej osoby. Tego rodzaju dane dostarczają istotnych informacji, które mogą wspomagać interpretację wyników.

Część A zawiera 26 twierdzeń, każde z których jest oceniane przez respondenta na sześciostopniowej skali, od 1 (*nigdy*) 6 (*zawsze*). Wyniki dla każdej z podskal są obliczane osobno, suma uzyskanych punktów stanowi wynik ogólny. Podczas interpretacji każda odpowiedź udzielona przez badanego oceniana jest na skali punktowej od 0 do 3. Pozycje 1–24 oraz 26 koduje się następująco: *zawsze* – 3 punkty, *bardzo często* – 2 punkty, *często* – 1 punkt, natomiast odpowiedzi *czasem*, *rzadko* i *nigdy* – 0 punktów. Wyjątek stanowi pozycja 25, w której punktacja jest odwrócona.

Im wyższy wynik ogólny, tym większe może być nasilenie objawów. Maksymalny wynik, jaki można osiągnąć, wynosi 78 punktów. Wartość przekraczająca 20 punktów interpretowana jest jako sygnał, który może wskazywać na obecność zaburzeń odżywiania. Wynik ten nie musi jednoznacznie świadczyć o występowaniu zaburzeń odżywiania, lecz może sygnalizować nasilone obawy dotyczące wyglądu, masy ciała i zaburzonych zachowań żywieniowych. Niska punktacja (poniżej 20) również nie jest jednoznacznym wskaźnikiem braku zaburzeń odżywiania u osoby badanej – mimo wyniku poniżej progu, mogą u niej występować istotne klinicznie objawy tych zaburzeń.

Część B kwestionariusza zawiera sześć pytań. Cztery z nich (A–D) dotyczą zachowań z ostatnich 6 miesięcy i są oceniane na sześciostopniowej skali: 1 – *nigdy*, 2 – *raz w miesiącu lub rzadziej*, 3 – *2–3 razy w miesiącu*, 4 – *raz w tygodniu*, 5 – *2–6 razy w tygodniu*, 6 – *raz dziennie lub częściej*. Dwa ostatnie pytania (E i F) mają formę odpowiedzi 1 – *tak* lub 2 – *nie*, dotyczą znacznej utraty masy ciała oraz wcześniejszego leczenia zaburzeń odżywiania.

Wskaźnik rzetelności wyrażony współczynnikiem α Cronbacha dla całej skali EAT-26 wynosi 0,84. Dla poszczególnych skal wartości mieszczą się w przedziale 0,65–0,82. Przyjęcie progu diagnostycznego na poziomie 20 punktów daje pozwala ocenić czułość testu na 100%, swoistość – 53,6%, prawdopodobieństwo rozpoznania choroby – na 18,6%.

4.3.2 Skala kontroli emocji (CECS)

Skala kontroli emocji (Courtauld Emotional Control Scale, CECS) została opracowana przez Maggie Watson i Stevena Greera. Adaptacja polskiej wersji została przygotowana przez



Zygryda Juczyńskiego (2012). Skala CECS służy do pomiaru subiektywnego poziomu kontroli negatywnych emocji – gniewu, lęku i depresji – w sytuacjach stresowych. Jest stosowana do badania osób dorosłych – zarówno zdrowych, jak i chorych.

Dane narzędzie zawiera 21 pozycji ocenianych przez badanego, które są podzielone na 3 podskale, odpowiednio do pomiaru gniewu, lęku i depresji. Każda z podskal składa się z 7 twierdzeń odnoszących się do sposobu tłumienia lub wyrażania emocji. CECS ma charakter samoopisowy – osoba badana ocenia częstotliwość przejawiania poszczególnych zachowań na czteropunktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza *prawie nigdy*, a 4 – *prawie zawsze*. Czas potrzebny na wypełnienie kwestionariusza wynosi około 10 minut. Wyniki uzyskiwane są oddzielnie dla każdej z podskal, dodatkowo jest obliczany wynik sumaryczny.

Przed przystąpieniem do obliczeń polegających na zsumowaniu punktów dla każdej z podskal, konieczne jest przekształcenie punktacji w wybranych pozycjach, które opisują wyrażanie emocji – wymagane jest odwrócenie skali odpowiedzi. Dotyczy to konkretnych twierdzeń: w skali gniewu (pozycje 2 i 4), depresji (1 i 5) oraz lęku (1, 4 i 5). Zakres punktów możliwych do uzyskania w każdej podskali mieści się w przedziale od 7 do 28. Po zsumowaniu wyników ze wszystkich trzech podskal uzyskujemy ogólny wskaźnik kontroli emocji, mieszczący się w przedziale od 21 do 84 punktów. Im wyższy wynik całkowity, tym silniejsza tendencja do tłumienia emocji negatywnych.

Ocena rzetelności polskiej wersji skali została dokonana poprzez oszacowanie zgodności wewnętrznej – współczynniki α Cronbacha wyniosły odpowiednio: 0,80 dla skali gniewu, 0,77 dla depresji, 0,78 dla lęku, a dla ogólnego wskaźnika kontroli emocji – 0,87. Stabilność bezwzględna osiągnęła następujące wartości: 0,36 dla gniewu, 0,47 dla depresji i 0,49 dla lęku (Juczyński, 2012). Trafność narzędzia potwierdzono porównując wyniku kontroli gniewu z Pomiarom Gniewu Framingham (Haynes i in., 1978, za: Juczyński, 2012, s.56). Uzyskano dodatnią korelację między kontrolą gniewu a jego kierowaniem do wewnątrz, i ujemną korelację między kontrolą gniewu a jego zewnętrzną ekspresją oraz werbalnym rozładowaniem. Dodatkowo, zauważono negatywne korelacje między wynikami we wszystkich podskalach CECS a poczuciem własnej wartości mierzonym Skalą Samooceny Rosenberga (Juczyński, 2012).

CECS nie posiada norm. Wyniki porównuje się ze średnimi wynikami osób różnej płci i wieku lub pacjentów z wybranymi grupami klinicznymi.



4.4 Procedura badania i charakterystyka grupy badanej

Badania zostały przeprowadzone w dniach od 1 kwietnia do 1 czerwca 2025 roku. Respondentkami były kobiety w wieku od 18 do 65 lat, które są uczestniczkami grup wsparcia online dla osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania. Kryterium doboru do grupy badanych stanowiły płeć oraz doświadczanie trudności związanych z jedzeniem. W celu wyłonienia osób spełniających te kryteria zastosowano dwa pytania kwalifikujące, poprzedzające właściwe badanie. W badaniach przeprowadzonych za pomocą Google Formularzy wzięło udział 78 kobiet które, zostały poinformowane o celu i charakterze badania. Osoby z grupy badanej wypełniały kwestionariusze dobrowolnie i anonimowo w różnym czasie. Wykorzystując dostęp do grup wsparcia na portalu społecznościowym Facebook, możliwe było dotarcie do grupy docelowej bez ograniczeń terytorialnych oraz zebranie szczerych odpowiedzi wśród osób zainteresowanych wzięciem udziału w badaniu.

Badane kobiety zostały poproszone o wypełnienie następujących narzędzi badawczych: *Test postaw wobec jedzenia* (EAT-26, *The Eating Attitudes Test*), *Skala kontroli emocji* (CECS, *Courtauld Emotional Control Scale*) oraz kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, który stanowił uzupełnienie powyższych narzędzi i zawierał pytania pogłębiające temat dla lepszego zrozumienia funkcjonowania osób w grupie badanej. Zebrano 78 wypełnionych zestawów kwestionariuszy, które spełniały kryteria niezbędne do dalszej analizy.

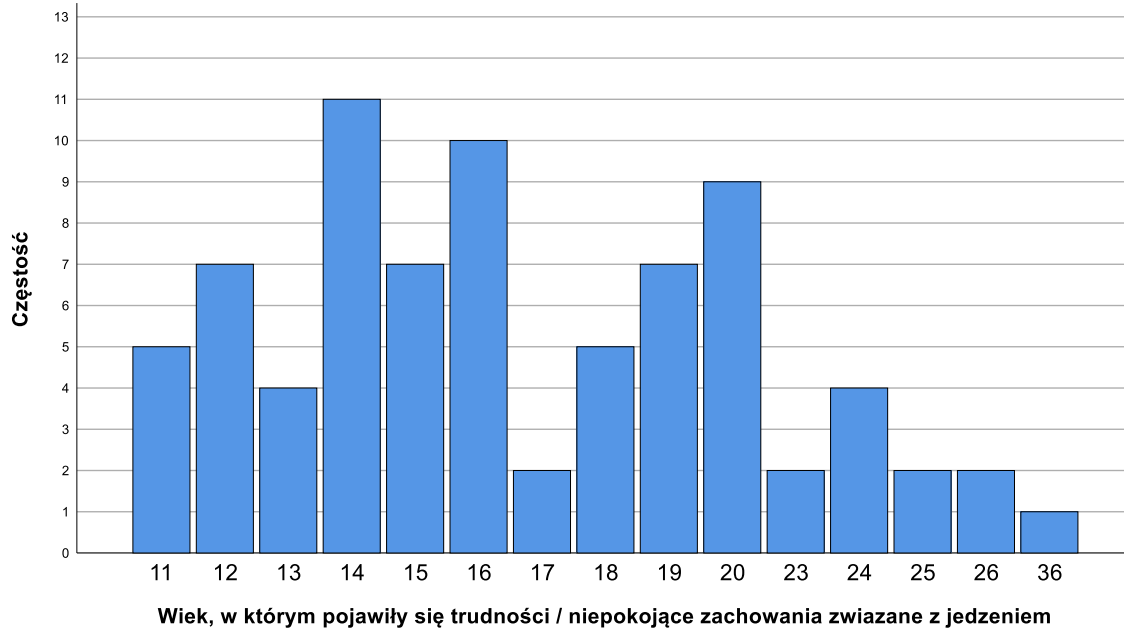
4.5 Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 78 kobiet w wieku od 18 do 65 lat ($M = 32,54$; $SD = 9,34$), które zadeklarowały doświadczanie trudności związanych z odżywianiem, odpowiadając twierdząco na pytanie kwalifikujące „Czy doświadczasz trudności związanych z jedzeniem (np. jedzenie pod wpływem emocji, restrykcyjne ograniczanie kalorii, napady objadania się, poczucie winy po posiłkach lub unikanie określonych produktów)?”.

Średnia wieku, w którym uczestniczki po raz pierwszy doświadczyły problemów związanych z jedzeniem, wyniosła 17,01 roku ($SD = 4,54$), co wskazuje na to, że najczęściej objawy zaburzeń odżywiania pojawiały się w okresie późnej adolescencji, lecz odchylenie standardowe wskazuje na zróżnicowany wiek początku zaburzeń. Najwcześniejsze zgłoszenia dotyczyły wieku 11 lat, czyli okresu szkolnego. Natomiast najpóźniejszy przypadek – wieku 36



lat, czyli okresu dorosłości. Rozkład wieku pojawienia się trudności związanych z jedzeniem w grupie badanej przedstawia rysunek 6.



Rysunek 6. Wiek pojawienia się trudności związanych z jedzeniem.

Źródło: opracowanie własne

Średnia aktualna masa ciała respondentek wynosiła 65,5 kg ($SD = 18,61$), przy czym wartości wskazane przez nie w trakcie przeprowadzania badania wahały się od najniższej – 40 kg do najwyższej – 120 kg. Wskazuje to na istotne zróżnicowanie masy ciała w grupie, co potwierdza stosunkowo wysokie odchylenie standardowe. Średnia waga idealna deklarowana przez uczestniczki wyniosła 55,05 kg ($SD = 7,92$), z zakresem od 42 do 75 kg. W porównaniu do wagi aktualnej, zarówno średnia, jak i rozproszenie wartości są zauważalnie niższe, co może sugerować większą zgodność co do preferowanej masy ciała. Wyliczona różnica między wagą aktualną a idealną wyniosła średnio 10,45 kg ($SD = 13,79$). Wartość ta została obliczona według wzoru: $Różnica\ wagi = Waga\ aktualna - Waga\ idealna$. Zakres różnic mieści się między –8 kg a 65 kg: wartości dodatnie oznaczają chęć schudnięcia, wartości ujemne – chęć zwiększenia masy ciała. Dodatnia średnia różnicy (10,45 kg) sugeruje, że większość badanych chciałaby zredukować masę ciała. Jednocześnie wysokie odchylenie standardowe ($SD = 13,79$) świadczy o znacznym rozproszeniu preferencji dotyczących wagi. Opisanie powyżej dane przedstawia tabela 6.



Tabela 6

Charakterystyka wagi aktualnej, wagi idealnej i różnicy między nimi w badanej grupie

Zmienna	N	Min	Max	M	SD
Aktualna waga	78	40	120	65,5	18,61
Idealna waga	78	42	75	55,05	7,92
Różnica wagi	78	-8	65	10,45	13,79

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie średnia różnica pomiędzy najniższą a najwyższą masą ciała w ciągu życia wynosiła 22,68 kg ($SD = 16,01$), co oznacza, że przeciętna badana osoba doświadczyła zmiany masy ciała o ponad 22 kilogramy, a zróżnicowanie zmian masy ciała w grupie jest duże, czyli niektóre osoby mogły mieć bardzo małe wahania, inne bardzo wysokie. Najmniejsza zaobserwowana różnica wyniosła 3 kg, natomiast największa – 66 kg. Wskazuje to na znaczną zmienność masy ciała w czasie u wielu uczestniczek badania.

Wskaźnik masy ciała (BMI) osób badanych został obliczony na podstawie podanych informacji o wzroście i masie ciała. Wyniki zostały zinterpretowane zgodnie z normami podanymi na stronie World Health Organization (2010). W badanej grupie kobiet średni wskaźnik masy ciała wyniósł 23,27 ($SD = 6,78$), co mieści się w zakresie wagi prawidłowej. Natomiast stosunkowo wysokie odchylenie standardowe oraz wartości najniższego i najwyższego wskaźników BMI świadczą o dużym zróżnicowaniu masy ciała w badanej grupie. Najniższy BMI wyniósł 14,69, co znajduje się znacznie poniżej dolnej granicy normy i mówi o bardzo poważnym niedożywieniu i wychudzeniu. Najwyższy wskaźnik masy ciała wyniósł 46,88, który kwalifikuje osobę do diagnozy otyłości III stopnia.

Na podstawie obliczonego wskaźnika masy ciała uczestniczki zakwalifikowano do sześciu kategorii:

- 51,3% badanych mieściło się w zakresie prawidłowej masy ciała,
- 24,4% miało niedowagę.
- 10,3% miało nadwagę,
- 14% badanych (łącznie) znajdowało się w zakresie otyłości (I–III stopnia), w tym:



- 5,1% – otyłość I stopnia,
- 3,8% – otyłość II stopnia,
- 5,1% – otyłość III stopnia.

Tabela 7

Rozkład kategorii BMI w badanej grupie

Zakres BMI (kg/m ²)	Kategoria BMI	N	%
Mniej niż 18.5	Niedowaga	19	24,4
18.5–24.99	Waga prawidłowa	40	51,3
25–29.99	Nadwaga	8	10,3
30–34.99	Otyłość I stopnia	4	5,1
35.0–39.9	Otyłość II stopnia	3	3,8
Więcej niż 40	Otyłość III stopnia	4	5,1
	Ogółem	78	100

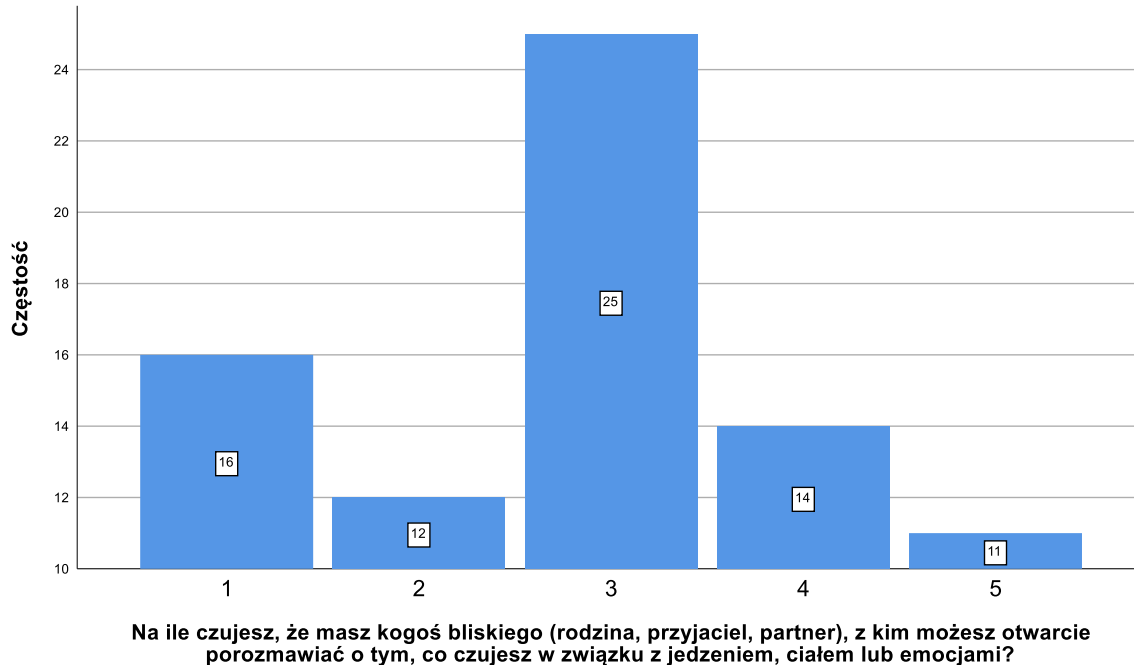
Źródło: opracowanie własne

Jak widać z przedstawionych powyżej danych, większość wyników skupia się wokół niższych wartości i kwalifikuje się do kategorii niedowagi lub wagi prawidłowej, natomiast występują także pojedyncze bardzo wysokie wartości, które zawyżają średnią. Postanowiono uwzględnić zróżnicowanie BMI w dalszych analizach badając, czy może to mieć istotne znaczenie w analizach związanych z kontrolą emocji.

Uczestniczki były również poproszone o subiektywną ocenę poczucia wsparcia od bliskiej osoby, z którą mogą otwarcie porozmawiać o problemach z jedzeniem, ciałem lub emocjami, przypisując punkty w skali od 1 (zupełnie nie mam takiej osoby) do 5 (mam bardzo wspierającą osobę). 25 z 78 osób (32,1% grupy), co stanowi większość grupy badanej, wybrało odpowiedź 3, co może sugerować umiarkowane poczucie wsparcia. 16 badanych (20,5%) odpowiedziało 1, co oznacza brak wspierającej osoby w otoczeniu. 11 osób z grupy (14,1%) deklarowało silne poczucie wsparcia, gdyż oceniło swoje poczucie bliskości jako najwyższe (5). Suma odpowiedzi 1 i 2 wynosi 35,9%, co oznacza, że ponad 1/3 uczestniczek odczuwa niewielkie wsparcie lub nie odczuwa go w ogóle w kontekście trudnych tematów związanych z zaburzeniami odżywiania.



Dane przedstawione na rysunku 7 oraz stosunkowo wysokie odchylenie standardowe ($M = 2,90$; $SD = 1,32$), wskazują na dość duże zróżnicowanie w poczuciu wsparcia emocjonalnego wśród badanych. Taki rozkład odpowiedzi może mieć znaczenie w dalszych analizach.

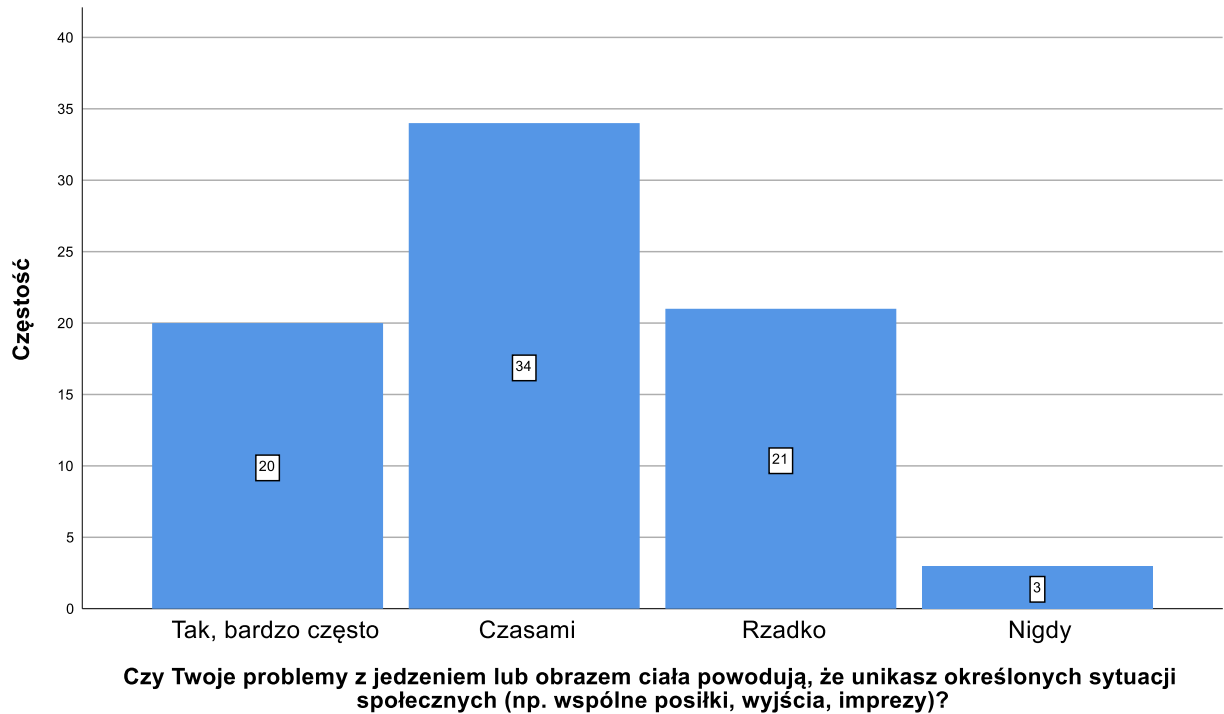


Rysunek 7. Posiadanie bliskiej osoby dającej wsparcie emocjonalne.

Źródło: opracowanie własne

W grupie badanej zaobserwowano również wpływ zaburzeń odżywiania na funkcjonowanie społeczne respondentek ($M = 2,09$; $SD = 0,82$). Większość badanych w mniejszym lub większym stopniu unika sytuacji społecznych w związku z jedzeniem i postrzeganiem własnego ciała. Na pytanie o to, czy doświadczane trudności z jedzeniem lub postrzeganiem własnego ciała powodują unikanie określonych sytuacji społecznych, większość grupy – 34 osoby (43,6%) odpowiedziało „czasami”, co sugeruje, że unikają sytuacji społecznych sporadycznie. 21 osób (26,9%) wybrało odpowiedź „rzadko”, a 20 osób (25,6%) – „tak, bardzo często”. Oznacza to, że ponad połowa (łącznie 54 osoby, czyli ok. 69,23%) doświadcza unikania takich sytuacji często lub sporadycznie. Tylko 3 osoby z grupy badanej wskazały „nigdy”, co oznacza, że niemal wszystkie badane doświadczają w jakimś stopniu wpływu problemów z jedzeniem lub obrazem ciała na zachowania społeczne. Rozkład przeanalizowanych wyżej odpowiedzi przedstawia rysunek 8.



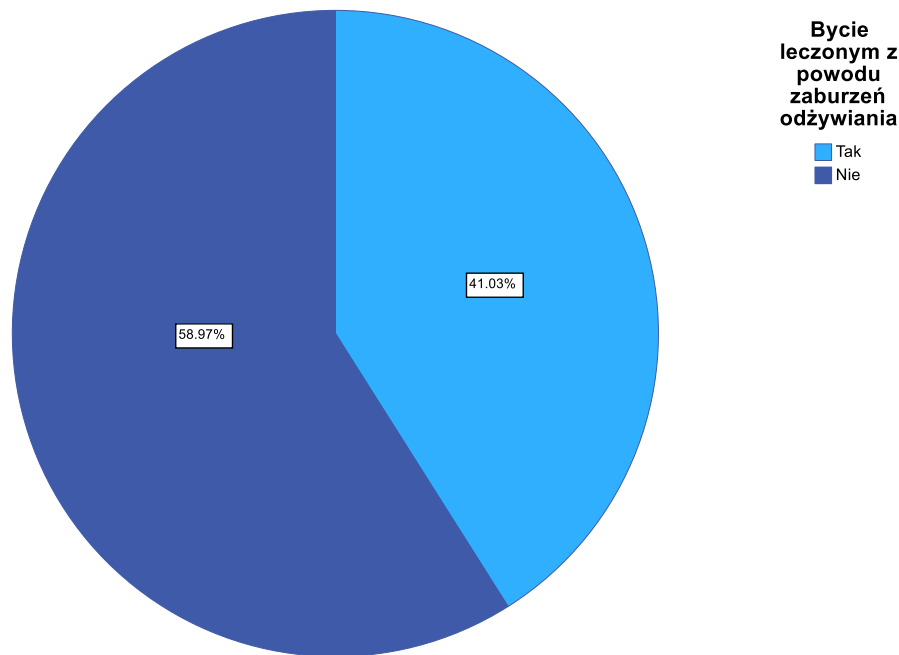


Rysunek 8. Unikanie sytuacji społecznych z powodu zaburzeń odżywiania.

Źródło: opracowanie własne

Ważnym aspektem wpływającym na funkcjonowanie osób w grupie badanej jest doświadczenie leczenia z powodu zaburzeń odżywiania. Wykres kołowy na rysunku 9 przedstawia rozkład odpowiedzi respondentek. 32 osoby (co stanowi 41,0% badanych) doświadczyły profesjonalnej interwencji w związku z problemami dotyczącymi jedzenia. 46 osób (59,0% badanych) nie było leczonych z tego powodu. Obecność historii leczenia zaburzeń odżywiania wśród uczestniczek badania może mieć wpływ na ich zachowania żywieniowe, samoocenę i postrzeganie ciała.





Rysunek 9. Leczenie z powodu zaburzeń odżywiania.

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie przeanalizowanych wyżej danych można stwierdzić, że niemal we wszystkich zmiennych (aktualnej wadze, różnicy między wagą aktualną a idealną, poziomie BMI, odczuwanym wsparciu czy doświadczeniu leczenia) jest widoczne duże zróżnicowanie wartości w badanej grupie, co sugeruje, że grupa badana nie jest jednorodna. Grupa obejmuje osoby ze wszystkich kategorii BMI. Mimo średniej wartości w normie, 48,7% uczestniczek znajduje się poza normą. Większość osób postrzega swoją idealną wagę jako niższą niż obecna (u części osób różnica ta była skrajnie wysoka – do 65 kg), co może wskazywać na niezadowolenie z sylwetki lub chęć redukcji masy ciała. Niektóre osoby miały stabilną wagę, inne doświadczały dużych wahań, co może być związane z zaburzeniami odżywiania lub próbami restrykcyjnych diet. Część uczestniczek zadeklarowała niedostateczne wsparcie społeczne, co może mieć związek z nasileniem trudności psychicznych. Wysokie zróżnicowanie omawianych czynników należy uwzględnić przy analizie wyników kontekście testowanej hipotezy.



Rozdział 5. Analiza wyników badań własnych

5.1 Podstawowe statystyki opisowe oraz testy normalności rozkładu badanych zmiennych ilościowych w badanej próbie kobiet

W celu weryfikacji pytań i hipotez badawczych przeprowadzono analizy statystyczne w programie IBM SPSS. Wykorzystano podstawowe statystyki opisowe, test Shapiro–Wilka do oceny zgodności rozkładów z rozkładem normalnym, analizy częstości, współczynnik korelacji Pearsona (r) do badania związku między zmiennymi ilościowymi o rozkładzie normalnym oraz współczynnik korelacji rangowej Spearmana (ρ) w przypadku zmiennych o rozkładach odbiegających od normalnego. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Wyniki analiz uznawano za istotne przy $p < 0,05$.

Na początku zostały policzone podstawowe statystyki opisowe dla wszystkich zmiennych ilościowych uwzględnionych w dalszych etapach analizy. Dodatkowo zastosowano test Shapiro–Wilka w celu oceny zgodności rozkładów z rozkładem normalnym. Dane te zostały przedstawione w tabeli 8. Zarówno dla skali diety, jak i dla ogólnego poziomu zaburzeń odżywiania uzyskano rozkłady zbliżone do rozkładów normalnych. Rozkłady dla pozostałych zmiennych odbiegały od klasycznego rozkładu Gaussa, co wymagało dodatkowej weryfikacji skośności i kurtozy rozkładu – ich wartości mieszczące się w zakresie od -2 do $+2$ wskazują na brak istotnej asymetrii rozkładu badanej zmiennej względem średniej (George i Mallery, 2019). Wszystkie analizowane zmienne, z wyjątkiem wskaźnika BMI, spełniały to kryterium. W związku z tym dalsze analizy statystyczne przeprowadzono z zastosowaniem testów parametrycznych, natomiast zmienne związane z BMI analizowano za pomocą testów nieparametrycznych.

Tabela 8

Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych w próbie badanych kobiet

Zmienne	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Dieta	16,31	16	5,89	0,08	-0,65	3	28	0,97	0,095

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Zmienne	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	6,62	6	3,96	0,12	-0,90	0	15	0,97	0,038
Kontrola jedzenia	3,42	2	4,10	1,13	0,07	0	15	0,80	<0,00 1
Ogólny poziom zaburzeń odżywiania	26,73	26	9,65	0,16	-0,11	8	49	0,98	0,256
Kontrola gniewu	18,17	18	5,23	0,07	-1,12	10	27	0,95	0,003
Kontrola depresji	19,04	20	4,57	-0,71	0,06	8	27	0,94	0,001
Kontrola lęku	20,13	20	3,90	-0,42	0	10	27	0,96	0,030
Ogólna kontrola emocji	57,33	59,5 0	11,2 8	-0,70	0	30	76	0,95	0,003
BMI	23,27	20,9 6	6,78	1,62	2,40	14,6 9	46,88	0,83	<0,00 1
Wiek	32,54	32	9,34	0,80	0,82	18	65	0,95	0,003

Adnotacja: *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *W* – wynik testu Shapiro–Wilka; *p* – istotność.

Źródło: opracowanie własne

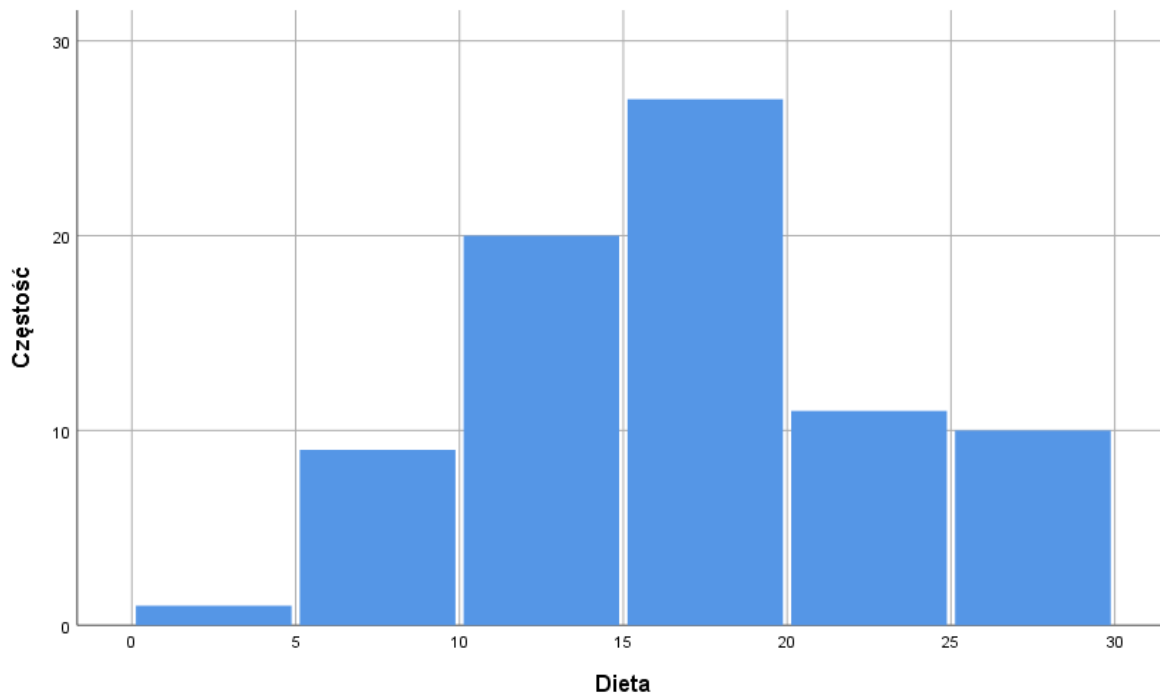
5.2 Analiza poziomu zaburzeń odżywiania w grupie badanej

W kolejnym kroku został zbadany poziom nasilenia objawów zaburzeń odżywiania w badanej próbie kobiet – zarówno wyniki dla każdej ze skal, jak i poziom ogólny. Wykonano analizy częstości.

Na rysunku 10 zaprezentowano rozkład poziomu dla skali diety. Uzyskane wyniki mieszczą się w przedziale od 3 do 28 punktów ze średnią wynoszącą 16,31 punktu. Mediana wynosi 16 punktów. Rozkład tej skali zaburzeń odżywiania jest zbliżony do rozkładu symetrycznego – przeważają wyniki przeciętne, co może świadczyć o umiarkowanym nasileniu zachowań



związanych z podejmowaniem prób kontrolowania masy ciała, najczęściej poprzez restrykcje dietetyczne.

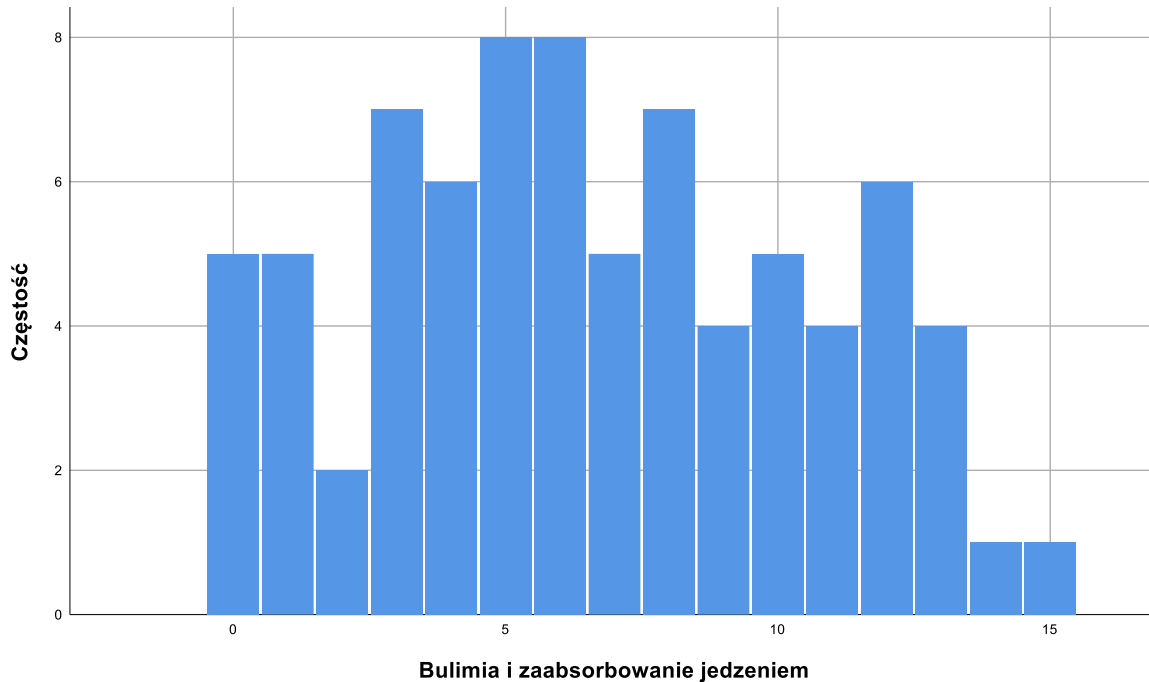


Rysunek 10. Rozkład poziomu skali diety.

Źródło: opracowanie własne

Rysunek 11 prezentuje rozkład poziomu skali bulimii i zaabsorbowania jedzeniem. Uzyskane wyniki mieszczą się w przedziale od 0 do 15 punktów (co wskazuje na pełne wykorzystanie możliwego zakresu skali) ze średnią wynoszącą 6,62 punktu i medianą wynoszącą 6 punktów, co oznacza, że rozkład jest zbliżony do symetrycznego, choć ma lekką przewagę niższych wyników. Można zauważyć istotne zróżnicowanie uzyskiwanych wyników w badanej próbie, może to świadczyć o szerokim spektrum nasilenia zachowań związanych z bulimią – od ich całkowitego braku po wyraźne nasilenie.



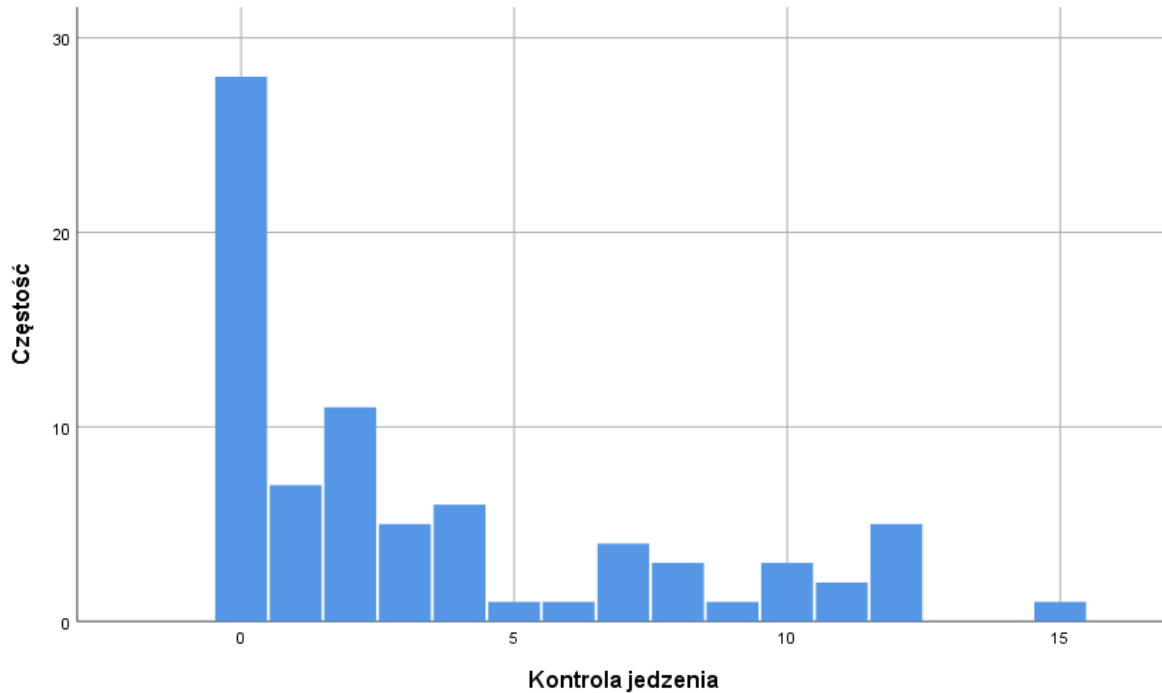


Rysunek 11. Rozkład poziomu skali bulimii i zaabsorbowania jedzeniem.

Źródło: opracowanie własne

Na rysunku 12 został zaprezentowany rozkład poziomu skali kontroli jedzenia. Uzyskane wyniki także mieszczą się w przedziale od 0 do 15 punktów, przy czym tym razem wartość średnia wyniosła 3,42 punktu, zaś mediana – 2 punkty. Można zauważyć wyraźną asymetrię – zdecydowana większość wyników koncentruje się wokół wartości najniższych. W badanej próbie najczęściej notowano wartość 0 wskazującą na brak objawów charakterystycznych dla tego wymiaru zaburzeń odżywiania u większości badanych kobiet. Rozkład charakteryzuje się prawostronną skośnością, co oznacza, że tylko u niewielkiej liczby respondentek obserwuje się wysokie natężenie tego typu zachowań.



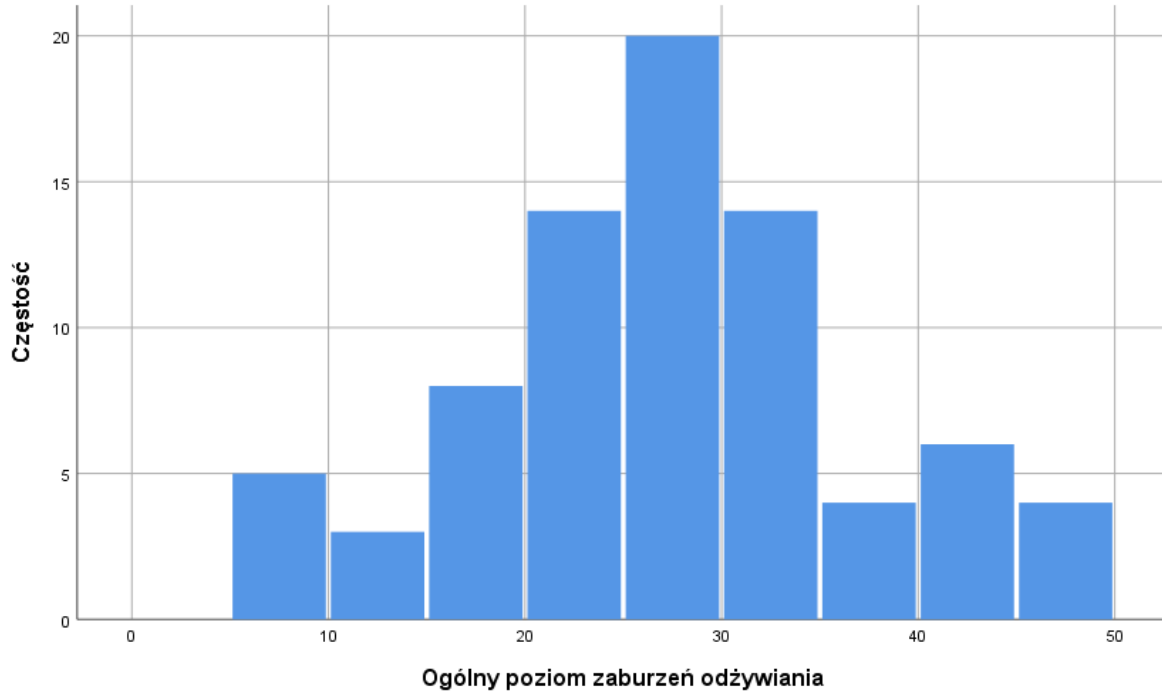


Rysunek 12. Rozkład poziomu skali kontroli jedzenia.

Źródło: opracowanie własne

Histogram na rysunku 13 przedstawia rozkład ogólnego poziomu zaburzeń odżywiania w badanej próbie. Uzyskane wyniki mieszczą się w przedziale od 8 do 49 punktów. Wartość średnia wynosi 26,73 punktu, mediana – 26 punktów. Rozkład uzyskanych wyników ma rozkład zbliżony do symetrycznego, większość wyników koncentruje się wokół środka rozkładu – najwięcej osób uzyskało wyniki w przedziale 25–35 punktów, skrajnie niskie i wysokie wyniki pojawiały się znacznie rzadziej. Zgodnie z interpretacją narzędzia EAT-26, wynik przekraczający 20 punktów jest uznawany za klinicznie istotny i może wskazywać na obecność objawów charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania. Biorąc pod uwagę rozkład zaprezentowany na rysunku 4, gdzie znaczna część wyników znajduje się powyżej wartości 20, można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że większość badanych osiągnęła wynik świadczący o wysokim nasileniu objawów zaburzeń odżywiania.





Rysunek 13. Rozkład ogólnego zaburzeń odżywiania.

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 9 zaprezentowano odpowiedzi badanych osób dla części B kwestionariusza. Dotyczą one częstości zachowań przejawianych w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Tabela 9

Częstość przejawiania określonych zachowań w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Zachowania	Odpowiedzi	N	%
Objadanie się	Nigdy	19	24,4
	1 raz w miesiącu lub rzadziej	15	19,2
	2-3 razy w miesiącu	12	15,4
	1 raz w tygodniu	12	15,4
	2-6 razy w tygodniu	10	12,8
	1 raz dziennie lub więcej	10	12,8

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Zachowania	Odpowiedzi	N	%
Wymiotowanie	Nigdy	57	73,1
	1 raz w miesiącu lub rzadziej	15	19,2
	2-3 razy w miesiącu	5	6,4
	1 raz w tygodniu	-	-
	2-6 razy w tygodniu	1	1,3
	1 raz dziennie lub więcej	-	-
Stosowanie środków przeczyszczających / odchudzających / moczopędnych	Nigdy	39	50
	1 raz w miesiącu lub rzadziej	16	20,5
	2-3 razy w miesiącu	5	6,4
	1 raz w tygodniu	2	2,6
	2-6 razy w tygodniu	9	11,5
	1 raz dziennie lub więcej	7	9
Ćwiczenie ponad 60 min dziennie	Nigdy	30	38,5
	1 raz w miesiącu lub rzadziej	10	12,8
	2-3 razy w miesiącu	15	19,2
	1 raz w tygodniu	6	7,7
	2-6 razy w tygodniu	10	12,8
	1 raz dziennie lub więcej	7	9
Schudnięcie 10kg lub więcej	Tak	3	3,8
	Nie	75	96,2
Bycie leczonym z powodu zaburzeń odżywiania	Tak	32	41
	Nie	46	59

Źródło: opracowanie własne



Analizując zaprezentowane dane można wskazać kilka istotnych obserwacji w badanej grupie. Zjawisko objadania się z utratą kontroli występowało stosunkowo często – zdecydowana większość grupy (75,6% badanych) wskazała na przynajmniej sporadyczne występowanie tego zachowania, z czego 12,8% deklaroowało objadanie się 2–6 razy w tygodniu, a 12,8% – codziennie lub częściej. Jedynie 24,4% uczestniczek zadeklarowało, że nie doświadczyło takiego epizodu w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Dane wyniki świadczą o istotnym nasileniu problemów z kompulsywnym objadaniem się w badanej grupie.

Większość badanych (73,1%) zaprzeczyła stosowaniu wymiotowania w celu kontroli masy ciała. Natomiast stosowanie środków przeczyszczających, odchudzających lub moczopędnych z różną częstotliwością, zgłosiła połowa badanej grupy kobiet, z których 11,5% uczestniczek wskazało, że używało ich 2–6 razy w tygodniu, a 9% – codziennie lub częściej, co świadczy o bardzo wysokim nasileniu tego rodzaju zachowań kompensacyjnych wśród 20,1% uczestniczek z grupy.

38,5% badanych zadeklarowało całkowity brak tak intensywnych ćwiczeń w celu kontroli wagi, natomiast 11,8% kobiet z grupy stosuje nadmierne ćwiczenia fizyczne 2–6 razy w tygodniu lub częściej, co może odzwierciedlać kompulsywne podejście do aktywności fizycznej.

Leczenie z powodu zaburzeń odżywiania zadeklarowało 41% uczestniczek badania. Jest to istotna informacja, która może wpływać na interpretację wyników całego badania – wskazuje na wysoką częstość wystąpienia problemów żywieniowych wymagających interwencji klinicznej.

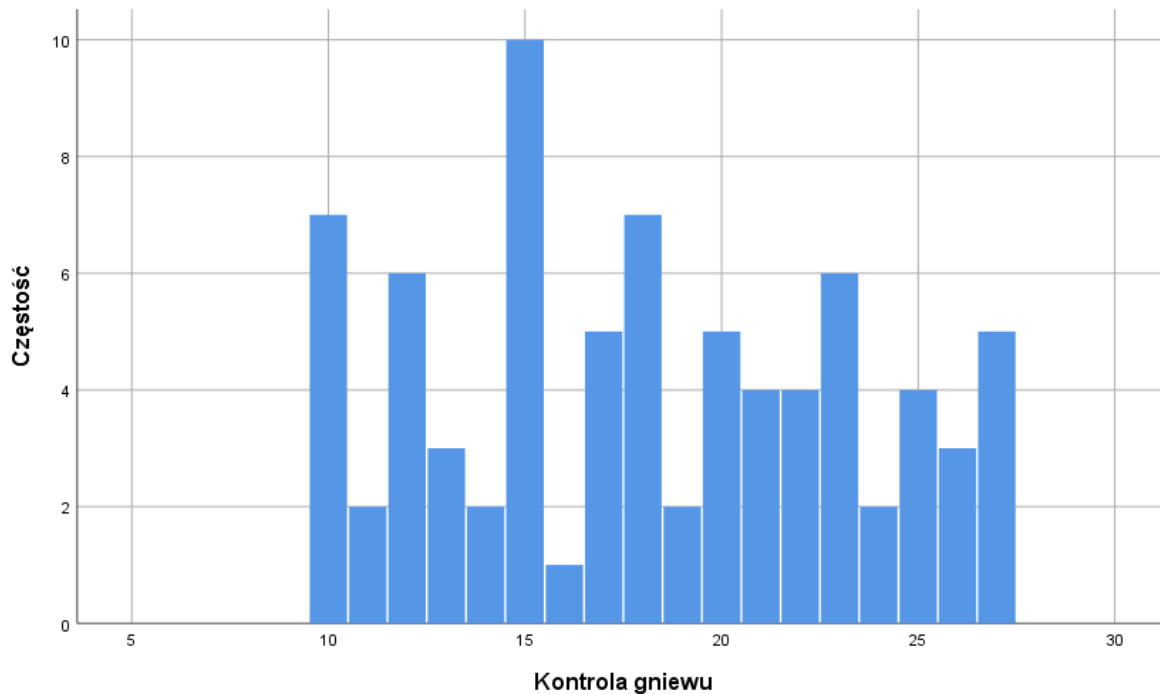
Analiza odpowiedzi na pytania behawioralne wyraźnie pokazuje, że w badanej grupie kobiet stosunkowo często występowały zarówno kompulsywne, jak i restrykcyjne wzorce regulacji masy ciała. Wysoki odsetek osób z historią leczenia zaburzeń odżywiania dodatkowo potwierdza zasadność doboru próby i znaczenie uzyskanych wyników.

5.3 Analiza poziomu kontroli emocji w grupie badanej

W kolejnym kroku analizie częstości został poddany poziom kontroli emocji w badanej grupie kobiet. Dla każdej ze skal wyniki mogły mieścić się w przedziale od 7 do 28 punktów, zaś wynik ogólny, będący sumą tych trzech skal, potencjalnie mógł mieścić się w przedziale od 21 do 84 punktów.



Rozkład poziomu gniewu (rysunek 14) nie wykazywał wyraźnej przewagi wyników niskich czy wysokich, wyniki są zróżnicowane i rozproszone w całym zakresie możliwych punktacji. Taki układ sugeruje dużą indywidualną zmienność w zakresie kontroli gniewu w badanej próbie kobiet.

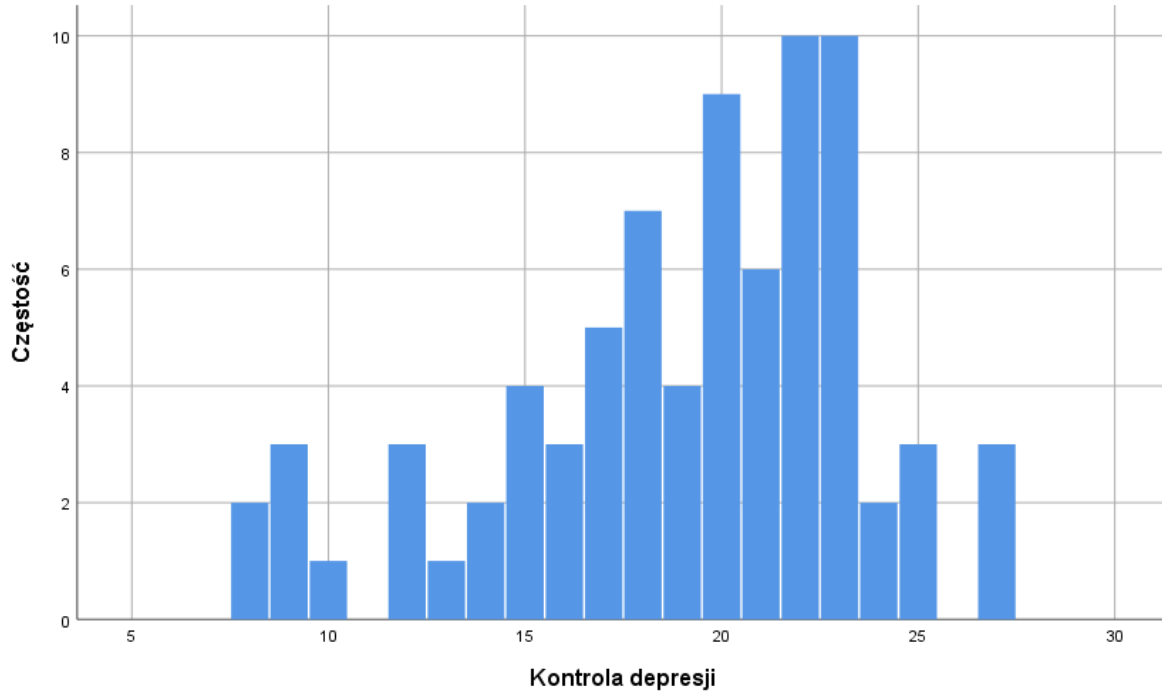


Rysunek 14. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli gniewu.

Źródło: opracowanie własne

Z kolei rozkład poziomu depresji wykazuje lekką asymetrię lewostronną z przewagą wyników średnich i wyższych. Może to sugerować, że większość badanych kobiet charakteryzuje się umiarkowanym lub podwyższonym poziomem tłumienia emocji depresyjnych. Warto odnotować stosunkowo niewielką liczbę niskich wyników, co może świadczyć o częstym tłumieniu stanów przygnębienia w grupie badanej.



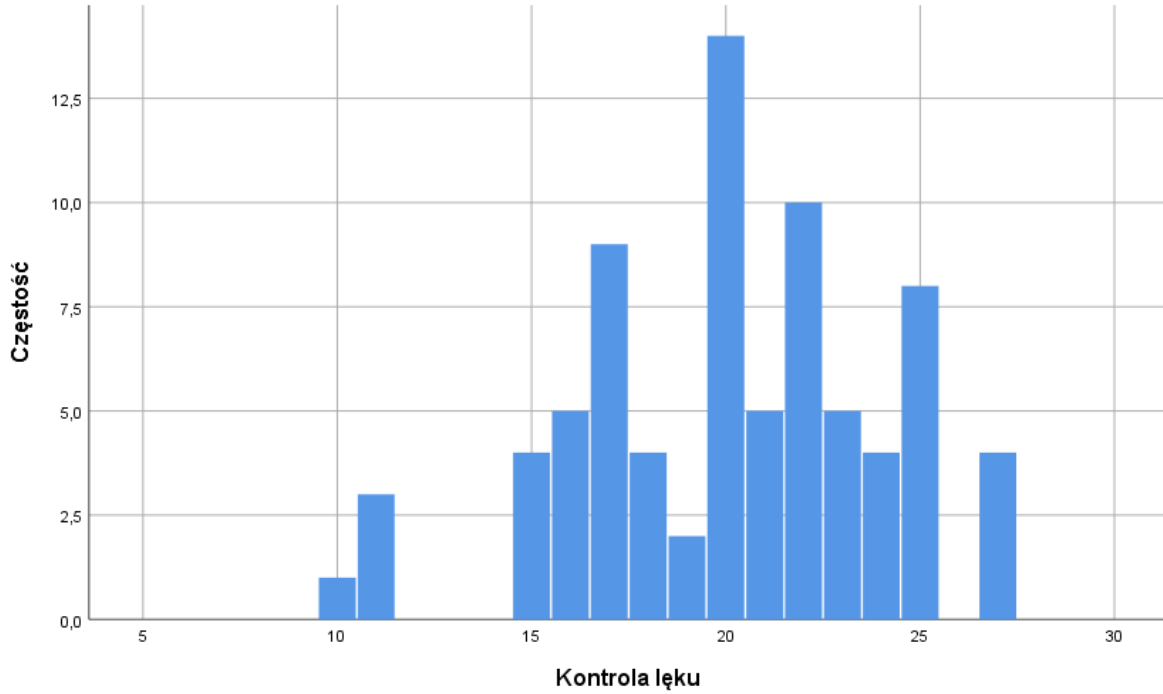


Rysunek 15. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli depresji.

Źródło: opracowanie własne

Rozkład wyników dla skali kontroli lęku również wskazuje na przewagę średnich i wyższych wartości. Histogram ma nieco bardziej symetryczny kształt, niż skala depresji, jednak z zauważalnym skupieniem wokół wyniku w zakresie od 20 do 22 punktów. Oznacza to, że badane kobiety stosunkowo często tłumią przejawy lęku lub niepokoju, co może mieć znaczenie w kontekście zaburzeń odżywiania.



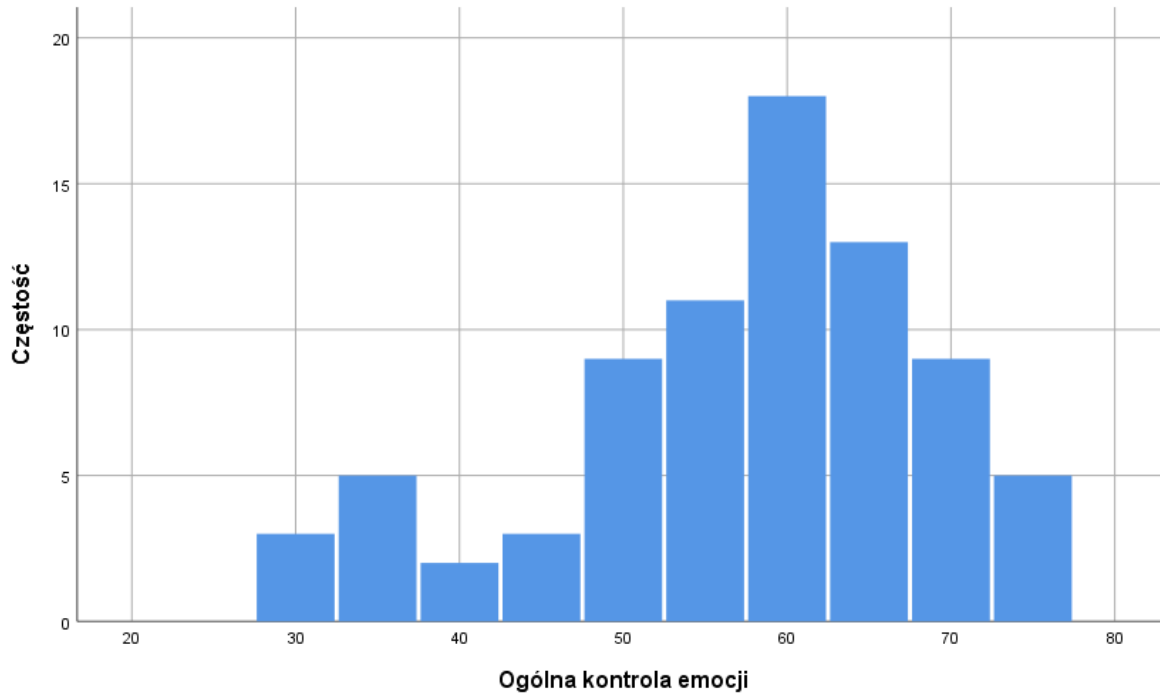


Rysunek 16. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli lęku.

Źródło: opracowanie własne

Rozkład ogólnej kontroli emocji pokazuje wyraźne skupienie wyników w górnej części skali, ze szczytem w przedziale 55–65 punktów. Sugeruje to, że znaczna część badanych kobiet cechuje się wysokim poziomem ogólnej kontroli emocji (tłumienia ekspresji emocjonalnej). Może to wskazywać na dominującą strategię regulacji emocji poprzez ich zahamowanie wśród uczestniczek badania.





Rysunek 17. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli emocji.

Źródło: opracowanie własne

5.4 Poziom kontroli emocji a nasilenie zaburzeń odżywiania

W dalszym etapie analizy podjęto próbę weryfikacji pierwszej hipotezy badawczej, zakładającej istnienie dodatniej korelacji pomiędzy poziomem kontroli emocji a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania u kobiet. Celem było ustalenie, czy wraz ze wzrostem tendencji do tłumienia emocji obserwuje się również wzrost nasilenia zaburzeń odżywiania. Wykonano serię analiz korelacji r Pearsona. Jak widać na wynikach zaprezentowanych w tabeli 10, odnotowano tylko jedną korelację istotną statystycznie. Poziom skali bulimii i zaabsorbowania jedzeniem korelował ujemnie z poziomem kontroli depresji. Oznacza to, że wyższy poziom kontroli depresji współwystępował z niższym poziomem zaburzeń bulimicznych i zaabsorbowania jedzeniem. Siła tej korelacji była niska. Pozostałe, niewymienione powyżej korelacje nie były istotne statystycznie. Większość analiz nie wykazała istotnych korelacji, z wyjątkiem negatywnego związku między tłumieniem depresji a objawami bulimii, przeprowadzone analizy zatem nie pozwalają na potwierdzenie hipotezy.



Tabela 10

Związki pomiędzy poziomem kontroli emocji badanych kobiet a poziomem ich zaburzeń odżywiania

Skale	Dieta	Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	Kontrola jedzenia	Ogólny poziom zaburzeń odżywiania
Kontrola gniewu	0,09	-0,14	0,22	0,12
Kontrola depresji	0	-0,23*	0,04	-0,05
Kontrola lęku	-0,07	-0,06	-0,06	-0,06
Ogólna kontrola emocji	0,02	-0,18	0,10	0,01

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

W kolejnym etapie analizy podjęto próbę weryfikacji hipotezy drugiej, zakładającej istnienie związku pomiędzy nasileniem kontroli emocji a wskaźnikiem masy ciała u badanych kobiet. Założono, że osoby o nieprawidłowej masie ciała (zarówno niedowadze, jak i nadwadze/otyłości) mogą cechować się odmiennym poziomem tendencji do tłumienia emocji, co może mieć znaczenie dla rozwoju lub utrzymywania się zaburzeń odżywiania.

W celu weryfikacji tej hipotezy wykonano serię analiz korelacji rangowej ρ Spearmana. pomiędzy BMI a wynikami w poszczególnych skalach kontroli gniewu, lęku, depresji. Najsilniejszy związek dotyczył kontroli gniewu – współczynnik korelacji wynosił $\rho = -0,37$ ($p < 0,001$), co wskazuje na umiarkowaną, ujemną zależność. Oznacza to, że im wyższy był BMI badanych kobiet, tym niższy poziom tłumienia gniewu u nich występował. Słabszy związek zaobserwowano także pomiędzy BMI a kontrolą depresji ($\rho = -0,24$; $p < 0,05$), co może sugerować, że kobiety o wyższej masie ciała miały trudności z tłumieniem emocji związanych ze smutkiem i przygnębieniem. Dla ogólnej kontroli emocji również wykazano istotną ujemną korelację ($\rho = -0,32$; $p < 0,01$), co potwierdza ogólną tendencję, że osoby z wyższym BMI



wykazują mniejsze zdolności do regulacji emocjonalnej. Korelacja dla kontroli lęku nie była istotna statystycznie. Omówione wyniki są zaprezentowane w tabeli 11.

Tabela 11

Związki pomiędzy BMI badanych kobiet a poziomem ich kontroli emocji

Skale kontroli emocji	BMI
Kontrola gniewu	-0,37***
Kontrola depresji	-0,24*
Kontrola lęku	-0,11
Ogólna kontrola emocji	-0,32**

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

Podsumowując, wyniki częściowo potwierdzają postawioną hipotezę – istnieją związki między wskaźnikiem masy ciała a poziomem kontroli emocji, szczególnie w odniesieniu do gniewu, depresji oraz ogólnego tłumienia emocji. Może to wskazywać, że trudności w regulowaniu emocji są istotnym czynnikiem psychologicznym u osób z nieprawidłową masą ciała.

5.5 Analiza wyników ankiety

W kolejnej części opracowania postanowiono wykorzystać dane z autorskiego kwestionariusza oraz, aby sprawdzić, w jaki sposób odnoszą się one do badanych zmiennych, w celu lepszego zrozumienia specyfiki i sposobu funkcjonowania badanej grupy.

Na początku zbadano, czy zachodzą związki pomiędzy wiekiem badanych kobiet a poziomem kontroli emocji, mierzonej w czterech wymiarach: kontrola gniewu, depresji, lęku oraz ogólna kontrola emocji. Wykonano serię analiz korelacji r Pearsona. Wyniki korelacji (tabela 12) wskazują na istotne statystycznie zależności dla dwóch zmiennych: odnotowano umiarkowaną negatywną korelację dla kontroli gniewu oraz nieco słabszą ujemną korelację dla ogólnej kontroli emocji. Oznacza to, że wraz z wiekiem badanych kobiet spada poziom kontroli gniewu – starsze uczestniczki mają tendencję do mniejszego kontrolowania ekspresji tej emocji. Ogólny poziom



kontroli emocji również się obniża wraz z wiekiem. Pozostałe dwie korelacje – dla kontroli depresji i lęku – nie były istotne statystycznie.

Tabela 12

Związki pomiędzy wiekiem badanych kobiet a poziomem ich kontroli emocji

Skale kontroli emocji	Wiek
Kontrola gniewu	-0,33**
Kontrola depresji	-0,15
Kontrola lęku	-0,15
Ogólna kontrola emocji	-0,26*

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

W kolejnym kroku analizy sprawdzono, czy istnieje związek pomiędzy poziomem posiadanego wsparcia od bliskiej osoby deklarowanego przez badane kobiety (pytanie P-5) a ich zdolnością do kontroli emocji. Przeprowadzono analizę korelacji rangowej *rho* Spearmana, wyniki której przedstawiono w tabeli 13.

Wyniki wskazują, że większe poczucie posiadanego wsparcia wiąże się z niższym poziomem tłumienia lęku. Oznacza to, że kobiety, które deklarowały posiadanie bliskiej osoby, z którą mogą otwarcie porozmawiać o problemach z odżywianiem, były mniej skłonne do tłumienia lęku – a zatem mogły częściej go wyrażać lub lepiej sobie z nim radzić bez konieczności jego tłumienia.

Choć pozostałe współczynniki innych korelacji (dla kontroli gniewu, depresji i ogólnego poziomu tłumienia emocji) nie były istotne statystycznie, również miały ujemny kierunek.



Tabela 13

Związki pomiędzy poziomem posiadanego przez badane kobiety wsparcia a poziomem ich kontroli emocji

Skale kontroli emocji	Posiadane wsparcie
Kontrola gniewu	-0,13
Kontrola depresji	-0,21
Kontrola lęku	-0,30**
Ogólna kontrola emocji	-0,21

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

Następnie postanowiono zbadać, czy zachodzą związki pomiędzy funkcjonowaniem społecznym badanych kobiet a nasileniem zaburzeń odżywiania. Poziom funkcjonowania oceniono na podstawie odpowiedzi na pytanie P-6 „Czy Twoje problemy z jedzeniem lub obrazem ciała powodują, że unikasz określonych sytuacji społecznych (np. wspólne posiłki, wyjścia, imprezy)?”, na które respondentki udzieliły odpowiedzi: 1 – tak, bardzo często, 2 – czasami, 3 – rzadko, 4 – nigdy. Wykonano serię analiz korelacji rangowej ρ Spearmana. Jak widać w tabeli 14 odnotowano jedną korelację istotną statystycznie – jedynie komponent bulimiczny wykazuje istotny ujemny związek z funkcjonowaniem społecznym. Oznacza to, że im silniejsze objawy bulimii i zaabsorbowania jedzeniem, tym gorsze jest funkcjonowanie społeczne, czyli osoby częściej unikają kontaktów z powodu doświadczanych trudności. Pozostałe zmienne nie wykazały istotnych zależności.

Tabela 14

Związki pomiędzy poziomem zaburzeń odżywiania a funkcjonowaniem społecznym badanych kobiet

Skale zaburzeń odżywiania	Funkcjonowanie społeczne
Dieta	-0,08

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Skale zaburzeń odżywiania	Funkcjonowanie społeczne
Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	-0,30**
Kontrola jedzenia	0,13
Ogólny poziom zaburzeń odżywiania	-0,11

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

W kolejnym etapie analizy podjęto próbę określenia, które sfery życia stanowią dla badanych kobiet główne źródła lęku (P-1), gniewu (P-2) oraz depresji (P-3). Uczestniczki zostały poproszone o ocenę trzynastu obszarów życiowych na skali od 1 – wcale do 5 – bardzo silnie, odpowiadając na pytania „W jakim stopniu poniższe sfery życia wywołują u Ciebie lęk/gniew/depresję?” (osobno dla każdej emocji). Średnie wartości odpowiedzi dla poszczególnych sfer przedstawiono na poniższych wykresach, odpowiednio dla lęku, gniewu i depresji. Dla zwiększenia przejrzystości, wyniki uszeregowano malejąco – od obszarów ocenianych jako najbardziej obciążające emocjonalnie do tych, które budziły najmniejsze nasilenie negatywnych emocji.

Analiza wykazała, iż dla wszystkich trzech emocji najwyższe wartości średnie uzyskały trzy kategorie:

- Wygląd ciała / sylwetka,
- Waga i kontrola masy ciała,
- Poczucie braku kontroli nad jedzeniem.

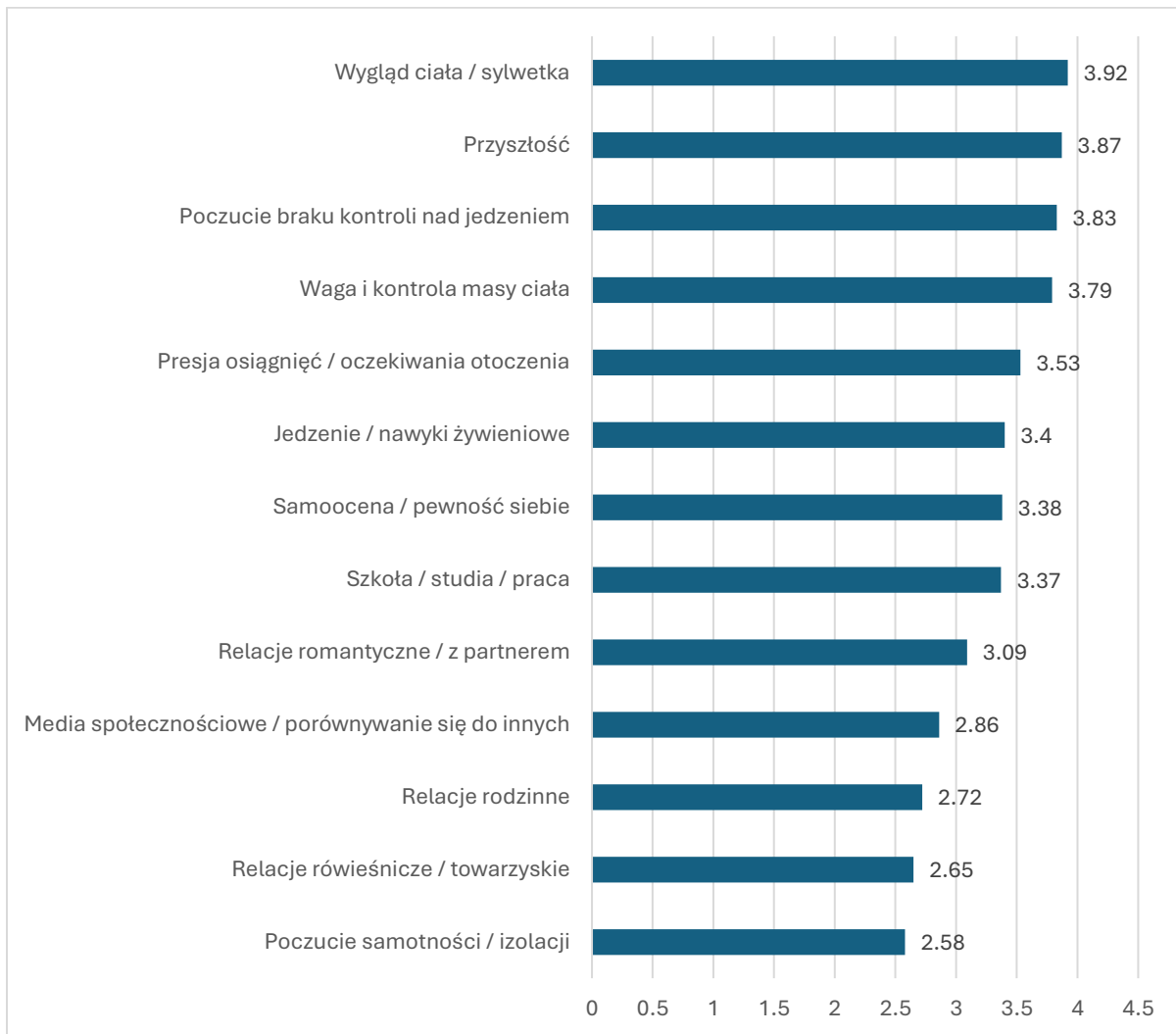
Sfery te okazały się najistotniejsze zarówno dla lęku ($M = 3,92; 3,79; 3,83$), gniewu ($M = 3,36; 3,36; 3,06$), jak i depresji ($M = 3,90; 3,90; 3,56$). Wyniki te pozostają spójne z literaturą przedmiotu, wskazującą na centralne znaczenie problemów z obrazem ciała oraz relacją z jedzeniem u kobiet z trudnościami w obszarze odżywiania.



Zauważalne są również różnice charakterystyczne dla poszczególnych stanów emocjonalnych. Lęk był szczególnie nasilony w kontekście przyszłości ($M = 3,87$) oraz presji osiągnięć i oczekiwań społecznych ($M = 3,53$).

Gniew w większym stopniu niż lęk czy depresja związany był z relacjami interpersonalnymi – szczególnie z relacjami rodzinnymi ($M = 2,79$), społeczną presją ($M = 2,91$) i sferą romantyczną ($M = 2,29$).

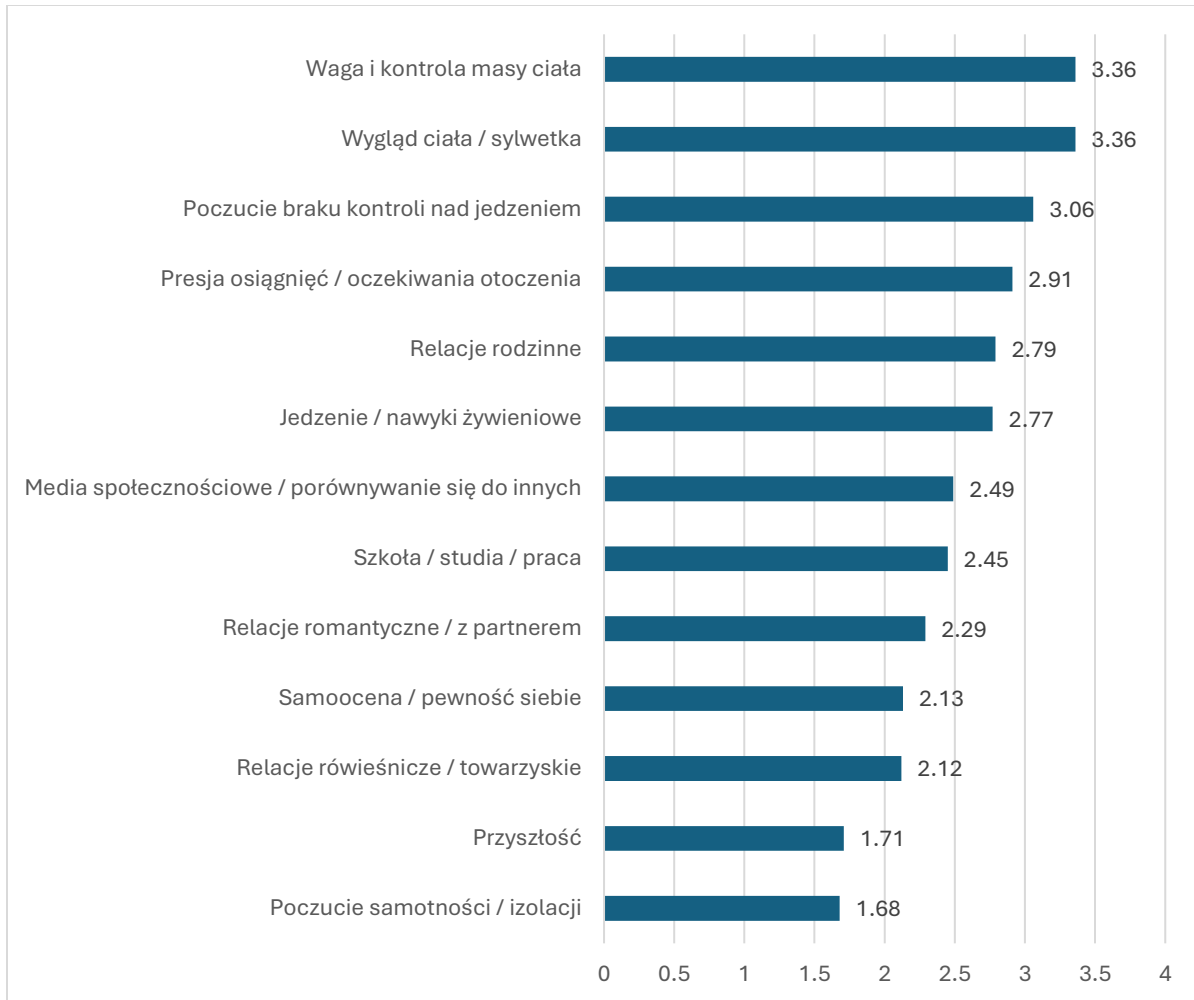
Depresja ujawniła z kolei większe powiązanie z wymiarem intrapsychoicznym – wysoka intensywność depresji związana była z niską samooceną ($M = 3,64$), samotnością ($M = 2,99$) oraz relacjami romantycznymi ($M = 3,22$).



Rysunek 18. Sfery życia wywołujące lęk u badanych kobiet – P-1.

Źródło: opracowanie własne

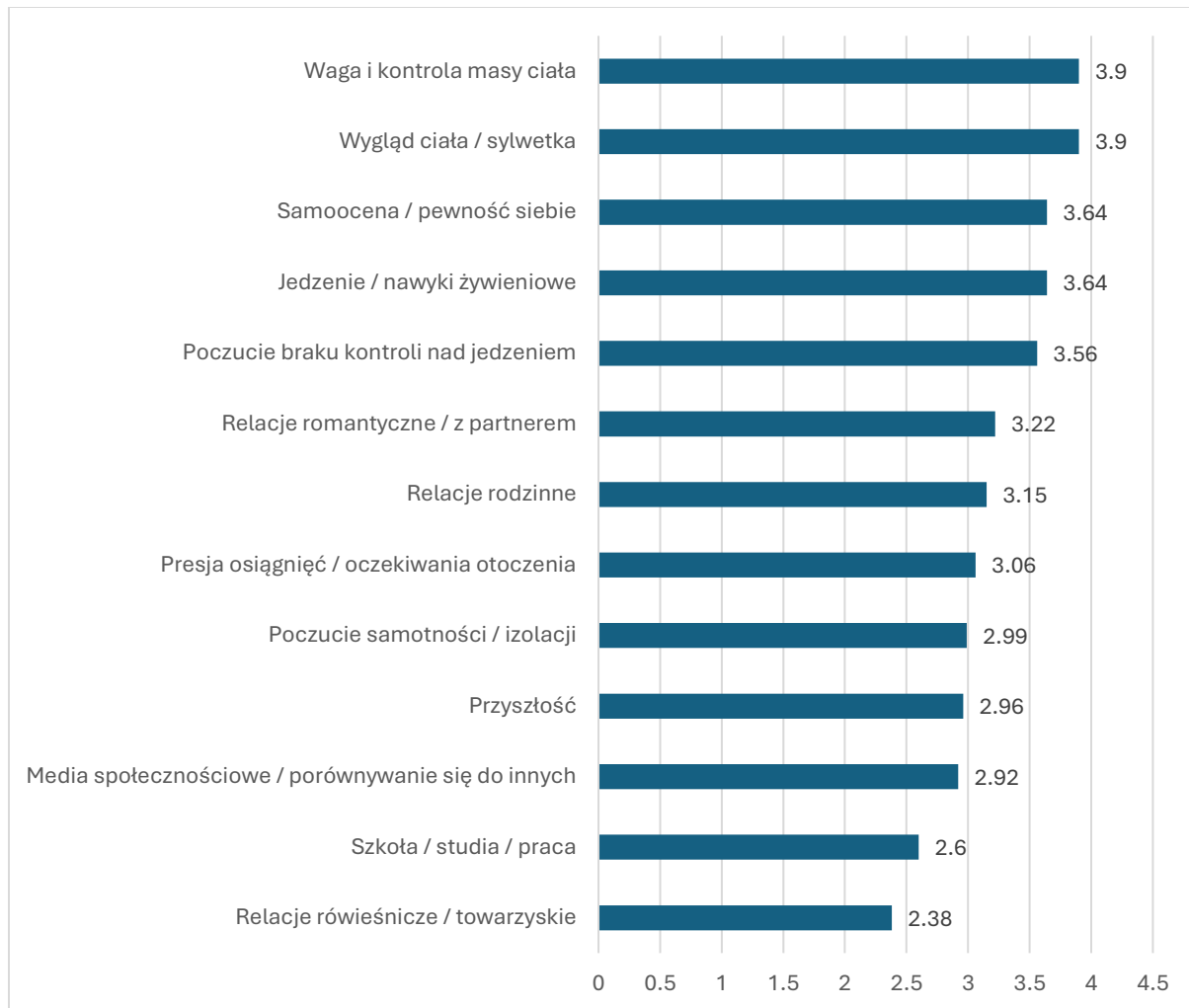




Rysunek 19. Sfery życia wywołujące gniew u badanych kobiet – P-2.

Źródło: opracowanie własne





Rysunek 20. Sfery życia wywołujące depresję u badanych kobiet – P-3.

Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy wskazują na kluczowe znaczenie sfer związanych z wyglądem ciała, kontrolą wagi oraz relacją z jedzeniem jako głównych źródeł lęku, gniewu i depresji w badanej grupie kobiet. Każda z emocji wykazuje jednak odrębny profil – lęk bardziej powiązany jest z niepewnością i oceną społeczną, gniew z relacjami i presją otoczenia, natomiast depresja ze sferą samooceny i więzi emocjonalnych. Wyniki te mają istotne implikacje praktyczne, szczególnie w zakresie pracy terapeutycznej uwzględniającej źródła cierpienia emocjonalnego.

Reasumując wyniki analizy badań własnych można powiedzieć, że przeważająca część uczestniczek osiągnęła wyniki świadczące o nasilonych symptomach zaburzeń odżywiania, w szczególności w zakresie kompulsywnego objadania się. Natomiast w odniesieniu do poszczególnych skal – zwłaszcza skali bulimii i zaabsorbowania jedzeniem oraz skali diety –



badana grupa wykazuje istotną heterogeniczność, co wskazuje na duże zróżnicowanie nasilenia objawów w tych obszarach i może wpływać na wyniki korelacji z kontrolą emocji.

Wśród osób badanych obserwuje się również wyraźną tendencję do stosowania strategii tłumienia emocji. Wyniki badań wskazują, że uczestniczki często powstrzymują ekspresję lęku i depresji.

Warto również podkreślić, że 41% kobiet biorących udział w badaniu zadeklarowało wcześniejsze lub aktualne leczenie z powodu problemów żywieniowych, co z jednej strony może wskazywać na wysoki poziom klinicznej istotności objawów zaburzeń odżywiania w całej grupie, a z drugiej również może mieć wpływ na wyniki badań korelacyjnych.

W analizie związku pomiędzy poziomem tłumienia emocji a nasileniem zaburzeń odżywiania stwierdzono tylko jeden istotny związek – ujemną korelację między nasileniem objawów bulimicznych a poziomem kontroli depresji, co nie pozwala na potwierdzenie głównej hipotezy.

Wyniki natomiast częściowo potwierdziły drugą hipotezę badawczą – uzyskano dowody na istnienie powiązań między BMI a zdolnością do kontroli emocji u osób z zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza w kontekście gniewu, depresji i ogólnego tłumienia emocji. Może to wskazywać, że jedzenie staje się mechanizmem regulacji emocji, kompensując brak ekspresji emocjonalnej. To zjawisko może prowadzić do zarówno niedowagi, jak i nadwagi/otyłości — w zależności od strategii radzenia sobie danej osoby.

Analiza porównawcza trzech emocji – lęku, gniewu i depresji – wskazała, że najwyższe średnie wartości dla wszystkich tych stanów afektywnych uzyskały trzy kategorie: wygląd ciała/sylwetka, waga i kontrola masy ciała oraz poczucie braku kontroli nad jedzeniem. Ponadto:

- Lęk był szczególnie nasilony w odniesieniu do przyszłości oraz presji oczekiwań społecznych;
- Gniew był wyraźniej związany z relacjami interpersonalnymi – szczególnie rodzinnymi, społecznymi oczekiwaniami i relacjami romantycznymi;
- Depresja natomiast najczęściej wiązała się z niską samooceną, poczuciem samotności oraz problemami w relacjach romantycznych.



Podsumowując, uzyskane dane nie potwierdzają wyraźnej korelacji pomiędzy nasileniem zaburzeń odżywiania a tłumieniem emocji w danej grupie, natomiast dostarczają spójnego obrazu współwystępowania objawów zaburzeń odżywiania z określonymi wzorcami funkcjonowania emocjonalnego oraz podkreślają znaczenie wybranych sfer życia jako potencjalnych źródeł emocjonalnego dyskomfortu u badanych kobiet.



Rozdział 6. Dyskusja wyników

6.1 Weryfikacja hipotez

Badania zrealizowane w ramach niniejszej pracy pozwoliły uzyskać dane na temat objawów zaburzeń odżywiania oraz poziomu kontroli emocji u kobiet, które są uczestniczkami grup wsparcia dla osób z zaburzeniami odżywiania. Uzyskane wyniki umożliwiły udzielenie odpowiedzi na pytania badawcze sformułowane w rozdziale 4.2 oraz weryfikację hipotez.

H1: istnieje dodatnia korelacja pomiędzy poziomem tłumienia emocji a nasileniem objawów zaburzeń odżywiania u badanych kobiet.

Dana hipoteza nie uzyskała potwierdzenia w przeprowadzonym badaniu. Jedynie kontrola depresji wykazała istotną statystycznie ujemną korelację z poziomem bulimii ($r = -0,23, p < 0,05$). Oznacza to, że im większą kontrolę depresji (tłumienia stanów przygnębia) przejawia osoba, tym niższy jest u niej poziom objawów bulimicznych. Może to świadczyć o potencjalnym związku między mechanizmami tłumienia depresji a nasileniem zaburzeń odżywiania w tym wymiarze. Pozostałe związki nie osiągają poziomu istotności statystycznej, co sugeruje, że w danej grupie badanej siła zależności pomiędzy kontrolą poszczególnych emocji a różnymi aspektami zaburzeń odżywiania jest ograniczona i wymaga dalszej, pogłębionej analizy w przyszłych badaniach.

H2. Istnieje korelacja pomiędzy tłumieniem emocji a wskaźnikiem masy ciała u badanych kobiet.

Powyzsza hipoteza uzyskała częściowe potwierdzenie w badaniu. Wyniki wskazują na to, że wyższy BMI wiąże się z niższym poziomem kontroli emocji, zwłaszcza w odniesieniu do gniewu, która wykazała najsilniejszą ujemną korelację ze wskaźnikiem masy ciała ($r = -0,37, p < 0,001$), co oznacza, że kobiety z wyższym BMI cechują się niższym poziomem kontroli gniewu, zatem są mniej skłonne do tłumienia tej emocji.

Ogólna kontrola emocji również ujemnie koreluje z BMI ($r = -0,32, p < 0,01$), co sugeruje, że wyższy wskaźnik masy ciała wiąże się z mniejszym poziomem tłumieniem emocji. Kontrola depresji także wykazuje istotną ujemną korelację ($r = -0,24, p < 0,05$), co może wskazywać, że osoby z wyższym BMI rzadziej czy w mniejszym stopniu tłumią stany przygnębia.



Podsumowując przytoczone wyżej dane, można powiedzieć, że trudności w obszarze kontroli emocji mogą być istotnym psychologicznym czynnikiem powiązanim z nieprawidłową masą ciała w badanej grupie kobiet.

6.2 Ograniczenia badań

W dalszej części podjęta zostanie próba analizy ograniczeń badań, które mogły mieć wpływ na uzyskane wyniki.

Zdaniem autorki niniejszej pracy, istotnym ograniczeniem przeprowadzonego badania jest heterogeniczność grupy, co wyraźnie ujawnia się w rozdziale 4.5 poświęconym jej charakterystyce oraz w rozdziale 5.2 zawierającym analizę wyników dla poszczególnych skal EAT-26. Grupa badanych kobiet (mimo tego, że wszystkie jej uczestniczki szukały wsparcia z powodów zaburzeń odżywiania) jest bardzo zróżnicowana pod kątem wieku, BMI, nasilenia lub braku objawów stosowania restrykcji żywieniowych, nasilenia lub braku symptomów bulimii oraz tendencji do kontroli gniewu. Dodatkowo, spora część grupy (ponad 41%) zadeklarowała doświadczenie leczenia z powodu zaburzeń odżywiania. Wymienione zmienne mogły zamaskować subtelne zależności pomiędzy kontrolą emocji a zaburzeniami odżywiania. Dla pogłębionego zbadania danego zjawiska warto przeprowadzić dodatkowe analizy, kontrolując zmienne zakłócające, przykładowo, zbadać korelację pomiędzy kontrolą emocji a zaburzeniami odżywiania: a) dla osobnych przedziałów wiekowych w grupie; b) osobno dla osób z niedowagą, nadwagą i otyłością; c) wyodrębnić podgrupy osób z doświadczeniem leczenia w związku z zaburzeniami odżywiania, w trakcie leczenia oraz niemającymi takiego doświadczenia. Dodatkowo, zróżnicowane wyniki w poszczególnych skalach zaburzeń odżywiania pozwalają na przeanalizowanie korelacji z kontrolą emocji osobno dla wyników niskich i wysokich.

Kolejnym istotnym ograniczeniem badania jest stosunkowo niewielka liczebność próby, która wyniosła 78 uczestniczek. Doświadczenia zdobyte przez autorkę niniejszej pracy wskazują, że osoby należące do grup wsparcia, mimo pierwotnych założeń, rzadko wyrażają gotowość do udziału w badaniach naukowych, koncentrując się raczej na wymianie osobistych doświadczeń związanych z zaburzeniami oraz poszukiwaniu wsparcia i porad. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że uczestniczki znajdowały się na różnych etapach zaburzeń w różnym ich nasileniu oraz wykazywały zróżnicowany stan emocjonalny, co mogło wpływać na ich motywację do udziału w badaniu oraz gotowość do udzielania szczerych odpowiedzi.



6.3 Wyniki badań własnych na tle innych badań w obszarze zaburzeń odżywiania

W celu osadzenia wyników niniejszego badania w szerszym kontekście naukowym, została przeprowadzona analiza dotychczasowych badań dotyczących relacji pomiędzy zaburzeniami odżywiania a kontrolą emocji, ze szczególną uwagą poświęconą aspektowi tłumienia emocji, ponieważ ten wymiar jest mierzony za pomocą narzędzia CECS, wykorzystanym w badaniu. Przegląd wyników uzyskanych przez innych autorów na przestrzeni lat (Leppanen, Brown, McLinden, Williams i Tchanturia, 2022) wskazuje na znaczne zróżnicowanie – część badań potwierdza istnienie istotnych korelacji oraz silnych zależności, podczas gdy inne nie wykazują statystycznie istotnych powiązań między analizowanymi zmiennymi.

Tabela 15

Zestawienie badań korelacyjnych nad tłumieniem emocji i zaburzeniami odżywiania

Autorzy, rok	Próbka kliniczna	Liczba próby	Liczba kobiet N (%)	Wiek M (SD)	BMI M (SD)	Narzędzie pomiaru regulacji emocji	Narzędzie pomiaru zaburzeń odżywiania	Korelacja r [95% CI]
Oldershaw i in.	AN, EDNOS	40	37 (92.5%)	26.0 (8.8)	16.6 (1.3)	STSS	EDE-Q	0.34 [0.02, 0.67]
Overton i in.	AN, BN	32	32 (100%)	28.1 (10.3)	21.5 (6.5)	YSQ Emotional Inhibition	EDI-DT	0.17 [-0.19, 0.54]
Torres i in.	BED	7	7 (100%)	38.3 (9.3)	34.6 (3.9)	EPS Supression Scale	DEBQ	0.76 [-0.22, 1.74]
Cardi i in.	AN, BN, EDNOS	65	65 (100%)	25.8 (8.1)	18.9 (2.1)	pomiar reakcji mimicznych	EDE-Q	0.05 [-0.20, 0.30]
Davies i in.	AN	30	30 (100%)	24.5 (19.0 - 33.3)	14.6 (12.9 - 15.6)	pomiar reakcji mimicznych	EDE-Q	0.46 [0.08, 0.84]
Dapelo i in.	AN, BN	40	40 (100%)	27.9 (8.4)	18.9 (2.5)	pomiar reakcji mimicznych	EDE-Q	0.10 [-0.22, 0.42]
Lang i in.	AN	66	66 (100%)	20.1 (7.3)	15.4 (1.4)	pomiar reakcji mimicznych	EDE-Q	0.36 [0.11, 0.61]

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Autorzy, rok	Próbka kliniczna	Liczba- ność próby	Liczba kobiet N (%)	Wiek <i>M</i> (<i>SD</i>)	BMI <i>M</i> (<i>SD</i>)	Narzędzie pomiaru regulacji emocji	Narzędzie pomiaru zaburzeń odżywiania	Korelacja <i>r</i> [95% CI]
Leppanen i in.	AN	29	29 (100%)	26.2 (7.1)	16.3 (2.1)	pomiar reakcji mimicznych	EDE-Q	-0.09 [-0.05, 0.29]
Krug i in.	AN, BN, EDNOS	135	135 (100%)	25.6 (6.7)	21.9 (15.1)	STAXI-2	EDI	0.53 [0.36, 0.70]
Fassino i in.	BED	51	51 (100%)	34.5 (8.9)	36.5 (6.3)	STAXI-2 Anger Expression	EDI-DT	0.22 [-0.06, 0.51]
Danner i in.	AN, BN, BED, EDNOS	123	123 (100%)	28.6 (8.4)	23.8 (3.3)	ERQ	EDDS	0.08 [-0.10, 0.26]
Davies i in.	AN, BN	103	103 (100%)	26.4 (8.5)	18.1 (4.1)	ERQ	EDE-Q	0.47 [0.28, 0.67]
Rothschild- Yakar i in.	AN, BN	25	25 (100%)	17.2 (2.8)	20.4 (4.0)	ERQ	EAT	0.19 [-0.23, 0.61]
Svaldi i in.	AN, BN, BED	63	63 (100%)	30.7 (8.6)	25.4 (4.3)	ERQ	EDE-Q	0.51 [0.26, 0.76]

Adnotacja. STSS – *Silencing the Self Scale*; YSQ – *Young Schema Questionnaire*, EPS – *Emotional Processing Scale*, STAXI-2 – *State-Trait Anger Expression Inventory-2*, ERQ – *Emotion Regulation Questionnaire*, EDE-Q – *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDI-DT – *Eating Disorder Inventory-Drive for Thinness*, DEBQ – *Dutch Eating Behavior Questionnaire*, EDI – *Eating Disorder Inventory*, EDI-DT – *Eating Disorder Inventory-Drive for Thinness*, EDDS – *Eating Disorder Diagnostic Scale*, EAT – *Eating Attitudes Test*. Źródło: opracowanie własne na podstawie Leppanen i in., 2022.

Silny związek pomiędzy tłumieniem emocji a nasileniem zaburzeń odżywiania odnotowano w badaniu Kruga i in. (2012, za: Leppanen i in., 2022, s.13), gdzie wynik $r = 0,53$ wskazuje na to, że wyższy poziom tłumionej złości jest istotnie związany z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania. Podobnie silne zależności odnotowano w badaniach Svaldiego i in. (2012, za: Leppanen i in., 2022, s.13) oraz Daviesa i in. (2016, za: Leppanen i in., 2022, s.13), gdzie stosowanie strategii tłumienia emocji korelowało odpowiednio na poziomach $r = 0,51$ i $r = 0,47$ z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania. Torres i in. (2009, za: Leppanen i in., 2022, s.13) odnotowali najwyższą korelację ($r = 0.76$), jednak wynik ten nie osiągnął istotności statystycznej i został uzyskany na podstawie bardzo małej próby ($N = 7$), co znacząco ogranicza jego wartość.



Tłumienie emocji wykazuje umiarkowaną dodatnią korelację z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania, szczególnie wtedy, gdy stosowane są narzędzia ERQ, STAXI-2 oraz skale ekspresji mimicznej. Związek tłumienia emocji z objawami zaburzeń odżywiania jest bardziej wyraźny u pacjentów z anoreksją (AN) i bulimią psychiczną (BN), i słabszy przy zaburzeniu z napadami objadania się (BED) lub w heterogenicznych grupach.

Natomiast, z danych zawartych w tabeli 15 wynika, że w 50% przedstawionych badań zostały odnotowane słabe lub nieistotne korelacje, gdzie współczynniki korelacji mieściły się w przedziale $r = -0,09$ do $r = 0,22$, z szerokimi przedziałami ufności obejmującymi 0, co może świadczyć o braku istotnego związku statystycznego. Może to wynikać z różnic metodologicznych, takich jak wielkość próby lub zastosowane narzędzia badawcze.

Wyniki badań Brytek–Matery i in. (2022) przeprowadzone na próbie 270 osób dorosłych (M wiek = 29,44; $SD = 9,32$) za pomocą narzędzi *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ), *Eating Attitudes Test* (EAT) oraz *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) potwierdziły, że wysoki poziom tłumienia emocji nie zawsze jest związany z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania. Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników wyodrębniono trzy klastry: klaster 1 ($N = 115$) charakteryzuje się niskim poziomem tłumienia emocji i niskim poziomem objawów zaburzeń odżywiania; klaster 2 ($N = 43$) odznacza się wysokim poziomem tłumienia emocji i wysoką symptomatologią zaburzeń odżywiania; klaster 3 ($N = 112$) – wysoki poziom tłumienia emocji i niski poziom zaburzeń odżywiania. Największe nasilenie patologicznych zachowań żywieniowych, takich jak nadmierna kontrola jedzenia, jedzenie emocjonalne lub utrata kontroli nad ilością spożywanego pokarmu wystąpiło wyłącznie u osób z klastra 2, u których jednocześnie obserwowano wysoki poziom tłumienia emocji oraz wysoki poziom zaburzeń odżywiania. Z kolei osoby z wysokim tłumieniem emocji, ale bez nasilenia objawów (klaster 3), nie różniły się istotnie od osób z niskim poziomem tłumienia i niską symptomatologią (klaster 1).

Na podstawie zaprezentowanych danych można wnioskować, że nie jest możliwe jednoznaczne potwierdzenie związku pomiędzy ogólną tendencją do tłumienia emocji a nasileniem poziomu zaburzeń odżywiania, dodatnia korelacja pomiędzy tymi zmiennymi jest możliwa do zaobserwowania tylko w niektórych próbach. Wyniki te sugerują, że tłumienie emocji może stanowić czynnik ryzyka jedynie w interakcji z innymi cechami psychopatologicznymi. Wpływ na wyniki może mieć również typ zaburzenia odżywiania, jego nasilenie, faza choroby



oraz użyte narzędzia, zarówno do pomiaru tłumienia ekspresji emocjonalnej (warto wziąć pod uwagę, skale do pomiaru jakich emocji zawiera dane narzędzie), jak i do pomiaru lub diagnozy zaburzeń odżywiania.

Uzyskane w niniejszej pracy wyniki korelacji pomiędzy BMI a poziomem kontroli emocji są spójne z wynikiem zaprezentowanym przez Stetkiewicz–Lewandowicz, Wychowalek i Sobowa (2017). Badając grupę 116 studentów za pomocą *Skali kontroli emocji* (CECS) i kwestionariusza *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-13), doszli do wniosku, że osoby z niskim wskaźnikiem masy ciała charakteryzują się większą tendencją do tłumienia emocji w porównaniu do osób o prawidłowej lub nadmiernej masie ciała.

Natomiast warto zauważyć, związek pomiędzy poziomem kontroli emocji a wskaźnikiem masy ciała nie zawsze jest jednoznaczny, co potwierdzają badania empiryczne przeprowadzone przez Herren, Agurs–Collins, Dwyer, Perna i Ferrer (2021). Autorzy miały na celu ocenę, czy tłumienie emocji wiąże się z BMI za pośrednictwem jedzenia emocjonalnego i stylów żywieniowych, czy aktywność fizyczna wpływa na ten związek oraz czy zależności te różnią się w zależności od płci i pochodzenia etnicznego. W badaniu wzięło udział 1674 osób dorosłych ($N = 1674$), którzy uzupełnili zmodyfikowane wersje kwestionariuszy *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ), *Eating in the Absence of Hunger Questionnaire* (EAH), *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), oprócz tego zastosowano narzędzie do oceny diety oraz zebrano dane demograficzne, informację o wzroście i masie ciała. Uzyskane wyniki potwierdziły, że tłumienie emocji nie wiąże się bezpośrednio ze wskaźnikiem masy ciała, jednak wskazały na istnienie pośredniego wpływu: wyższy poziom tłumienia emocji wiązał się z podwyższonym BMI poprzez częstsze jedzenie emocjonalne i mniejsze spożycie owoców i warzyw. Wysoki poziom aktywności fizycznej osłabiał związki między tłumieniem emocji, jedzeniem emocjonalnym, wzorcami żywieniowymi oraz BMI.

Na podstawie omówionych wyżej wyników badań empirycznych, można wyciągnąć wniosek, że korelacja pomiędzy kontrolą emocji a BMI może być mediowana przez różne mechanizmy psychologiczne, zachowania żywieniowe oraz aktywność fizyczną. Zatem ważne jest zastosowanie holistycznego podejścia do analizy danego związku oraz uwzględnienie tego, jak funkcjonuje i czym się charakteryzuje konkretna grupa badana.



6.4 Kolejne obszary do zbadania

Na podstawie wyników uzyskanych w badaniach własnych, dostępnych wyników badań innych autorów z danego obszaru oraz uwzględnionych ograniczeń, przez autorkę danej pracy zostały wyznaczone kolejne kierunki dalszych badań.

(1) Wykorzystanie innych narzędzi do oceny funkcjonowania emocjonalnego, które dają pełniejszy obraz, a nie skupiają się tylko na aspekcie tłumienia emocji. Przykładowo, uzasadnione wydaje się zastosowanie *Kwestionariusza trudności w regulacji emocji – Difficulties of Emotion Regulation Scale* (DERS) autorstwa Gratz i Roemer (2004), który pozwala zmierzyć deficyty w zarządzaniu emocjami w sześciu obszarach: akceptacja emocji, zdolność do angażowania się w działania ukierunkowane na cel, kontrola impulsów, dostęp do efektywnych strategii regulacji emocjonalnej, i – szczególnie ważne w kontekście zaburzeń odżywiania – świadomość własnych emocji oraz rozumienie emocji. Istnieje polska standaryzowana wersja danego narzędzia.

(2) Zastosowanie narzędzia diagnostycznego do bardziej dokładnego zbadania zaburzeń odżywiania. Po zastosowaniu EAT-26 jako narzędzia przesiewowego, na kolejnym etapie warto zastosować *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), który daje możliwość precyzyjnej oceny objawów psychopatologicznych występujących przy zaburzeniach odżywiania i cechuje się wysoką rzetelnością oraz trafnością w diagnozowaniu bulimii i anoreksji (Leppanen i in., 2022). Dodatkowo, w odróżnieniu od EAT-26, dane narzędzie jest dostosowane do różnych grup wiekowych. Natomiast na moment powstawania niniejszej pracy, nie udało się uzyskać potwierdzonych informacji o dostępności standaryzowanej polskiej wersji kwestionariusza, mimo tego, że jest dostępne jego tłumaczenie, co może ograniczać zastosowanie tego narzędzia w badaniach krajowych.

(3) Wyodrębnienie maksymalnie homogenicznych podgrup w grupie badanych kobiet (zróżnicowanych pod kątem wieku, wskaźnika masy ciała, objawów zaburzeń odżywiania) w celu wykluczenia zmiennych zakłócających analizowaną korelację. W danym podejściu warto pamiętać o wystarczająco dużej próbie dla uzyskania rzetelnych wyników.

(4) Włączenie do badania moderatorów (takich jak faza choroby, aktywność fizyczna, obecność współwystępujących zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych) ze względu na to, że proste analizy korelacyjne mogą nie odzwierciedlać złożoności relacji pomiędzy kontrolą emocji a zaburzeniami odżywiania.



Zdaniem autorki niniejszej pracy zastosowanie wymienionych kroków umożliwi dalszą eksplorację badanego zagadnienia oraz przyczyni się do lepszego zrozumienia zależności pomiędzy funkcjonowaniem emocjonalnym a zaburzeniami odżywiania, co może przełożyć się na zwiększenie trafności i użyteczności uzyskanych wyników.



7. Zakończenie

Niniejszy projekt badawczy dotyczył analizy związku pomiędzy zaburzeniami odżywiania a kontrolą emocjonalną u kobiet, które są uczestniczkami grup wsparcia dla osób z trudnościami żywieniowymi. Podsumowując wyniki przeprowadzonej pracy, można stwierdzić, że postawiony cel teoretyczny został zrealizowany – uzyskano szereg istotnych informacji dotyczących funkcjonowania emocjonalnego kobiet wykazujących objawy zaburzeń odżywiania.

Cele poznawcze danej pracy również zostały osiągnięte – za pomocą przeprowadzonego badania przy użyciu *Testu postaw wobec jedzenia* (EAT-26), *Skali kontroli emocji* (CECS) oraz kwestionariusza własnego udało się odpowiedzieć na postawione pytania badawcze.

P1. Czy poziom tłumienia emocji wiąże się z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania u badanych kobiet? Hipoteza 1, zakładająca istnienie dodatniej korelacji pomiędzy poziomem tłumienia emocji a nasileniem objawów zaburzeń żywieniowych, nie została potwierdzona, oznacza to brak bezpośredniego związku pomiędzy ogólnym poziomem kontroli emocjonalnej a ogólnym poziomem zaburzeń odżywiania.

Zaobserwowana zależność pomiędzy większą tendencją do tłumienia emocji depresyjnych a niższym nasileniem objawów bulimii może stanowić kolejny obszar do zbadania, co pozwoli uzyskać więcej danych umożliwiających rzetelną interpretację związku pomiędzy tymi dwiema zmiennymi.

P2. Czy istnieje związek pomiędzy nasileniem tłumienia emocji a wskaźnikiem masy ciała u badanych kobiet? Wyniki przeprowadzonego badania potwierdziły Hipotezę 2, według której istnieje korelacja pomiędzy tłumieniem emocji a BMI u kobiet – w przebadanej grupie wyższy wskaźnik masy ciała wiąże się z niższą tendencją do tłumienia emocji, co umożliwia udzielenie twierdzącej odpowiedzi na dane pytanie badawcze. Dodatkowo stwierdzono, że kobiety z wyższym BMI są mniej skłonne do tłumienia gniewu i depresji.

Natomiast zdaniem autorki niniejszej pracy, oprócz udzielenia odpowiedzi na postawione pytania, równie istotnym rezultatem przeprowadzonego badania jest uzyskanie wyników, które nie zawsze pozwalają na jednoznaczną interpretację zależności pomiędzy zmiennymi, co podkreśla złożoność zjawiska, jakim są zaburzenia odżywiania. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność uwzględnienia szeregu dodatkowych zmiennych w analizie funkcjonowania



emocjonalnego kobiet cierpiących na dane zaburzenia. Dodatkowo mogą sugerować, że to nie tłumienie emocji, lecz inne strategie kontroli emocji mają silniejszy wpływ na rozwój i utrzymywanie się patologicznych zachowań żywieniowych, lub kluczowe dla zrozumienia danego zjawiska korelacje zachodzą na wcześniejszych etapach procesu regulacji emocjonalnej.

Podsumowując realizację celu praktycznego niniejszego opracowania, autorka dostrzega potencjalną możliwość wykorzystania uzyskanych wyników w praktyce klinicznej.

Rozumienie zależności oddziałujących pomiędzy wskaźnikiem masy ciała a tendencją do tłumienia lęku, gniewu i depresji u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania może przyczynić się do opracowania bardziej skutecznych form terapii, dzięki holistycznemu podejściu i uwzględnieniu czynników pośredniczących i moderujących.

Dla specjalistów wykorzystujących metody oparte na pracy z emocjami, tj. podejście oparte na empatycznej uważności (Kucharska, 2017) czy rozwój funkcjonalnych metod modulowania nastroju (Fairburn, 2013), przydatną będzie wiedza wskazująca na brak jednoznacznej liniowej zależności pomiędzy tłumieniem emocji a zaburzeniami odżywiania, przy jednoczesnym ujawnieniu związku pomiędzy osobnymi wymiarami zaburzeń a tłumieniem określonej emocji (tj. nasilenie objawów bulimicznych przy niższym tłumieniu depresji). Uwzględnienie indywidualnego profilu emocjonalnego i objawowego może sprzyjać lepszemu dopasowaniu interwencji psychologicznych do potrzeb poszczególnych pacjentek.



Bibliografia

- Alexander, K. E. i Siegel, H. I. (2013). Perceived hunger mediates the relationship between attachment anxiety and emotional eating. *Eating Behaviors*, 14(3), 374-377. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.02.005> (25.05.2025).
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., Stunkard, A. J. (2010). Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241-247. doi:10.1002/eat.20693 (13.01.2025).
- American Psychiatric Association. (2024). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Andersen, G. S., Stunkard, A. J., Sørensen, T. A., Petersen, L. V. i Heitmann, B. L. (2004). Night eating and weight change in middle-aged men and women. *International Journal of Obesity*, 1338-1343. doi:10.1038/sj.ijo.0802731 (14.01.2025).
- Association, American Psychiatric. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Babicz-Zielińska, E., Rybowska, A. i Zabrocki, R. (2006). Relations between emotions and food preferences. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences*, 15(56), 163-165. Pobrane z: <https://journal.pan.olsztyn.pl/pdf-98737-30586?filename=30586.pdf> (08.05.2025).
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F. i Tice, D. M. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*. Warszawa: PARPA.
- Beaulieu, K. i Blundell, J. (2020). The Psychobiology of Hunger – A Scientific Perspective. *Topoi*, 40(3), 565–574. doi:<https://doi.org/10.1007/s11245-020-09724-z> (01.02.2025).
- Boyd, C. (2006). Coping and Emotional Intelligence in Women with a History of. *McNair Scholars Journal*, 10(1), 4-12. Pobrane z: <https://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1060&context=mcnair> (01.04.2025).
- Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie: wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Brytek-Matera, A. (2023). *Zaburzenia odżywiania*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Brytek-Matera, A. i Rybicka-Klimczyk, A. (2009). *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Difin.
- Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., Bronowicka, P., Modrzejewska, A., Modrzejewska, J., Szymańska, P. i Waliłko, J. (2022). Eating behaviour among adults with different levels of emotional suppression and eating disorder symptomatology. *European Psychiatry*, 65(S1), 149-150. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.402 (01.04.2025).



- Croll, J. K. (2010). Wpływ stanu odżywienia na proces zdrowienia. W M. Maine, B. H. McGilley i D. W. Bunnell (Redaktorzy), *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką* (strony 137-155). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Czarnocińska, J., Babicz-Zielińska, E., Wądołowska, L., Kowalkowska, J. i Jeżewska-Zychowicz, M. (2013). *Postawy względem żywności, żywienia i zdrowia a zachowania żywieniowe dziewcząt i młodych kobiet w Polsce*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Czeczpor, K. i Brytek-Matera, A. (2017). *Jedzenie pod wpływem emocji*. Warszawa: Difin.
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G. i Maggini, C. (2003). Body Image Disturbance, Parental Bonding and Alexithymia in Patients with Eating Disorders. *Psychopathology*, 36(5), 239–246. doi:<https://doi.org/10.1159/000073449> (05.05.2025).
- De Witt Huberts, J. C., Evers, C. i De Ridder, D. T. (2012). License to sin: Self-licensing as a mechanism underlying hedonic consumption. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 490-496. doi:10.1002/ejsp.861 (05.05.2025).
- Deepthi, A., Praveen, K. K., Chandrashekar-Rao, P., Vincent, K. i Kishore, M. T. (2014). Relationship among Body Mass, Self-esteem and Depression in Overweight Indian Adolescents: Role of Binge Eating. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 40(2), 289-293. Pobrane z: <https://jiaap.in/wp-content/uploads/2014/08/13-Deepthi.pdf> (08.05.2025).
- Deloitte Access Economics. (2020). *The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*. Pobrane z: <https://hsph.harvard.edu/research/eating-disorders-striped/research-reports/economic-costs-eating-disorders/> (01.03.2025).
- Eizaguirre, A. E., de Cabezón, A. O., de Alda, I. O., Olariaga, L. J. i Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 321-331. doi:[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00099-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00099-0) (30.04.2025).
- Evers, C., Stok, M. i De Ridder, D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804. doi:10.1177/0146167210371383 (13.05.2025).
- Fairburn, C. G. (2013). *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Franken, R. E. (2005). *Psychologia motywacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



- Frijda, N. H. (2002). Emocje są funkcjonalne – na ogół. W P. Ekman i R. Davidson, *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia* (strony 102-112). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gawęcki, J. (Red.). (2012). *Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- George, D. i Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. New York: Routledge.
- Górska, D. i Soroko, E. (2004). Poznawcze aspekty regulacji emocji. W K. Kaliszewska-Czeremska, O. Sakson-Obada, M. Zielona-Jenek i J. Zinczuk (Redaktorzy), *Emocje – subiektywność doświadczenia czy zdarzenie interpersonalne?* Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Gratz, K. L. i Roemer, L. (2004). Multidimensional assesment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessments*, 26, 41–54.
- Greer, S. i Watson, M. (2012). Skala kontroli emocji – CECS. W Z. Juczyński (Red.), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (strony 55-59). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271> (08.05.2025).
- Gross, J. J. (Red.). (2014). *Handbook of emotion regulation (2nd ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Hall, P. A., Tran, B., Lowe, C., Vincent, C., Liu-Ambrose, T., Prapavessis, H. i Gidron, Y. (2014). Expression of Executive Control in Situational Context: Effects of Facilitating Versus Restraining Cues on Snack Food Consumption. *Health Psychology*, 34(5), 539-546. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/hea0000134> (01.02.2025).
- Hambrook, D., Brown, G. i Tchanturia, K. (2012). Emotional intelligence in anorexia nervosa: Is anxiety a missing piece of the puzzle? *Psychiatry Research*, 200(1), 12-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.017> (03.02.2025).
- Harrison, A., Mountford, V. A. i Tchanturia, K. (2014). Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 187-194. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.007> (18.04.2025).
- Herren, O. M., Agurs-Collins, T., Dwyer, L. A., Perna, F. M. i Ferrer, R. (2021). Emotion suppression, coping strategies, dietary patterns, and BMI. *Eat Behaviors*, 41. doi:[10.1016/j.eatbeh.2021.101500](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101500) (02.02.2025).



- Józefik, B. (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* (B. Józefik, Red.) Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (2014). *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kofta, M. (1979). *Samokontrola a emocje.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Korzewski, J. (2015). *Wpływ Treningu Regulacji Emocji na sposoby radzenia sobie ze stresem.* Saarbrücken: Wydawnictwo Bezkres Wiedzy.
- Kucharska, K. (Red.). (2017). *Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania: wiedza ekspercka.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kuśpit, M. (2009). *Temperament i kontrola emocjonalna a percepcja reklamy wizualnej.* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S. i Tchanturia, K. (2022). The Role of Emotion Regulation in Eating Disorders: A Network Meta-Analysis Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 1-24. doi:10.3389/fpsy.2022.793094 (14.03.2025).
- Lindeman, M. i Stark, K. (2001). Emotional Eating and Eating Disorder Psychopathology. *Eating Disorders*, 9(3), 251-259. doi:10.1080/10640260127552 (16.06.2025).
- Mason, T. i Lewis, R. J. (2014). Profiles of Binge Eating: The Interaction of Depressive Symptoms, Eating Styles, and Body Mass Index. *Eating Disorders*, 22(5), 1-11. doi:10.1080/10640266.2014.931766 (18.03.2025).
- Niewiadomska, I., Kulik, A. i Hajduk, A. (2005). *Jedzenie. Uzależnienia: fakty i mity.* Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Nolan, L. J. i Geliebter, A. (2012). Night Eating is Associated with Emotional and External Eating in College Students. *Eating Behaviors*, 13(2), 202-206. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.02.002 (14.06.2025).
- Nowogrodzka, A. i Piasecki, B. (2012). Zaburzenie odżywiania – różnice międzypłciowe. *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 381–385. Pobrane z: https://www.researchgate.net/profile/Agnieszka-Nowogrodzka/publication/318946147_Eating_disorders_-_gender_differences/links/59870af7a6fdcc756257b66b/Eating-disorders-gender-differences.pdf (08.03.2025).
- Ogden, J. (2010). *The Psychology of Eating. From Healthy to Disordered Behavior.* Oxford: Wiley-Blackwell.



- Ogińska-Bulik, N. (2004). *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K. i Treasure, J. L. (2012). Emotional Processing Following Recovery from Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 502-509. doi:10.1002/erv.2153 (03.02.2025).
- Pearson, C. M., Zapolski, T. i Smith, G. T. (2015). A Longitudinal Test of Impulsivity and Depression Pathways to Early Binge Eating Onset. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 230-237. doi:10.1002/eat.22277 (28.04.2025).
- Petterson, R. (2004). Nameless desire: alexithymia and the anorexic patient. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 77-90. doi:10.1023/B:TJJP.0000017992.93812.c6 (03.05.2025).
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P. i Barbe, P. (2012). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201. doi:https://doi.org/10.1038/oby.2003.31 (03.05.2025).
- Płońska, D. i Czernikiewicz, A. (2006). Aleksytymia - ciągle wiele pytań. Część I. Definiowanie aleksytymii. *Psychiatria*, 3(1), 1-7. Pobrane z <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29201/23966> (23.04.2025).
- Polivy, J. i Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. doi:https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103 (28.05.2025).
- Polivy, J. i Herman, C. P. (2005). Mental Health and Eating Behaviours: A Bi-directional Relation. *Canadian Journal of Public Health*, 96(3), 43-46. doi:10.1007/BF03405201 (14.05.2025).
- Rothbart, M. K. (2002). Rozwój emocjonalny: zmiany reaktywności i samoregulacji. W P. Ekman i R. Davidson, *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia* (strony 310-312). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rzońca, E., Bień, A. i Iwanowicz-Palus, G. (2016). Zaburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(12), 267-273. doi:http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.198734 (02.03.2025).
- Sassaroli, S., Ruggiero, G. M., Vinai, P., Cardetti, S., Carpegna, G., Ferrato, N., . . . Sampietro, S. (2009). Daily and Nightly Anxiety Among Patients Affected by Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder. *Eating Disorders*, 17(2), 140-145. doi:10.1080/10640260802714597 (04.04.2025).
- Sibilia, L. (2010). The Cognition of Hunger and Eating Behaviours. *Psychological Topics*, 19(2), 341-354. Pobrane z: <https://hrcak.srce.hr/en/file/96943> (20.04.2025).
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167-179. doi:https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x (18.03.2025).



- Smith, C. A. i Lazarus, R. S. (1990). Emotion and adaptation. W L. A. Pervin (Red.), *Handbook of personality: Theory and research* (strony 609-637). New York: The Guilford Press.
- Stellpflug, C. (2010). Emotional Eating "The battle for the mind!". Pobrane z: <https://www.k12academics.com/articles/emotional-eating-%E2%80%9Cbattle-mind%E2%80%9D> (10.04.2025).
- Stetkiewicz-Lewandowicz, A., Wychowalek, S. i Sobow, T. (2017). Emocjonalne aspekty zachowań żywieniowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 98(2), 153-158. Pobrane z: <http://www.phie.pl/pdf/phe-2017/phe-2017-2-153.pdf> (08.06.2025).
- Strus, W. (2012). *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*. Warszawa: Liberi Libri.
- Szczygieł, D. i Kadzikowska-Wrzosek, R. (2014). Emocje a zachowania żywieniowe – przegląd badań. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni*, 86, 69-79. Pobrane z: <https://sj.umg.edu.pl/sites/default/files/ZN322.pdf> (20.04.2025).
- Tanofsky-Kraff, M., Ranzenhofer, L. M., Yanovski, S. Z., Schvey, N. A., Faith, M., Gustafson, J. i Yanovski, J. A. (2008). Psychometric Properties of a New Questionnaire to Assess Eating in the Absence of Hunger in Children and Adolescents. *Appetite*, 51(1), 148–155. doi:10.1016/j.appet.2008.01.001 (25.04.2025).
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59((2/3)), 25-52. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x (13.03.2025).
- Tomalski, R. (2006). Aleksytymia w zaburzeniach jedzenia. *Psychoterapia*, 1(136), 15-24. Pobrane z: <https://www.psychoterapiaptp.pl/pdf-153645-78262?filename=Aleksytymia%20w.pdf> (23.04.2025).
- Vajda, A. i Láng, A. (2014). Emotional Abuse, Neglect In Eating Disorders And Their Relationship With Emotion Regulation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 131, 386 – 390. doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.135 (13.04.2025).
- van Strien, T. i Ouwens, M. A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*, 8(2), 251-257. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004> (08.05.2025).
- Walden, T. A. i Smith, M. C. (1997). Emotion Regulation. *Motivation and Emotion*, 21(1), 7–25. Pobrane z https://www.researchgate.net/publication/279618515_Emotion_Regulation 08.05.2025.
- Walsh, B. T., Attia, E. i Glasofer, D. R. (2024). *Zaburzenia odżywiania. Wszystko, co warto wiedzieć*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Witkowska, A. (2020). Obniżenie jakości zdrowia psychicznego uwarunkowane zaburzeniami odżywiania. *Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis*, 1(23), 9-17.



- World Health Organization. (2025). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. Pobrane z <https://icd.who.int/en> (14.01.2025).
- Ziółkowska, B. (2020). Psychologia zaburzeń odżywiania. W L. Cierpiąkowska i H. Sęk (Redaktorzy), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska, B. i Mroczkowska, D. (2012). Dlaczego jemy? Uwarunkowania stosunku do jedzenia w cyklu życia na podstawie analizy wyników sondażu. *Terazniejszość - Człowiek - Edukacja : kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej*, 4(60), 99-112. Pobrane z https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/terazniejszosc-czowiek-edukacja-kwartalnik-mysli-spoeczno-pedagogicznej/2012-numer-4-60/terazniejszosc_czlowiek_edukacja_kwartalnik_mysli_spoeczno_pedagogicznej-r2012-t-n4_60-s99-112.pdf (04.05.2025).



Spis tabel

Tabela 1. Zaburzenia jedzenia i odżywiania się według DSM-5 i ICD-11.....	7
Tabela 2. Diagnozowanie jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) według DSM-5.....	12
Tabela 3. Diagnozowanie jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) według ICD-11.....	14
Tabela 4. Diagnozowanie żarłoczości psychicznej (bulimia nervosa) według DSM-5.....	17
Tabela 5. Diagnozowanie jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) według ICD-11.....	19
Tabela 6. Charakterystyka wagi aktualnej, wagi idealnej i różnicy między nimi w badanej grupie.....	81
Tabela 7. Rozkład kategorii BMI w badanej grupie.....	82
Tabela 8. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych w próbie badanych kobiet.....	86
Tabela 9. Częstość przejawiania określonych zachowań w ciągu ostatnich 6 miesięcy.....	91
Tabela 10. Związki pomiędzy poziomem kontroli emocji badanych kobiet a poziomem ich zaburzeń odżywiania.....	98
Tabela 11. Związki pomiędzy BMI badanych kobiet a poziomem ich kontroli emocji.....	99
Tabela 12. Związki pomiędzy wiekiem badanych kobiet a poziomem ich kontroli emocji.....	100
Tabela 13. Związki pomiędzy poziomem posiadanego przez badane kobiety wsparcia a poziomem ich kontroli emocji.....	101
Tabela 14. Związki pomiędzy poziomem zaburzeń odżywiania a funkcjonowaniem społecznym badanych kobiet.....	101
Tabela 15. Zestawienie badań korelacyjnych nad tłumieniem emocji i zaburzeniami odżywiania.....	110



Spis rysunków

Rysunek 1. Biopsychospołeczne uwarunkowania zaburzeń odżywiania.	30
Rysunek 2. Model kontroli emocjonalnej wg Brzezińskiego	40
Rysunek 3. Strukturalny model regulacji emocji Dodge'a i Garber.	43
Rysunek 4. Procesualny model regulacji emocji Grossa	45
Rysunek 5. Relacja pomiędzy negatywnymi emocjami a jedzeniem wg koncepcji psychosomatycznej Bruch.	61
Rysunek 6. Wiek pojawienia się trudności związanych z jedzeniem.	80
Rysunek 7. Posiadanie bliskiej osoby dającej wsparcie emocjonalne.	83
Rysunek 8. Unikanie sytuacji społecznych z powodu zaburzeń odżywiania.	84
Rysunek 9. Leczenie z powodu zaburzeń odżywiania.....	85
Rysunek 10. Rozkład poziomu skali diety.	88
Rysunek 11. Rozkład poziomu skali bulimii i zaabsorbowania jedzeniem.	89
Rysunek 12. Rozkład poziomu skali kontroli jedzenia.	90
Rysunek 13. Rozkład ogólnego zaburzeń odżywiania.....	91
Rysunek 14. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli gniewu.	94
Rysunek 15. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli depresji.....	95
Rysunek 16. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli lęku.	96
Rysunek 17. Rozkład ogólnego poziomu skali kontroli emocji.	97
Rysunek 18. Sfery życia wywołujące lęk u badanych kobiet – P1.....	103
Rysunek 19. Sfery życia wywołujące gniew u badanych kobiet – P2.....	104
Rysunek 20. Sfery życia wywołujące depresję u badanych kobiet – P3.	105

