

Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania wśród uczniów szkół licealnych, studentek oraz robotnic*

Inappropriate attitudes and behaviors toward eating among secondary school/ university students and workwomen

KATARZYNA WŁODARCZYK-BISAGA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Przedstawiono trzy badania dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się w naszym kraju. W badaniach wykorzystano dwa powszechnie stosowane kwestionariusze do badania postaw i zachowań wobec odżywiania się - EAT-26 oraz BITE - a także kwestionariusz badający poziom lęku i depresyjności - HAD. Przekrojowe badanie studentek i robotnic wykazało, że częstość zaburzonych postaw i zachowań w badanych grupach wynosiła 4% (w badaniu BITE) oraz 9% (w badaniu EAT-26), przy czym była ona kilkakrotnie wyższa w grupie studentek. Obserwowano, iż zaburzonym postawom i zachowaniom wobec odżywiania się towarzyszył zwiększony poziom lęku i depresyjności, który był znamienne wyższy w grupie robotnic. Prospektywne badanie nastoletnich uczennic szkół licealnych wykazało, że częstość występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się wynosiła 10% (w badaniu EAT-26), a zespołu subklinicznego 2.1% (w badaniu klinicznym). W czasie 10 miesięcznego okresu obserwacji wystąpiła znaczna zmienność dotycząca zarówno postaw i zachowań wobec odżywiania się, jak i przyjętych dla celów badania kategorii diagnostycznych. Nie znaleziono potwierdzenia czynników ryzyka dla wystąpienia zaburzeń odżywiania się opisywanych w literaturze przedmiotu. W grupie nastoletnich uczniów szkół licealnych częstość występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania wynosiła poniżej 1% (w badaniu EAT-26).

SUMMARY. Three separate studies on eating disorders prevalence in Poland are presented. Two popular questionnaires for the assessment of attitudes and behaviors toward eating (EAT-26 and BITE), as well as the HAD questionnaire for the assessment of anxiety and depression levels, were used in the research. A cross-sectional comparison of female university students and workwomen indicated that the frequency of inappropriate attitudes and behaviors for the two groups was 4% (using BITE) and 9% (using EAT-26), while respective values were several times higher among university students. It was found that inappropriate eating-related attitudes and behaviors were accompanied by increased anxiety and depression levels, significantly higher in workwomen. A prospective study carried out on female secondary school students indicated that the frequency of inappropriate attitudes and behaviors toward eating was 10% (as assessed by EAT-26), while the sub-clinical syndrome prevalence was 2.1% (as evaluated by clinical examination). A considerable variability of not only attitudes and behaviors toward eating, but also of the diagnostic categories assumed for the research purposes was found during a 10-month follow-up period. The risk factors for eating disorders described in the literature were not confirmed by the author's research results. The prevalence of disturbed attitudes and behaviors toward eating in a sample of teenage secondary school students was under 1% (as assessed by EAT-26).

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania się/ rozpowszechnienie/ czynniki ryzyka

Key-words. eating disorders/ prevalence/ risk factors

* Streszczenie rozprawy doktorskiej (promotor: doc. dr Irena Namysłowska) obronionej w czerwcu 1993 roku przed Radą Naukową Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W ciągu ostatnich dekad, zaburzenia odżywiania się stały się przedmiotem żywego zainteresowania zarówno klinicystów, jak i badaczy. Powszechnie zrezygnowano z prób poszukiwania jednego czynnika odpowiedzialnego za występowanie tych zaburzeń i przyjmuje się, iż kilka różnych czynników współistnieje u ich podłoża (1). Wymienia się wśród nich czynniki indywidualne (psychologiczne i biologiczne), rodzinne oraz społeczno-kulturowe. Zależnie od indywidualnego obrazu klinicznego, czynniki te odgrywają różną rolę.

W ciągu ostatnich lat wzrosło także zainteresowanie epidemiologią tych zaburzeń. Pojawily się doniesienia o tym, iż częstość występowania jadłowstrętu psychicznego i bulimia nervosa osiąga rozmiary nieomal epidemii (2,3). Ta grupa schorzeń niewątpliwie stanowi problem zdrowotny o coraz większym społecznym znaczeniu. Wśród młodych kobiet oraz dziewcząt nastoletnich w krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych chorobowość na jadłowstręt psychiczny wynosi bowiem od 0.4% do 0.84% (4) a na bulimia nervosa ok. 1% (5).

Niewiele wiadomo na temat epidemiologii tych zaburzeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Opublikowane dane dotyczą Czechosłowacji (6) oraz Węgier (7). W naszym kraju nieznane jest ich rozpowszechnienie.

Powszechnie wskazuje się, iż badania populacyjne stanowią źródło informacji nie tylko na temat rozpowszechnienia chorób ale umożliwiają weryfikację koncepcji dotyczących ich etiologii oraz przebiegu.

W skład mojej pracy weszły trzy oddzielne badania dotyczące zagadnień związanych z epidemiologią zaburzenia odżywiania się w naszym kraju:

1. Pilotażowe badanie robotnic i studentek
2. Prospektywne badanie postaw i zachowań wobec odżywiania się wśród uczennic szkół średnich
3. Długofalowe badanie postaw i zachowań wobec odżywiania się wśród uczniów szkół średnich

PILOTAŻOWE BADANIE ROBOTNIC I STUDENTEK

Przekrojowe badanie postaw i zachowań wobec odżywiania się przeprowadzono w grupie robotnic (N=218) i studentek (N=196). Badanie dwóch grup kobiet, które pochodzą ze środowisk różniących się pod względem poziomu wykształcenia, statusu ekonomicznego oraz aspiracji dotyczących miejsca w hierarchii społecznej umożliwiło analizę wpływu wymienionych czynników na postawy i zachowania wobec odżywiania się. W grupach tych badano także poziom depresyjności i lęku oraz ich związek z postawami i zachowaniami wobec odżywiania się. W badaniu wykorzystano zestaw kwestionariuszy, w skład którego weszły: kwestionariusz demograficzny, EAT-26 (Eating Attitude Test) (8), BITE (Bulimia Investigatory Test) (9) oraz HAD (Hospital Anxiety and Depression Questionnaire) (10). Na podstawie badania przesiewowego zestawem kwestionariuszy stwierdzono występowanie zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się u 9% badanych kobiet (wyniki EAT). U 4% badanych wyniki BITE sugerowały obecność klinicznej postaci bulimia nervosa. Średnie wartości wyniku EAT były podobne do wartości opisywanych dla kobiet amerykańskich (8) a wyniki BITE (kwestionariusz do badania postaw i zachowań bulimicznych) wyższe niż opisywane dla populacji kobiet brytyjskich (9). Tak jak oczekiwano, dwie grupy badanych różniły się znacząco pod względem częstości występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się. Studentki ok. 5 razy częściej uzyskiwały wynik powyżej progu znamienności klinicznej w badaniu testem EAT oraz znacząco wyższe wyniki w badaniu testem BITE. Testem HAD (10) badano poziom lęku i depresyjności i wykazano, że poziom depresyjności był znacząco wyższy w grupie robotnic. W obu grupach występowała wysoka wartość średniego wyniku na podskali lęku bliska poziomowi znamienności klinicznej. W grupie robotnic obserwowano pozytywną korelację pomiędzy wynikami BITE a po-

ziomem lęku i depresyjności. W grupie studentek wyniki zarówno EAT jak i BITE pozytywnie korelowały z poziomem lęku i depresyjności.

PROSPEKTYWNE BADANIE POSTAW I ZACHOWAŃ WOBEC ODŻYWIANIA SIĘ WŚRÓD UCZENNIC SZKÓŁ ŚREDNICH

Badanie to składało się z dwóch części. W pierwszej części dokonano oceny rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się w populacji 15-letnich uczennic szkół warszawskich (T₀, N=796). Badanie miało charakter dwuetapowy. Wykorzystano kwestionariusz demograficzny oraz EAT-26 jako narzędzie przesiewowe, które umożliwiło wykrycie przypadków o zwiększonym ryzyku wystąpienia choroby. Następnie w grupie ryzyka oraz w losowo dobranej grupie kontrolnej przeprowadzono badanie kliniczne. Na tym etapie dokonano oceny aktualnego stanu klinicznego oraz poszukiwano czynników związanych z obecnością patologii w badaniu przesiewowym. Badanie zostało powtórzone 10 miesięcy później przy zastosowaniu tej samej metody (T₁, N=790). Częstość występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się badanych narzędziem przesiewowym wynosiła 10%. Częstość występowania subklinicznej postaci zaburzeń odżywiania się wynosiła kolejno 2.1% oraz 1.6%. Częstość występowania odchudzania się wynosiła początkowo ok.40% a następnie 50%. W okresie obserwacji stwierdzono znaczną zmienność, która dotyczyła zarówno wyników badania przesiewowego jak i wyników badania klinicznego. W około połowie przypadków osoby, które uzyskały patologiczny wynik we wstępnym badaniu przesiewowym w badaniu ponownym uzyskały wynik prawidłowy. Podobnie ok.50% grupy, która uzyskała wynik patologiczny w badaniu ponownym wykazywała poprzednio prawidłowe postawy i zachowania. Stwierdzono także znaczną zmienność dotyczącą kategorii diagnostycznych - tylko połowa przypadków zespołu subklinicznego w badaniu wstępnym uzyskała tę kategorię w ba-

daniu ponownym. Odchudzanie się zwiększało ok. 9-krotnie ryzyko wystąpienia zespołu subklinicznego, ale większość odchudzających się dziewcząt nie nasiliła prób kontrolowania wagi w okresie obserwacji. W badaniu podjęto też próbę oceny indywidualnych i rodzinnych czynników ryzyka dla wystąpienia zaburzeń odżywiania się. Okazało się, że m.in. takie czynniki jak nadwaga w wywiadzie oraz nieznaczna nadwaga aktualna a także nadwaga i odchudzanie się w rodzinie wykazywały związek jedynie z próbami kontrolowania wagi. Badane, u których stwierdzono niedowagę wykazywały prawidłowe postawy i zachowania wobec odżywiania się. Nie znaleziono potwierdzenia dla wielu opisywanych w literaturze przedmiotu czynników ryzyka dla wystąpienia zaburzeń odżywiania się. Czynnikiem, który wykazywał związek z kategorią zespołu subklinicznego była znacząco niska waga idealna. Żaden z czynników nie miał znaczenia prognostycznego dla wystąpienia zespołu subklinicznego.

DŁUGOFALOWE BADANIE POSTAW I ZACHOWAŃ WOBEC ODŻYWIANIA SIĘ WŚRÓD UCZNIÓW SZKÓŁ ŚREDNICH

Długofalowe badanie postaw i zachowań wobec odżywiania się przeprowadzono w grupie chłopców - uczniów szkół licealnych, których badano w czasie 10 miesięcznego okresu obserwacji (T₀, N=659; T₁, N=596). Badanie chłopców umożliwiło ocenę postaw i zachowań wobec odżywiania się w tej grupie w porównaniu z grupą dziewcząt a także pozwoliło na obserwację zmienności tych postaw i zachowań na przestrzeni 10 miesięcy. Badanie miało charakter badania jednoetapowego. Do oceny zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się wykorzystano EAT-26. W badaniu zastosowano też kwestionariusz demograficzny. Częstość występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się badanych narzędziem przesiewowym wynosiła kolejno 0.5% i 0.8%. W porównaniu z grupą dziewcząt chłopcy ok.10-krotnie rzadziej wy-

kazywali zaburzone postawy i zachowania. Stwierdzono też, że chłopcy ok. 3-krotnie rzadziej oceniali, iż występuje u nich nadwaga w porównaniu z grupą dziewcząt mimo tego, iż wskaźniki BMI (kg/m^2) (11) były w obu grupach podobne. W grupie chłopców waga idealna była wyższa od wagi aktualnej średnio o 2 kg w przeciwieństwie do dziewcząt, dla których waga idealna była mniejsza od aktualnej o 3.5 kg. Brak jest dokładniejszych danych dotyczących chłopców, wykazujących najbardziej zaburzone postawy i zachowania, gdyż nie przeprowadzono badania klinicznego. Stwierdzono jedynie, iż chłopców, którzy uzyskali patologiczny wynik w badaniu przesiewowym charakteryzowała znacząco wyższa waga z porównaniu z resztą badanych.

WNIOSKI

1. Wyniki badań umożliwiają dokonanie wstępnej oceny rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się w naszym kraju. Niespodziewanie okazało się, że częstość występowania tych zaburzeń we wszystkich badanych grupach była podobna do częstości opisywanych dla populacji o podobnym przedziale wiekowym w różnych krajach zachodnich. Dotyczy to zarówno robotnic i studentek, dla których częstość występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się wynosiła w badaniu przesiewowym odpowiednio 9% oraz 4%, jak i dziewcząt nastoletnich, dla których częstość występowania zespołu subklinicznego na podstawie badania klinicznego wynosiła 2.1%. Podobne dane uzyskano na Węgrzech (7), gdzie tak jak w Polsce nieznanie było dotychczas rozpowszechnienie tych zaburzeń. Porównanie częstości występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się zależnie od przedziału wiekowego wskazuje, iż młode kobiety (tj. studentki i uczennice) stanowią grupę, w której zaburzenia te występują z wyższą częstością niż w grupie dojrzałych kobiet (robotnice).
2. Wyniki badania studentek i robotnic wskazują, że zaburzonym postawom i zachowaniom wobec odżywiania się towarzyszy zwiększony poziom lęku oraz depresyjności. Potwierdza to obserwacje klinicystów w krajach zachodnich, iż obniżenie nastroju zwykle stanowi integralną część obrazu klinicznego, jaki spotyka się u chorych na zaburzenia odżywiania się (12). Okazało się też, że poziom depresyjności jest znacząco wyższy w grupie badanych robotnic.
3. W pracy podjęto próbę oceny czynników ryzyka dla wystąpienia zaburzeń odżywiania się w populacji nastoletnich uczennic. Nie znaleziono specyficznych czynników prognostycznych dla wystąpienia choroby. Liczne czynniki wykazywały związek jedynie z próbami kontrolowania wagi. Stwierdzono, że niska waga ciała wiązała się z występowaniem prawidłowych postaw i zachowań wobec odżywiania się. Natomiast obserwowano, iż zaburzone postawy i zachowania wykazywały związek z wyższą wagą ciała oraz nadwagą aktualną bądź w wywiadzie. Brak potwierdzenia czynników ryzyka wystąpienia choroby, jakie spotyka się w literaturze przedmiotu może świadczyć o tym, iż opis tych czynników opiera się na danych dotyczących populacji klinicznych i w związku z tym nie stanowi rzeczywistego odzwierciedlenia ich charakteru. Być może też w badanej populacji należałoby poszukiwać czynników ryzyka odmiennych niż te, które są opisywane w zachodniej literaturze przedmiotu. Patton i wsp. (13) uważają, że czynniki ryzyka opisywane w literaturze mają charakter spekulatywny. Opisywane czynniki ryzyka nie znalazły bowiem potwierdzenia w wynikach przeprowadzonego przez tych autorów badania prospektywnego w reprezentatywnej populacji angielskich nastolatek. Można też postulować, iż dłuższy powinien być okres obserwacji, gdyż 10 miesięcy to stosunkowo krótki przedział czasu. W okresie tym jednak obserwowano znaczną zmienność występo-

wania zaburzeń. Bardziej uzasadnione byłoby raczej powiększenie grupy badanej.

4. Wyniki badań zachęcają też do spostrzeżeń dotyczących transkulturowych aspektów zaburzeń odżywiania się a także wpływu czynników społeczno-kulturowych na występowanie tych zaburzeń. Powszechnie przyjmuje się bowiem, iż ta grupa schorzeń występuje najczęściej w wysoko uprzemysłowionych krajach zachodniego kręgu kulturowego. Wysoka częstość zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się w badanych grupach kobiet oraz dane epidemiologiczne z Węgier świadczą o tym, iż czynniki społeczno-kulturowe, które operują obecnie zarówno w Polsce, jak i na Węgrzech być może częściowo przyczyniają się do obserwowanego zjawiska. Brak danych dotyczących dotychczasowego rozpowszechnienia tych chorób powoduje, iż rozważania na temat trendów epidemiologicznych nie znajdują uzasadnienia. Nie można jednak na takiej podstawie postulować, iż częstość występowania tych zaburzeń w ogóle się nie zmieniła. Niezwykle istotne mogą być spostrzeżenia klinicystów, choć należy pamiętać iż osoby zgłaszające się po pomoc stanowią zaledwie część osób chorych. Rejestry zakładów psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej prowadzone w naszym kraju, w których zestawione są dane dotyczące osób korzystających z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, nie wyszczególniają zaburzeń odżywiania się jako oddzielnej kategorii (14). Utrudnia to ocenę trendów dotyczących hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego osób chorujących na te zaburzenia. Intensywne przemiany społeczno-ekonomiczne, jakie dokonały się w naszym kraju w ciągu ostatnich lat z pewnością przyniosą za sobą wiele poważnych konsekwencji. Mimo iż zjawisko "westernizacji" kultury masowej oraz powstawanie społeczeństwa konsumpcyjnego można traktować jako dość powierzchowny wymiar zachodzących przemian, to nie powinno się odmawiać im znaczenia. Badania nad występowaniem zabu-

rzeń odżywiania się w krajach różnych kręgów kulturowych wskazują, że pojawienie się zachodnich wzorców kultury masowej stanowi często czynnik inicjujący odchudzenie się oraz proces chorobowy (15).

5. Można spodziewać się, że w ciągu kilku następnych lat zaburzenia odżywiania się nabiorą znaczenia powszechnego problemu zdrowotnego, podobnie jak stało się to w krajach zachodnich. Schorzenia te dotyczą najczęściej młodych kobiet i dziewcząt w okresie dojrzewania, ale chorują także osoby w różnych przedziałach wiekowych. Zaburzenia odżywiania się należą do chorób o przewlekłym, często wieloletnim przebiegu, które zaburzają bądź uniemożliwiają funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób chorych. Dane wskazują, że długość czasu trwania choroby jest czynnikiem źle rokującym co do wyleczenia (16). W naszym kraju wciąż jeszcze niski jest poziom wiedzy na temat tych zaburzeń wśród lekarzy nie-psychiatrów oraz wielu grup zawodowych pracujących z dziećmi i młodzieżą. Wzrost wiedzy wśród lekarzy ogólnych oraz nieprofesjonalistów w krajach zachodnich zaowocował częstszym rozpoznawaniem tych schorzeń a także ich zwiększoną zgłaszalnością (17). Dlatego niezwykle istotne wydaje się podjęcie działań o charakterze edukacyjnym, które powinny być skierowane pod adresem lekarzy ogólnych i innych pracowników służby zdrowia. Działania te powinny także objąć swym zasięgiem personel szkolny (tj. nauczycieli i pielęgniarki szkolne) oraz grupy ryzyka. Znajomość objawów choroby umożliwi pielęgniarce i nauczycielowi podjęcie wczesnej interwencji, która może zakończyć się szybkim podjęciem leczenia. Edukacja na temat zawartości kalorycznej pożywienia oraz zasad racjonalnego żywienia się a także informacje na temat konsekwencji zdrowotnych odchudzania mogą zmniejszyć zjawisko podejmowania diet odchudzających. Wiadomo bowiem, iż diety odchudzające w przypadku większości kobiet są nieskuteczne (18) a w pewnej ich

grupie prowadzą do powstania błędego samowzmacniającego się procesu chorobowego.

6. Wyniki przedstawionych powyżej badań stanowią pierwszą próbę określenia częstości występowania zaburzonych postaw i zachowań wobec odżywiania się w dwóch różnych grupach polskich kobiet oraz w grupie nastoletnich uczniów (chłopców i dziewcząt). Dalsze badania nad rozpowszechnieniem tych zaburzeń są niezbędne w celu uzyskania powtarzalnych wyników, które być może potwierdzą obecność obserwowanych powyżej zjawisk.

PÍSMIENICTWO

1. Garfinkel PE, Gamer DM: Anorexia nervosa; a multi-dimensional perspective, New York, Brunner/Mazel; 1982.
2. Crisp AH, Palmer RL, Kalkucy RS: How common is anorexia nervosa? A prevalence study. Br J Psychiatry 1976;128:549-554.
3. Williams P, King M: The "epidemic" of anorexia nervosa: another medical myth? Lancet 1987;1(8526):205-207.
4. Hoek HW: Review of the epidemiological studies of eating disorders. Int Rev Psych 1993;5:61-74.
5. Fairburn CG, Beglin SJ: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1990;147:401-408.
6. Krch FD: Epidemiologie des troubles des conduites alimentaires en Tchécoslovaquie. Neuropsychiatr Enfance 1991;39:311-322.
7. Szabo P, Tury F: The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. Psychother Psychosom 1991;56:43-47.
8. Gamer DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE: The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982;12:871-878.
9. Henderson M, Freeman CPL: A self-rating scale for bulimia The -BITE-. Br J Psychiatry 1987;150:18-24.
10. Zigmund R, Snaith P: Hospital anxiety and depression questionnaire. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361.
11. Llewellyn-Jones D, Abraham SF: Quetelet index in diagnosis of anorexia nervosa. BMJ 1984;288:1800.
12. Katz JL: Eating and affective disorder: relatives or merely chance acquaintances? Compr Psychiatry 1987;28:220-228.
13. Patton GC, Johnson Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A: Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. Psychol Med 1990;20:383-394.
14. Instytut Psychiatrii i Neurologii Zakład Organizacji Zdrowia: Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 1992, Warszawa, IPiN; 1993:
15. Pate JE, Pumariega AJ, Hester C i in.: Cross-cultural patterns in eating disorders: a review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31:802-809.
16. Herzog DB: Eating disorders, w: Nicholi AM, Jr. (red): New Harvard guide to psychiatry. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press; 1988:434-448.
17. Fairburn CG: Bulimia: it's epidemiology and management. Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis 1984;62:235-258.
18. Orbach S: Fat is a feminist issue., London, Hamlyn Paperbacks; 1980.

*Adres: Dr Katarzyna Włodarczyk-Bisaga, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, IPiN,
Al.Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa.*