

Umiejscowienie poczucia kontroli u dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej

Locus of control in girls with anorexia readiness syndrome

Katarzyna Jaros¹, Urszula Oszwa²

¹Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie

²Zakład Dydaktyki, Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. E. Skrzetuska

Summary

Purpose. The aim of the research was to indicate whether there are differences between locus of control (LOC) in girls with anorexia readiness syndrome (ARS) and without this syndrome. There was also a question about the relationship between LOC and the tendency to respond in incorrect attitudes towards food, eating and their bodies under stress.

Method. The sample consisted of girls aged 13-18 years randomly selected from five public Polish middle and high schools. Tools: 1) *Eating Attitudes Questionnaire (EAQ)* by B. Ziolkowska; 2) *Locus of Control Questionnaire (LOCQ)* by G. Krasowicz, A. Kurzyp-Wojnarska, to assess LOC of the subjects. The criterion group (N=23) was formed by girls who received high score in EAQ (signs of ARS) in the first stage of research (N=189). The control group (N=23) were girls who received a low score in EAQ (no signs of ARS).

Results. Subjects with ARS were characterized by more external LOC than girls without any signs of this syndrome ($t = -2.898$; $p < 0.01$). The results did not confirm the hypothesis about the relationship between LOC and the tendency to respond by abnormal attitude to eating and own body in difficult situations in both groups.

Conclusions. In pathogenesis of ARS where anorexic behaviors can become a way to a regain lost control, LOC may play a role as a mediating variable rather than a direct determinant of this syndrome.

Słowa kluczowe: poczucie kontroli, anoreksja, gotowość anorektyczna

Key words: locus of control, anorexia, anorexic readiness

Wstęp

Pomimo rozległej wiedzy na temat anoreksji, jej diagnoza wciąż sprawia wiele trudności, zaś leczenie pozostaje niezwykle skomplikowane. Na skuteczność terapii anoreksji wpływ ma kompleksowość oddziaływań wobec osoby chorej oraz jak

najwcześniejsze rozpoczęcie procesu leczenia. W trosce o powrót do zdrowia somatycznego i psychicznego powinno ono obejmować specjalistyczne postępowanie medyczne oraz pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną [1]. Podstawowym celem leczenia jest nauczenie pacjentki prawidłowych nawyków żywieniowych oraz pomoc w zaakceptowaniu swojego ciała, nabyciu umiejętności radzenia sobie ze swoimi emocjami i trudnymi sytuacjami [2]. Najlepsze efekty daje łączenie farmakoterapii z psychoterapią chorej osoby i terapią systemową całej rodziny [3]. W zakresie terapii indywidualnej badania wskazują na stosunkowo wysoką skuteczność technik wywodzących się z modelu poznawczo-behawioralnego. Ich celem jest zmiana myśli i działań osoby cierpiącej na anoreksję poprzez oddziaływanie na jej świadome wzory myślowe [4].

Niepokojące zjawisko wzrostu liczby zachorowań na anoreksję, szczególnie w grupie dzieci i młodzieży, obniżanie się wieku pacjentów, skomplikowany proces leczenia i wysoki wskaźnik śmiertelności tego zaburzenia [5, 6] wskazują na potrzebę wczesnej diagnozy oraz profilaktyki wobec osób należących do grupy szczególnego ryzyka wystąpienia jadłowstrętu psychicznego. Grupę tę wyłoniła i scharakteryzowała B. Ziółkowska [7], potwierdzając w swych badaniach istnienie u niektórych dorastających dziewcząt syndromu gotowości anorektycznej (SGA). Autorka podkreśla szczególnie rolę tego syndromu jako patologicznego sposobu radzenia sobie jednostki ze stresem. Opracowanie stanowi odpowiedź na postulat B. Ziółkowskiej [7] dotyczący konieczności dalszej analizy determinant sprzyjających ekspresji SGA. Obejmuje ono analizę lokalizacji kontroli u dziewcząt przejawiających ten syndrom, gdyż zmienna ta stanowi z jednej strony istotny czynnik warunkujący proces radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a z drugiej – pośredniczy w ekspresji SGA.

Syndrom gotowości anorektycznej jest to zespół wskaźników nieprawidłowości w obszarze postaw wobec jedzenia i własnego ciała, będący stadium przedchorobowym pełnoobjawowej anoreksji. Uznawany on jest za odrębną i niezależną jednostkę charakteryzującą się określonym zespołem objawów, jak i specyficznymi uwarunkowaniami. SGA nie stanowi ujętej w klasyfikacji DSM-IV-TR [8] czy ICD-10 [9] jednostki klinicznej, stąd brak jest kryteriów diagnostycznych koniecznych do jego rozpoznania. Ujawnia się on poprzez zachowania anorektyczne dotyczące specyficznych postaw czy tendencji zaznaczających się na płaszczyźnie jedzenia i własnego ciała. Są one mniej nasilone niż w anoreksji, występują okresowo i w łagodniejszej formie.

Zarówno anoreksja, jak i SGA mogą być rozpatrywane jako wynik utraty poczucia kontroli nad swoim życiem. Poczucie kontroli traktuje się jako niespecyficzny czynnik rozwoju SGA.

Pojęcie poczucia kontroli (umiejscowienia poczucia kontroli, lokalizacji kontroli; locus of control – LOC) wywodzi się z teorii społecznego uczenia się J.B. Rottera [10]. Jest to względnie trwała cecha osobowości człowieka, stanowiąca zgeneralizowane oczekiwanie co do wystąpienia określonego wzmocnienia w odpowiedzi na jego działanie. Osoby wewnątrzsterowne uznają, że efekt ich działań jest zależny od nich samych, zaś osoby zewnątrzsterowne wierzą, że determinują go czynniki zewnętrzne (szczęście, los). LOC uwarunkowane jest głównie przez postawy rodzicielskie oraz trening samodzielności. Stanowi ono istotny moderator radzenia sobie ze stresem.

Ogólnie osoby wewnątrzsterowne korzystają z bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem niż jednostki z zewnętrznym LOC [11–13]. Badania dowodzą również zależności pomiędzy lokalizacją kontroli, poczuciem skuteczności w obszarze samoregulacji zachowań związanych z jedzeniem i postawami wobec jedzenia [14]. Osoby otyłe oraz cierpiące na bulimie przejawiają bardziej zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli. Zmienna ta wiąże się z poczuciem niższej zdolności do samoregulacji w obszarze zachowań związanych z jedzeniem, co wraz z częstym doświadczaniem negatywnych emocji oraz niekorzystnymi czynnikami społecznymi prowadzić może do zachowań bulimicznych, przyjmowania nadmiernej ilości pokarmu w celu obniżenia negatywnych emocji lub w odpowiedzi na zewnętrzne bodźce związane z jedzeniem, niezależnie od uczucia sytości czy głodu [15–18].

Problematyka lokalizacji kontroli odgrywa rolę w genezie i patomechanizmie anoreksji i SGA. Dziewczęta przejawiające te zaburzenia wychowują się w warunkach dużego nacisku na spełnianie norm rodzinno-społecznych, przy małej liczbie wzmocnień opartych na ich własnych działaniach. Rodzi to w nich zarówno poczucie utraty kontroli nad swym życiem (rozumiane jako zewnętrzne LOC), jak i podatność na wpływy kulturowe. Badania dowodzą, że osoby cierpiące na anoreksję oraz te przejawiające mniej nasilone – lecz jakościowo podobne – objawy nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem charakteryzują się zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli. Zewnętrzne LOC wiąże się także z większym nasileniem objawów anoreksji [19–21]. Stanowi ono również czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń współwystępujących (zaburzeń depresyjnych, lękowych, obsesyjno-kompulsywnych), pogarszających przebieg tej choroby oraz komplikujących proces leczenia [22–24]. Odgrywa także ważną rolę w terapii anoreksji, gdyż poczucie braku kontroli nad swym życiem utrudnia podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia, z kolei rozwijanie u chorych wewnętrznego LOC przyczynia się do zwiększenia ich motywacji do podjęcia oraz pozostania w terapii [25]. Anoreksję traktuje się jako próbę odzyskania utraconej kontroli czy też zaburzoną samokontrolę – zawężoną do obszaru odchudzania, niedostosowaną do wymagań i nastawioną na niewłaściwy, krótkotrwały cel [26]. Można podejrzewać, że SGA również stanowi odpowiedź na mniej nasilone niż w anoreksji poczucie utraty kontroli, zwiększające się jednak w wyniku zaistnienia trudnej sytuacji, zredukowane zaś poprzez ekspresję zachowań anorektycznych [27–29].

Material i metoda

Cel i uzasadnienie badań własnych

Analiza problematyki anoreksji, prowadzona od niemal stu lat na gruncie nauk medycznych, a później społecznych, dostarczyła szerokiego opisu tego zjawiska. Współcześnie w środowisku naukowym powszechnie uznaje się polietiologiczne podłoże jadłowstrętu psychicznego [30]. Syndrom gotowości anorektycznej stanowi z kolei stosunkowo nowe i słabo poznane zjawisko. Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu w badaniach własnych podjęto próbę odpowiedzi na pytanie,

czy występują różnice w umiejscowieniu poczucia kontroli w grupie dziewcząt przejawiających SGA oraz w grupie dziewcząt niemanifestujących cech tego syndromu. Postawiono także pytanie o związek między tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu a subiektywną lokalizacją kontroli.

Problemy i hipotezy badawcze

W badaniu postawiono następujące problemy badawcze:

1. Czy umiejscowienie poczucia kontroli różnicuje grupę kryterialną i kontrolną?
2. Czy istnieje zależność między tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu a umiejscowieniem poczucia kontroli?

Próbie odpowiedzi na tak sformułowane pytania stanowią dwie hipotezy, których trafność oceniano w ramach empirycznej eksploracji problemu:

- H.1. Umiejscowienie poczucia kontroli różnicuje grupę kryterialną i kontrolną.
- H.2. Istnieje zależność między tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu a umiejscowieniem poczucia kontroli.

Zmienne

Zmienna niezależna główna to syndrom gotowości anorektycznej, który można opisać jako tendencję do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i własnego ciała w warunkach stresu. Wskaźnikiem tej zmiennej jest wynik w „Kwestionariuszu do badania indywidualnego stosunku do jedzenia” B. Ziółkowskiej [7]. Zmienna przyjmuje dwa poziomy [31] – występowanie SGA, o którym świadczą wyniki wysokie, oraz jego brak, na który wskazują wyniki niskie. Poziomy te można także interpretować jako wysoką bądź niską tendencję do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu.

Zmienna zależna to umiejscowienie poczucia kontroli. Zmienna ta przyjmuje trzy poziomy: 1) LOC wewnętrzne, 2) LOC nieustalone oraz 3) LOC zewnętrzne.

Narzędzia badawcze

W badaniu posłużono się dwiema metodami pozwalającymi na pomiar wymierzonych zmiennych. Są to: 1) „Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia” (KSJ) B. Ziółkowskiej [7] oraz 2) „Kwestionariusz do badania poczucia kontroli” (KBPK) G. Krasowicz i A. Kurzyp-Wojnarskiej [10].

„Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia” to metoda diagnostyczna sporządzona dla celów przesiewowych, pozwalająca selekcjonować młode kobiety ujawniające nieprawidłowości w zakresie stosunku do jedzenia oraz własnego ciała. Wysokie wyniki w kwestionariuszu świadczą o występowaniu SGA, niskie zaś o jego braku [7].

„Kwestionariusz do badania poczucia kontroli” to metoda służąca do pomiaru zgeneralizowanego poczucia umiejscowienia kontroli. Niski wynik ogólny świadczy o LOC zewnętrznym, umiarkowany o LOC nieustalonym, zaś wysoki – o LOC wewnętrznym [10].

Charakterystyka osób badanych

Osoby badane to dziewczęta zrekrutowane spośród uczennic pięciu szkół na poziomie gimnazjum i liceum. Osoby badane pochodzą z grupy wiekowej 13–18 lat, a więc sensytywnej dla ekspresji nieprawidłowości w sferze stosunku do jedzenia i własnego ciała. Grupę kryterialną (23 osoby) tworzą dziewczęta, które w I etapie badań uzyskały wynik wysoki w KSJ B. Ziółkowskiej [7], a więc przejawiają SGA. Do grupy kontrolnej (23 osoby) zakwalifikowały się dziewczęta, które uzyskały wynik niski, stąd nie ujawniają cech gotowości anorektycznej.

Grupy kryterialna i kontrolna są zbliżone pod względem liczby dziewcząt w poszczególnych grupach wiekowych, co wynika z celowego doboru parami osób badanych do tych grup. Zastosowano dobór parami według szkoły, a także, w miarę możliwości, wieku i klasy, stąd grupy kryterialna i kontrolna są równoliczne pod względem dziewcząt uczęszczających do gimnazjum oraz do liceum. W obu grupach zaznacza się przewaga uczennic liceum (69,6%).

Przebieg i organizacja badań

Badania miały charakter dwuetapowy. Etap I stanowiły badania przesiewowe mające na celu selekcję osób badanych do grupy kontrolnej oraz kryterialnej poprzez wyłonienie dziewcząt, które w tym etapie badań uzyskały wyniki niskie oraz wysokie. Zastosowaną metodą był KSJ [7]. Kwestionariusz ten nie posiada norm statystycznych, stąd przystąpiono do wyznaczenia przedziałów wyników niskich, przeciętnych oraz wysokich. Obliczono wartości średniej ($M = 8,25$) oraz odchylenia standardowego ($SD = 3,51$) dla wyników surowych uzyskanych w I etapie badania w grupie liczącej 189 dziewcząt. Następnie wyrażono uzyskane w badaniu wyniki w postaci odchylen standardowych od średniej oraz przyjęto, że wyniki niskie to te mieszczące się w przedziale poniżej pierwszego odchylenia standardowego (0–4 pkt.), zaś wysokie to te obejmujące przedziały powyżej pierwszego odchylenia standardowego (12–20 pkt.). Procedura ta pozwoliła wyłonić dziewczęta, które uzyskały wyniki niskie (≤ 4) oraz wysokie (≥ 12), a następnie, stosując dobór parami według szkoły, a także – w miarę możliwości – wieku i klasy, przydzielić je kolejno do grup kryterialnej oraz kontrolnej.

Badania właściwe, czyli etap II, zostały przeprowadzone wśród dziewcząt, które w I etapie zakwalifikowały się do grupy kryterialnej i kontrolnej. Badanie miało na celu pomiar poczucia kontroli w obu grupach. Zastosowanym narzędziem był KBPK G. Krasowicz i A. Kurzyp-Wojnarskiej [10].

Wyniki

Umiejscowienie poczucia kontroli u dziewcząt z SGA i u dziewcząt z grupy kontrolnej

Metodę analiz istotności różnic między umiejscowieniem poczucia kontroli w grupie dziewcząt przejawiających SGA oraz w grupie dziewcząt bez tego syndromu wybrano w oparciu o ocenę normalności rozkładów zmiennych w tych grupach za pomocą nieparametrycznego testu normalności Shapiro-Wilka. Uzyskane wyniki potwierdziły normalność rozkładów zmiennych w badanych grupach, więc w toku dalszej analizy zastosowano parametryczny test t-Studenta dla prób niezależnych [31, 32].

**Tabela 1. Charakterystyka grupy kryterialnej i kontrolnej
ze względu na umiejscowienie poczucia kontroli**

Grupa	LOC	Częstość	Procent
kryterialna	LOC zewnętrzny	12	52,2
	LOC nieustalony	10	43,5
	LOC wewnętrzny	1	4,3
kontrolna	LOC zewnętrzny	6	26,1
	LOC nieustalony	10	43,5
	LOC wewnętrzny	7	30,4

Z tabeli 1 wynika, że większość dziewcząt w grupie kryterialnej charakteryzuje się LOC zewnętrznym. LOC nieustalony przejawia taka sama liczba badanych w obu grupach, przy czym w grupie kontrolnej jest to najczęściej ujawniające się poczucie kontroli. W tej grupie stosunkowo wiele dziewcząt przejawia także LOC wewnętrzny, zaś w grupie kryterialnej taki typ umiejscowienia poczucia kontroli pojawił się tylko u jednej badanej.

**Tabela 2. Poczucie kontroli (wyniki kwestionariusza KBPK)
w grupie kryterialnej oraz kontrolnej – statystyki opisowe**

KBPK	Rozstęp	M	SD	Skośność		Kurtoza	
				Statystyka	Błąd standardowy	Statystyka	Błąd standardowy
Grupa kryterialna	17	21,74	4,535	-0,445	0,481	-0,350	0,935
Grupa kontrolna	20	25,61	4,520	-0,192	0,481	0,223	0,935

Średni wynik umiejscowienia poczucia kontroli w KBPK w grupie kryterialnej jest niższy niż w grupie kontrolnej, jednak obie grupy wykazują podobną zmienność wyników, na co wskazują zbliżone wartości rozstępu (nieco niższe w grupie kryterialnej) oraz odchyłeń standardowych w tych grupach. Rozkład wyników w grupie

dziewcząt bez SGA jest leptokurtyczny, większość wyników koncentruje się bowiem wokół wartości średniej. Z kolei w grupie dziewcząt z gotowością anorektyczną rozkład wyników jest platokurtyczny, występuje wiele wyników skrajnych, oddalonych od średniej. Rozkłady wyników w obu grupach są lewoskośne, przeważają w nich wyniki stosunkowo wysokie.

Tabela 3. Istotność różnic między średnimi wynikami KBPK w grupie kryterialnej i kontrolnej

Umiejscowienie poczucia kontroli	Grupa kryterialna		Grupa kontrolna		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
	21,74	4,52	25,61	4,52			

** $p < 0,01$

Analiza testem t-Studenta wykazała, że istnieją istotne różnice pomiędzy grupą kryterialną a kontrolną w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli ($t = -2,898$; $p < 0,01$). W grupie kontrolnej wyniki w kwestionariuszu do badania poczucia kontroli ($M = 25,61$; $SD = 4,52$) są istotnie statystycznie wyższe niż w grupie kryterialnej ($M = 21,74$; $SD = 4,52$). Potwierdza to H.2. mówiącą, że umiejscowienie poczucia kontroli różnicuje grupę kryterialną i kontrolną. Oznacza to, że dziewczęta z SGA cechują się bardziej zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli niż dziewczęta bez cech tego syndromu. Wielkość efektu (d Cohena = $0,87$) wskazuje na silny związek między obecnością bądź brakiem SGA a umiejscowieniem poczucia kontroli.

Tendencja do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu a umiejscowienie poczucia kontroli

Kolejnym etapem analizy była weryfikacja hipotezy dotyczącej zależności pomiędzy tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu a umiejscowieniem poczucia kontroli. Zastosowaną w tym celu miarą siły związku między zmiennymi był współczynnik korelacji rang Spearmana (niespełnienie założenia o zależności liniowej między zmiennymi).

Tabela 4. Korelacja między SGA a LOC w grupie kryterialnej i kontrolnej

Grupa	Tendencja do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i własnego ciała w warunkach stresu	Umiejscowienie poczucia kontroli	
		Korelacja Spearmana	Istotność dwustronna
Kryterialna	Wysoka	-0,307	0,155
Kontrolna	Niska	-0,065	0,770

Zarówno w grupie dziewcząt przejawiających SGA ($rS = -0,31$; $p < 0,05$), jak i w grupie kontrolnej ($rS = -0,07$; $p < 0,05$) nie wykryto istotnych statystycznie związków pomiędzy wysokim lub niskim natężeniem tendencji do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach stresowych a umiejscowieniem poczucia kontroli

Omówienie wyników

Celem badań była próba odpowiedzi na pytanie, czy dziewczęta z syndromem gotowości anorektycznej różnią się od dziewcząt nieprzejawiających tych zaburzeń pod względem subiektywnej lokalizacji kontroli. Analizowano również, czy istnieje zależność pomiędzy tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i własnego ciała a lokalizacją kontroli w obu grupach.

Wyniki badań przedstawionych w niniejszej pracy potwierdzają H.1. mówiącą o istnieniu różnic między umiejscowieniem poczucia kontroli w grupie dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej i w grupie dziewcząt bez tego syndromu. Dziewczęta z SGA cechują się bardziej zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli niż dziewczęta bez tych zaburzeń. Wyniki te odnieść można do opisywanej w literaturze koncepcji anoreksji jako zastępczej formy sprawowania kontroli [33]. Nieprawidłowe postawy rodziców oraz uwarunkowania osobowościowe (zaniżona samoocena, brak akceptacji swojego wyglądu, nieefektywne radzenie sobie ze stresem, podatność na wpływy kulturowe) nie tylko stanowią bezpośrednie determinanty SGA [7, 34], ale – jak wskazują inni autorzy [35] – przyczyniają się one również do wytworzenia zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli. Z kolei zewnętrzne LOC, choć nie jest wymieniane jako zmienna warunkująca SGA, wraz z innymi niekorzystnymi cechami osobowości stanowić może swoisty czynnik ryzyka tego zaburzenia. Być może więc dla dziewcząt z grupy kryterialnej SGA stanowi sposób na odzyskanie utraconego poczucia kontroli, szczególnie silnie zaznaczający się w warunkach stresu [36].

Uzyskane wyniki nie pozwoliły na potwierdzenie H.2. dotyczącej związku pomiędzy tendencją do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach stresowych a umiejscowieniem poczucia kontroli. Zarówno w grupie kryterialnej, jak i w kontrolnej nie wykryto takich zależności. Pomimo że dziewczęta z gotowością anorektyczną przejawiają bardziej zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli, to jednak zmienna ta nie wpływa znacząco na rozwój SGA. W istocie – choć literatura przedmiotu wskazuje, że LOC może odgrywać pewną rolę w patomechanizmie SGA, w którym zachowania anorektyczne stają się sposobem na odzyskanie utraconej kontroli, to jednak ujmowane jest ono raczej jako zmienna pośrednicząca aniżeli bezpośrednia determinanta tego zaburzenia [37–39].

Wnioski

Niniejsze badania wskazują, że dziewczęta z SGA w porównaniu z ich zdrowymi rówieśniczkami cechuje zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli. Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy tendencją do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach trudnych a lokalizacją kontroli.

Otrzymany materiał badawczy może być pomocny w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie zarówno o kierunek dalszych eksploracji zjawiska syndromu gotowości anorektycznej, jak i cele przyszłych działań profilaktycznych. Źródłem cennych danych mogłaby okazać się próba odnalezienia i scharakteryzowania innych niż lokalizacja kontroli (która, jak się okazuje, nie koreluje z SGA) zmiennych, stanowiących jedno-

częśnie determinantę sposobów radzenia sobie ze stresem oraz związanych z tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia oraz własnego ciała w warunkach stresu. Ważnym celem eksploracji problematyki SGA byłoby również skonstruowanie znormalizowanego dla populacji polskiej narzędzia diagnostycznego do rozpoznawania tego syndromu. Opierając się na danych, jakich dostarczyły niniejsze badania, stwierdzić można także, że tworzone w przyszłości programy profilaktyczne powinny kłaść nacisk na uczenie młodzieży konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz uświadamiać rodzicom i nauczycielom ich rolę w kształtowaniu u dzieci umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz wewnętrznego LOC. Ich celem powinna być także edukacja społeczeństwa w obszarze uwarunkowań, symptomatologii oraz genezy SGA. Działania te wpłynąć mogą na powstrzymanie rozwoju tego syndromu, a tym samym na zahamowanie eskalacji anoreksji wśród dorastających dziewcząt.

Piśmiennictwo

1. McNulty K, Adams C, Anderson J, Affenito S. *Development and validation of a screening tool to identify eating disorders in female athletes*. J. Am. Diet. Assoc. 2001; 101: 886–892.
2. Abraham S, Llewellyn-Jones D. *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995.
3. Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating disorders*. Lancet 2003; 361: 407–414.
4. Brytek-Matera A, Rybicka-Klimczyk A. *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2009.
5. Guarda AS. *Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles*. Physiol. Behav. 2008; 94: 113–120.
6. Sodersten P, Bergh C, Zandian M. *Understanding eating disorders*. Horm. Behav. 2006; 50: 572–578.
7. Ziółkowska B. *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w okresie adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001.
8. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wciórka J. red. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
9. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy diagnostyczne i wskazówki kliniczne*. Pużyński S, Wciórka J. red. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1997.
10. Krasowicz G, Kurzyp-Wojnarska A. *Kwestionariusz do badania poczucia kontroli (KBPK). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1990.
11. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J. red. *Psychologia. Podręcznik akademicki, t.3*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000. s. 465–492.
12. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
13. Peacock EJ, Wong PTP. *Anticipatory stress: The relation of locus of control, optimism and control appraisals to coping*. J. Res. Pers. 1996; 30: 204–222.
14. Scoffier S, Paquet Y, d'Arpille-Longueville F. *Effect of locus of control on disordered eating in athletes: The meditational role of self-regulation of eating attitudes*. Eat. Behav. 2010; 11: 164–169.

15. Braet C, Van Stein T. *Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children*. Behav. Res. Ther. 1997; 15: 863–873.
16. Rotenberg K, Costa P, Trueman M, Lattimore P. *The relation between the lack of control attributional style for indulgent food consumption and bulimic symptoms*. Eat. Behav. 2011; 12: 325–327.
17. Van Strein T, Schippers G, Cox M. *On the relationship between emotional and external eating behavior*. Addict. Behav. 1995; 20: 585–594.
18. Berman E. *The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample*. Eat. Behav. 2006; 7: 79–90.
19. Fouts G, Vaughan K. *Locus of control, television viewing, and eating disorder symptomatology in young females*. J. Adolesc. 2002; 25: 307–311.
20. Horesh N, Zalsman G, Apter A. *Internalized anger, self-control, and mastery experience in inpatient anorexic adolescents*. J. Psychosom. Res. 2000; 49: 247–253.
21. Dalgleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, de Silva P, Treasure J. *Perceived control over events in the world in patients with eating disorders: a preliminary study*. Pers. Individ. Diff. 2001; 31: 453–460.
22. Schweiger U, Sipos V. *Comorbidity of personality disorders and eating disorders*. Eur. Psychiatry 2007; 22: 17–18.
23. Pearlstein T. *Eating disorders and comorbidity*. Arch. Womens Ment. Health 2002; 4: 67–78.
24. Tan J, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick R. *Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents*. Int. J. Law Psychiatry 2003; 26: 627–645.
25. Cooper M, Stockford K, Turner H. *Stages of change in anorexic and bulimic disorders: The importance of illness representations*. Eat. Behav. 2007; 8: 474–484.
26. Iniewicz G. *Samokontrola i jej uwarunkowania u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną*. Psychoterapia 2004; 3: 45–53.
27. Brytek-Matera A. *Anorexia nervosa and emotional symptoms: a cross-cultural study*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2008; 4: 39–46.
28. Harding TP, Lachenmeyer JR. *Family interaction patterns and locus of control as predictors of presence and severity of anorexia nervosa*. J. Clin. Psychol. 1986; 42: 440–448.
29. Wojciak RW, Mojs E, Cierpiałkowska L. *The health locus of control in anorexia women*. Eur. Psychiatry 2009; 24: 764.
30. Carson RC, Butcher JN, Mineka S. *Psychologia zaburzeń, t. 1*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
31. Bedyńska S, Brzezicka A. red. *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica; 2007.
32. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
33. Niedźwieńska A. red. *Samoregulacja w poznaniu i działaniu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
34. Brytek-Matera A, Rybicka-Klimczyk A. *Evaluation of body image among females with Anorexia Readiness Syndrome*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2011; 3: 11–19.

35. Iniewicz G. *Samokontrola w zaburzeniach odżywiania się*. W: Niedźwieńska A. red. *Samoregulacja w poznaniu i działaniu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008. s. 293–312.
36. Jaros K. *Style radzenia sobie ze stresem i umiejscowienie poczucia kontroli u dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej*. Niepublikowana praca magisterska. Lublin: Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej; 2012.
37. Ziółkowska B. *Anoreksja od A do Z*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
38. Ziółkowska B. *Sytuacje trudne jako źródło zaburzeń łaknienia. Zaburzenia łaknienia jako źródło sytuacji trudnych*. W: Ziółkowska B. red. *Opętanie (nie)jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009. s. 177–186.
39. Ziółkowska B. *Zaburzenia funkcjonowania systemu rodzinnego i konieczność podjęcia terapii systemowej w anorexia nervosa*. W: Suchańska A. red. *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000. s. 173–184.

Adres: Urszula Oszwa
Zakład Dydaktyki
Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS
20-004 Lublin, ul. Narutowicza 12

Otrzymano: 18.09.2012
Zrecenzowano: 17.04.2013
Otrzymano po poprawie: 25.06.2013
Przyjęto do druku: 11.04.2014