

KATARZYNA JAROS

Niepubliczne Przedszkole „Skrzat”, Lublin
e-mail: katarzynajaros1@gmail.com

URSZULA OSZWA

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS, Lublin
e-mail: ulaoszwa@wp.pl

Style radzenia sobie ze stresem u dziewcząt z grupy ryzyka anoreksji

Cel badań. W badaniu poszukiwano różnic w stylach radzenia sobie ze stresem nastoletnich dziewcząt ($N = 189$) w grupie ryzyka anoreksji ($n = 23$) oraz w grupie kontrolnej ($n = 23$). Analizowano też związek między stylami radzenia sobie ze stresem a tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu w obu grupach.

Metoda. Zastosowano KSJ do oceny ryzyka anoreksji oraz CISS do pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem.

Wyniki. Badane z grupy ryzyka anoreksji wykazały istotną preferencję emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem ($t = 4,56, p < 0,01$), zaś ich zdrowe rówieśniczki częściej posługiwały się stylem zadaniowym ($t = -2,68, p < 0,05$). Wystąpiła istotna umiarkowana korelacja między stylami radzenia sobie a tendencją do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacji trudnej w badanych grupach. Wysokiemu natężeniu tej tendencji w grupie ryzyka anoreksji towarzyszyła preferencja emocjonalnego ($\rho = 0,45; p < 0,05$) oraz unikowego stylu radzenia sobie ($\rho = 0,42; p < 0,05$), zaś jej niskie natężenie w grupie kontrolnej wiązało się z tendencją do stosowania stylu nastawionego na zadanie ($\rho = 0,46; p < 0,05$).

Wnioski. Skłonność do używania nieefektywnych i dezadaptacyjnych strategii radzenia sobie odgrywa istotną rolę w mechanizmie anoreksji, natomiast preferencja aktywnych i skutecznych sposobów walki ze stresem stanowi jeden z czynników chroniących nastolatki przed tym zaburzeniem.

Słowa kluczowe: stres, style radzenia sobie, ryzyko anoreksji

Problematyka stresu psychologicznego oraz radzenia sobie z nim cieszy się we współczesnej literaturze psychologicznej dużą popularnością (Bekker, Boselie 2002; Brambilla 2001; Costorphine i in. 2007; García-Grau 2000; Miller, Redlich, Steiner 2003; Villa i in. 2009; Wolff i in. 2000). Można wyróżnić trzy główne nurty opisu tego zjawiska, które ujmują go jako: 1) sytuację trudną, 2) reakcję emocjonalną człowieka na tę sytuację oraz 3) relację pomiędzy czynnikami zewnętrznymi a właściwościami jednostki. Aktualnie dominuje podejście ostatnie, zwane relacyjnym (transakcyjnym). Mieszczą się w nim wiodące koncepcje stresu psychologicznego. W modelu R. Lazarusa i S. Folkmana (1984, za: Heszen-Niejodek 2000) kluczową rolę odgrywają pojęcia: a) transakcji, odnoszącej się do wzajemnych oddziaływań jednostki i jej otoczenia oraz b) oceny poznawczej, której efektem jest uznanie tej transakcji za stresową bądź nie. S. Hobfoll (2006) w swej teorii zachowania zasobów uznaje transakcję za stresową, gdy prowadzi ona do zakłócenia równowagi w wymianie zasobów pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. W podejściu relacyjnym mieszczą się także koncepcje stresu tworzone przez polskich psychologów – T. Tomaszewskiego (1975), czy J. Reykowskiego (1969; 1975), J. Strelaua (2008), które odnoszą się do zakłócenia równowagi pomiędzy elementami lokowanymi w jednostce i jej otoczeniu oraz akcentują rolę subiektywnej oceny sytuacji.

W obliczu stresu człowiek podejmuje różne aktywności ukierunkowane na zmianę transakcji stresowej, co określa się mianem radzenia sobie ze stresem. Zjawisko to rozpatruje się w trzech ujęciach: a) jako proces b) jako styl, c) jako strategię (Heszen, Sęk 1997). Radzenie sobie jako proces odnosi się do całości aktywności podejmowanej przez człowieka w konkretnej sytuacji stresowej, jako efekt określonej oceny tej sytuacji. Styl radzenia to zmienna osobowościowa, stanowiąca zbiór charakterystycznych dla jednostki strategii radzenia sobie. Pojęcie strategii odnosi się do konkretnych działań w sytuacji stresowej. R. Lazarus (1984, za: Heszen-Niejodek 2000) podzielił je na dwie grupy technik: 1) techniki aktywne o charakterze działań bezpośrednich, zmierzające do regulacji stanu emocjonalnego oraz 2) techniki paliatywne oparte na poznawczym opracowywaniu sytuacji trudnej. Inni autorzy uwzględnili ponadto style unikowe (Bishop 2000; Corstorphine i in. 2007), radzenie sobie polegające na poszukiwaniu wsparcia społecznego, pozytywne prze wartościowanie znaczenia sytuacji (Strelau 2008), a także style polegające na poszukiwaniu bądź unikaniu informacji w sytuacji zagrożenia (Engler, Crowther, Dalton 2006; Olszewski 2010; Pop-Jordanova 2000).

Efektywność radzenia sobie wyznacza stopień dostosowania jego formy do wymagań sytuacji oraz właściwości jednostki. Na przebieg radzenia sobie wpływ mają czynniki osobowościowe, od których częściowo zależy ocena poznawcza sytuacji oraz dobór strategii zaradczych, a także czynniki zewnętrzne – rodzaj sytuacji stresowej, adekwatność jej oceny i towarzyszące jej okoliczności, głównie obecności lub braku wsparcia społecznego.

Zagadnienie radzenia sobie ze stresem odgrywa istotną rolę w etiopatogenezie anoreksji oraz zespołu objawów charakterystycznych dla grupy ryzyka jadłowstrętu psychicznego, coraz częściej określanej w literaturze jako grupa z syndromem gotowości anorektycznej (Ziółkowska 2001).

Syndrom gotowości anorektycznej (SGA) to pojęcie wprowadzone do literatury polskiej przez B. Ziółkowską (2001; zob.: Garcia-Grau i in. 2002). Pionierskie badania autorki dostarczyły szerokiego opisu symptomatologii i uwarunkowań tego zjawiska (zob.: Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk 2011). Opisuje je ona jako niepełnoobjawową formę zaburzonego stosunku do jedzenia i własnego ciała, czyli zespół objawów, mogących poprzedzać syndrom o cechach specyficznych, a tym samym stanowiących zespół ryzyka anoreksji – jej stadium przedchorobowe. SGA jest stosunkowo nowym i mało jeszcze poznany zjawiskiem. W literaturze przedmiotu znaleźć można niewiele poświęconych mu publikacji, stąd autorzy tych nielicznych opisując specyfikę SGA powołują się głównie na prace B. Ziółkowskiej (2001). Autorka dokonuje rozróżnienia pomiędzy SGA a pokrewnym mu terminem poziomu gotowości anorektycznej (PGA), zwanym także pogotowiem anorektycznym. Z kolei I. Wojciechowska (2000) określa oba terminy jako tendencję organizmu do redukowania przyjmowania pokarmów na skutek zakłóceń w funkcjonowaniu osoby. B. Ziółkowska (2001) ujmując zarówno jadłowstręt psychiczny, jak i jego formę subkliniczną w kontekście dezadaptacyjnych stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Autorka wskazuje szereg determinant odpowiedzialnych zarówno za interpretację przez osoby chore na anoreksję danej sytuacji jako stresowej na poziomie ich oceny pierwotnej, jak i dokonany w ocenie wtórnej wybór specyficznej strategii radzenia sobie w postaci jadłowstrętu psychicznego. Determinantami tymi są: a) czynniki sytuacyjne: czas trwania stresu, charakter i subiektywnie odczuwana intensywność sytuacji trudnej; b) czynniki społeczne: doświadczenia wczesnodziecięce, przebieg procesu wychowania, postawy rodzicielskie, jakość wsparcia społecznego (zob.: Brown i in. 2009; Engler, Crowther, Dalton 2006; Franko i in. 2008); c) czynniki fizjologiczne: typ układu nerwowego i temperament, poziom energii życiowej (zob.: Brambilla 2001) d) czynniki osobowościowe: obraz siebie i samoocena, potrzeby i aspiracje, postawy lękowe, odporność organizmu (zob.: Pop-Jordanova 2000).

Splot niekorzystnych czynników psychologicznych, rodzinnych oraz społeczno-kulturowych oddziałujących na osoby chore na anoreksję sprawia, że dorastają one w niesprzyjających warunkach, co samo w sobie można określić jako chroniczne doświadczanie sytuacji trudnej, zaś brak konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem czyni ją dla tych dziewcząt jeszcze bardziej obciążającą (Brown i in. 2009; Engler, Crowther, Dalton 2006; Franko i in. 2008). Powoduje to wytworzenie u nich tendencji do radzenia sobie ze stresem oraz osiągania pożądanych gratyfikacji za pomocą nieprawidłowego stosunku do własnego ciała i jedzenia, ujawniających się okresowo w postaci zachowań anorektycznych. Gotowość anorektyczna jest w tym kontekście rozpatrywana

jako patologiczne przystosowanie się młodej osoby do niesprzyjających jej rozwojowi warunków spowodowanych sytuacją trudną. Również anoreksja uznawana jest za specyficzny rodzaj stylu radzenia sobie ze stresem (Ziółkowska 2001).

Na płaszczyźnie osobowości styl radzenia sobie w anoreksji determinowany jest przez negatywny obraz siebie i niską samoocenę, które wzbudzają znaczną potrzebę osiągnięć i wysokie aspiracje, nasilają także potrzebę rywalizacji i perfekcjonizmu. Duże znaczenie odgrywa tu także proces wychowania i socjalizacji (Brown i in. 2009; Engler, Crowther, Dalton 2006; Franko i in. 2008), którego produktem są postawy lękowe, wzmagające u osób chorych na anoreksję egocentryzm, skupienie na swoim cielesie i atrakcyjności oraz tendencję do tłumienia lęków poprzez kompulsywne samodoskonalenie się (Zapała 2009).

Specyficzny styl radzenia sobie ze stresem w postaci anoreksji zawiera szeroki repertuar strategii (Corstorphine i in. 2007; Garcia-Grau i in. 2002; Miller, Redlich, Steiner 2003; Villa i in. 2009; Wolff i in. 2000). Obejmują one zarówno techniki aktywne, dążące do regulacji stanu emocjonalnego poprzez np. wzmożoną aktywność ruchową oraz techniki paliatywne skoncentrowane na poznawczym opracowaniu sytuacji trudnej, np. stosowaniu uzasadnień dla kontynuowania diety, pomimo niepokojących objawów wychudzenia (Zygmunt 2009). U podstaw tego stylu leży motywacja zewnętrzna, wzbudzana w odpowiedzi na presję społeczno-kulturową dotyczącą ideału szczupłej sylwetki (Zapała 2009). Zwrotne korzyści ze stosowania tych strategii – zainteresowanie otoczenia, poczucie kontroli nad sobą i innymi itp., odpowiadają za utrwalenie preferencji jadłowstrętu psychicznego jako sposobu radzenia sobie w sytuacji trudnej (Iniewicz 2008).

Strategie wchodzące w skład stylu radzenia sobie w postaci pełnoobjawowej anoreksji oraz jej formy subklinicznej prowadzą do osiągnięcia celów przez chore i w tym znaczeniu można je rozpatrywać jako skuteczne. Nie spełniają one jednak pozostałych kryteriów efektywności - nie zapewniają trwałego rozwiązania problemu, są niedostosowane do wymagań sytuacji oraz godzą w dobrostan jednostki, narażając jej życie i zdrowie. Ponadto stosujące je dziewczęta wykazują brak elastyczności w posługiwaniu się strategiami zastępczymi, czy też brak innych konstruktywnych strategii. Stąd zaburzenia te należy uznać za nieadaptacyjne, nierozwinięte i patologiczne sposoby radzenia sobie w sytuacji trudnej, szkodliwe z punktu widzenia zdrowia jednostki.

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu oraz w odpowiedzi na postulat B. Ziółkowskiej dotyczący konieczności dalszej analizy determinant sprzyjających ekspresji SGA, w tym zwłaszcza sposobów radzenia sobie ze stresem, w badaniach własnych podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy występują różnice w dominujących stylach radzenia sobie ze stresem w grupie ryzyka anoreksji oraz w grupie bez skłonności do anoreksji. Postawiono także pytanie o związek między tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w sytuacji trudnej a stylami radzenia sobie ze stresem w badanych grupach. Próbą odpowiedzi na tak

sformułowane pytania są następujące hipotezy, których trafność oceniano w ramach empirycznej eksploracji problemu:

H.1. Style radzenia sobie ze stresem różnią się istotnie w grupie ryzyka anoreksji i w grupie kontrolnej.

H.2. Istnieje zależność między tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w sytuacji trudnej a stylami radzenia sobie ze stresem w badanych grupach.

Metoda

Osoby badane i przebieg badań. 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) utworzyły dziewczęta, które w badaniach przesiewowych uzyskały wynik wysoki w *Kwestionariuszu do badania indywidualnego stosunku do jedzenia (KSJ)* B. Ziółkowskiej, a więc przejawiały objawy charakterystyczne dla grupy ryzyka anoreksji. Do grupy kontrolnej (23 osoby) zakwalifikowały się dziewczęta, które uzyskały wynik niski, czyli nie ujawniały cech gotowości anorektycznej.

W badaniu 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 liceum oraz do gimnazjum. W obu grupach zaznacza się przewaga uczennic liceum (69,6%).

W badaniach przesiewowych dokonano selekcji osób badanych do grupy kryterialnej oraz kontrolnej. Grupę 189 dziewcząt zbadano *KSJ* B. Ziółkowskiej (2001). Metoda ta nie posiada norm statystycznych, stąd w celu wyznaczenia przedziału wyników niskich, przeciętnych oraz wysokich, uzyskane w badaniu wyniki surowe wyrażono w postaci odchyłeń standardowych od średniej ($SD = 3,51$; $M = 8,25$). Pozwoliło to na wyłonienie dziewcząt, które w tym etapie uzyskały wyniki niskie (za które przyjęto te mieszczące się w przedziale poniżej pierwszego odchylenia standardowego; ≤ 4 pkt) oraz wysokie (będących w przedziale powyżej pierwszego odchylenia standardowego; ≥ 12 pkt) a następnie, stosując dobór parami według szkoły, a także w miarę możliwości wieku i klasy, przydzielenie ich kolejno do grupy kryterialnej (grupy ryzyka anoreksji) i kontrolnej.

W badaniach zasadniczych, mających na celu pomiar stylów radzenia sobie ze stresem w grupie kryterialnej i kontrolnej, zastosowano *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS* J. Strelau, A. Jaworowskiej, K. Wrześniewskiego, P. Szczepaniaka (2005).

W badaniu wyodrębniono zmienną niezależną główną – zespół ryzyka anoreksji oraz zmienną zależną – styl radzenia sobie ze stresem.

Wskaźnikiem zmiennej niezależnej głównej był wynik w *Kwestionariuszu do badania indywidualnego stosunku do jedzenia* B. Ziółkowskiej. Jest to metoda diagnostyczna pozwalająca selekcjonować młode kobiety ujawniające niepełnoobjawową formę zaburzonego stosunku do jedzenia i własnego ciała, a więc znajdujące się w grupie ryzyka anoreksji. Składa się ona z 20 stwierdzeń, które przyporządkować można czterem zmiennym czynnikowym, takim jak: a) formy zbijania wagi; b) stosunek do jedzenia; c) styl wychowania w rodzinie; d) spostrzeganie własnej atrakcyjności. Zmienna niezależna główna przyjmuje dwa poziomy: 1) występowanie zespołu ryzyka anoreksji (wyniki wysokie) 2) brak tego zespołu (wyniki niskie). Poziomy te można także przedstawić jako niską lub wysoką tendencję do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej – styl radzenia sobie w sytuacji trudnej – był wynik w *Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* (CISS) J. Strelaua, A. Jaworowskiej, K. Wrześniewskiego, P. Szczepaniaka. Zmienna zależna przyjęła trzy poziomy odpowiadające trzem skalom wyróżnionym w kwestionariuszu. Są to kolejno: 1) styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), 2) styl skoncentrowany na emocjach (SSE) oraz 3) styl skoncentrowany na unikaniu (SSU).

W badaniach kontrolowano także zmienne uboczne: 1) wiek badanych; 2) szkoła (gimnazjum lub liceum); 3) klasa/poziom nauczania.

Wyniki

Analiza statystyczna wyników badań własnych przeprowadzona została przy użyciu programu SPSS Statistics 17.0 PL for Windows. W celu ukazania najwyższego stopnia zmienności wyników, wnioskowanie statystyczne oparto na wynikach surowych, posługując się średnimi wartościami dla poszczególnych skal kwestionariuszy. Analizy istotności różnic między grupą kryterialną a grupą kontrolną dokonano, po zbadaniu założeń normalności rozkładu, 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. Do badania zależności między dwiema zmiennymi ilościowymi zastosowano współczynnik korelacji *r*-Pearsona oraz współczynnik korelacji rho Spearmana (w przypadku niespełnienia założenia o zależności liniowej między zmiennymi). W przeprowadzonych analizach za wartość graniczną akceptowanego błędu przyjęto poziom istotności 0,05.

Tabela 1. Dominujące style radzenia sobie ze stresem w grupie kryterialnej i kontrolnej

Grupa	Dominujący styl +						Taki sam poziom wszystkich 3 stylów++		Dwa style bardziej nasilone niż trzeci+++	
	SSZ		SSE		SSU					
	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Kryterialna	3	13,04%	11	47,83%	0	—	2	8,7%	7	30,43%
Kontrolna	6	26,09%	1	4,35%	1	4,35%	5	21,74%	10	43,48%

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu.

+ wynik uzyskany w danej skali jest istotnie wyższy od wyników w dwóch pozostałych skalach.

++ brak istotnych różnic między wynikami w poszczególnych skalach.

+++ nie można określić dominującego stylu, ponieważ wyniki w jednej skali są istotnie wyższe od wyników w drugiej skali, ale nie różnią się od wyników w trzeciej skali.

Najczęściej dominującym stylem radzenia sobie ze stresem w grupie kryterialnej był styl nastawiony na emocje (47,83%), jednak u stosunkowo wielu badanych w tej grupie (30,43%) nie można określić przeważającego stylu. W grupie kontrolnej zarówno styl nastawiony na emocje, jak i na unikanie przeważały jedynie u jednej osoby, zaś dominacja tego ostatniego nie ujawniła się u żadnej z dziewcząt z grupy ryzyka anoreksji. W grupie kontrolnej u większości badanych (43, 48%) nie można określić dominującego stylu radzenia sobie ze stresem, natomiast zbliżona liczba dziewcząt (kolejno 21,74% i 26,09%) przejawia taki sam poziom wszystkich trzech stylów oraz ujawnia dominację stylu nastawionego na zadanie, który to w grupie kryterialnej przeważa jedynie u 3 badanych.

Tabela 2. Rozkład częstości wyników skal SSZ, SSE i SSU kwestionariusza CISS w grupie kryterialnej

Wynik	SSZ		SSE		SSU	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Niski	13	56,52%	1	4,35%	7	30,43%
Przeciętny	5	21,74%	4	17,39%	6	26,09%
Wysoki	5	21,74%	18	78,26%	10	43,48%

Tabela 3. Rozkład częstości wyników skal SSZ, SSE i SSU kwestionariusza CISS w grupie kontrolnej

Wynik	SSZ		SSE		SSU	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Niski	5	21,74%	8	34,78	9	39,13%
Przeciętny	7	30,43%	10	43,48%	10	43,48%
Wysoki	11	47,83%	5	21,74%	4	17,39%

W skali SSZ w grupie kryterialnej najwięcej dziewcząt uzyskało wyniki niskie, podczas gdy w grupie kontrolnej przeważały wyniki wysokie, zaś wynik niski pojawił się jedynie u 5 badanych. W grupie ryzyka anoreksji w skali SSE wynik niski uzyskała tylko jedna osoba. Zarówno w skali SSE, jak i SSU wynik wysoki był najczęściej uzyskiwanym wynikiem w grupie kryterialnej, zaś najrzadziej w grupie kontrolnej, w której w obu tych skalach przeważał wynik przeciętny.

Tabela 4. Zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem w grupie kryterialnej oraz kontrolnej – statystyki opisowe

SSZ	Rozstęp	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność		Kurtoza	
				Statystyka	Błąd standardowy	Statystyka	Błąd standardowy
Grupa kryterialna	56	52,61	13,416	−0,12	0,48	0,17	0,94
Grupa kontrolna	27	61,22	7,54	0,046	0,48	−0,77	0,94

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu.

Średni wynik w skali SSZ kwestionariusza CISS w grupie ryzyka anoreksji jest niższy niż w grupie dziewcząt zdrowych, jednak grupa kryterialna wykazuje dużo większą zmienność wyników, na co wskazują znacznie wyższe niż w grupie kontrolnej wartości rozstępu oraz odchylenia standardowego. Rozkład wyników w grupie ryzyka anoreksji jest leptokurtyczny, co oznacza, że większość wyników koncentruje się wokół wartości średniej. Z kolei w grupie dziewcząt bez zaburzeń przeważają wyniki skrajne, oddalone od średniej, stąd większe spłaszczenie rozkładu wyników. W grupie kryterialnej rozkład wyników jest ujemnie skośny, co wskazuje na występującą w nim przewagę wyników stosunkowo wysokich, z kolei w grupie kontrolnej uwidacznia się prawostronna asymetria rozkładu wyników świadcząca o przewadze wyników stosunkowo niskich.

Tabela 5. Emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem w grupie kryterialnej oraz kontrolnej – statystyki opisowe

SSE	Rozstęp	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność		Kurtoza	
				Statystyka	Błąd standardowy	Statystyka	Błąd standardowy
Grupa kryterialna	43	57,39	11,11	−0,23	0,48	−0,29	0,94
Grupa kontrolna	36	43,43	9,58	0,55	0,48	−0,34	0,94

SSE – styl skoncentrowany na emocjach.

Średnie wyniki uzyskane w skali SSE kwestionariusza CISS są wyższe w grupie kryterialnej niż kontrolnej. Wartości rozstępu oraz odchylenia standardowego wskazują, że grupę ryzyka anoreksji cechuje, w porównaniu z grupą dziewcząt zdrowych, większa zmienność wyników. Rozkłady wyników zarówno w grupie kryterialnej, jak i kontrolnej są spłaszczone, przeważają wyniki skrajne, oddalone od średniej. W grupie ryzyka anoreksji rozkład wyników jest lewostronnie asymetryczny, co wskazuje na występującą w nim przewagę wyników stosunkowo wysokich, z kolei w grupie kontrolnej rozkład wyników jest dodatnie skośny, większość stanowią w nim wyniki stosunkowo niskie.

Tabela 6. Unikowy styl radzenia sobie ze stresem w grupie kryterialnej oraz kontrolnej – statystyki opisowe

SSU	Rozstęp	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność		Kurtoza	
				Statystyka	Błąd standardowy	Statystyka	Błąd standardowy
Grupa kryterialna	54	49,96	13,53	−0,30	0,48	−0,06	0,94
Grupa kontrolna	41	45,52	10,86	−0,70	0,48	−0,11	0,94

SSU – styl skoncentrowany na unikaniu.

Statystyki opisowe wyników w skali SSU kwestionariusza CISS wykazują podobne tendencje co w skali SSE. Grupa kryterialna w porównaniu z kontrolną odznacza się nieco wyższą średnią wyników skali SSU. Wartości rozstępu i odchylenia standardowego potwierdzają duże zróżnicowanie wyników w obu grupach, które jest jednak stosunkowo większe w grupie ryzyka anoreksji. Rozkład wyników w obu grupach jest platokurtyczny oraz lewoskośny, co oznacza, że występuje w nich przewaga wyników wysokich oraz wyników skrajnych, oddalonych od średniej.

Tabela 7. Istotność różnic między średnimi wynikami stylów radzenia sobie ze stresem kwestionariusza CISS w grupie kryterialnej i kontrolnej

Style radzenia sobie ze stresem	Grupa kryterialna		Grupa kontrolna		<i>t</i>	<i>df</i>	Istotność
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Styl zadaniowy	52,61	13,42	61,22	7,54	−2,68	44	0,010*
Styl emocjonalny	57,39	11,11	43,43	9,58	4,56	44	0,000**
Styl unikowy	49,96	13,53	45,52	10,86	1,23	44	0,227

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

W celu zanalizowania, czy istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kryterialną a kontrolną w zakresie poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem: zadaniowym, emocjonalnym i unikowym, zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych. Uzyskane wyniki wykazały, że występują istotne różnice pomiędzy grupą kryterialną i kontrolną w zakresie zadaniowego ($t = -2,68, p < 0,05$) oraz emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem ($t = 4,56, p < 0,01$). W grupie kontrolnej wyniki w kwestionariuszu CISS w skali zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem ($M = 61,22; SD = 7,54$) są istotnie statystycznie wyższe niż w grupie kryterialnej ($M = 52,61; SD = 13,42$). Wielkość efektu ($d \text{ Cohena} = 0,81$) wskazuje na silny związek między obecnością bądź brakiem zespołu ryzyka anoreksji a preferencją zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Z kolei uzyskane w grupie kontrolnej wyniki w skali emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem ($M = 43,43; SD = 9,58$) są istotnie statystycznie niższe niż w grupie kryterialnej ($M = 57,39; SD = 11,11$). Również w tym przypadku wielkość efektu ($d \text{ Cohena} = 1,38$) wskazuje na silny związek między obecnością bądź brakiem zespołu ryzyka anoreksji a tendencją do emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem.

W dalszej części analizy sprawdzono przy pomocy współczynnika korelacji rang Spearmana, czy istnieje zależność pomiędzy tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i swojego ciała w warunkach stresu a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w badanych grupach.

Tabela 8. Tendencja do nieprawidłowego reagowania w warunkach stresu a style radzenia sobie ze stresem w grupie kontrolnej

Grupa kontrolna	SSZ		SSE		SSU	
	Korelacja Spearmana	Ist. dwustronna	Korelacja Spearmana	Ist. dwustronna	Korelacja Spearmana	Ist. dwustronna
Niska tendencja @	-0,46*	0,03	-0,24	0,28	0,04	0,88

@ do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i własnego ciała w warunkach stresu.

* Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu.

W grupie ryzyka anoreksji wykryto istotne statystycznie związki pomiędzy wysokim nasileniem tendencji do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach stresowych a emocjonalnym ($\rho = 0,45; p < 0,05$) i unikowym ($\rho = 0,42; p < 0,05$) stylem radzenia sobie ze stresem. Związek ten ma charakter dodatni, co oznacza, że wysokiemu nasileniu tej tendencji towarzyszy większa skłonność do stosowania emocjonalnego oraz unikowego stylu radzenia sobie ze stresem.

Tabela 9. Tendencja do nieprawidłowego reagowania w warunkach stresu a styl radzenia sobie ze stresem w grupie kryterialnej

Grupa kryterialna	SSZ		SSE		SSU	
	Korelacja Spearmana	Ist. dwustronna	Korelacja Spearmana	Ist. dwustronna	Korelacja Spearmana	Ist. dwustronna
Wysoka tendencja @	-0,22	0,31	0,45*	0,03	0,42*	0,05

@ do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i własnego ciała w warunkach stresu.

* Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu.

W grupie dziewcząt bez zaburzeń wykryto z kolei istotne zależności pomiędzy niskim nasileniem tendencji do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach stresowych a zadaniowym stylem nastawionym na zadanie ($\rho = 0,46$; $p < 0,05$). Ujemny charakter związku wskazuje, że im niższe jest nasilenie tej tendencji tym częściej dziewczęta z tej grupy posługują się zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem.

Dyskusja

Celem badań była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy dziewczęta z grupy ryzyka anoreksji różnią się od dziewcząt zdrowych pod względem preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem. Analizowano również, czy istnieje zależność pomiędzy tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia i własnego ciała a stylami radzenia sobie ze stresem oraz lokalizacją kontroli w badanych grupach.

Wyniki badań własnych potwierdzają H1 mówiącą o istnieniu różnic między stylami radzenia sobie ze stresem w grupie ryzyka anoreksji i w grupie dziewcząt bez zaburzeń. Okazuje się, że dziewczęta będące w grupie ryzyka jadłowstrętu psychicznego częściej niż ich zdrowe rówieśniczki stosują emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem. Styl ten obejmuje działania, których celem jest redukcja napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. G. Iniewicz (2008) wskazuje na występowanie u anorektyczek osłabionej kontroli impulsów emocjonalnych oraz tolerancji na frustrację, a także częstego doświadczania emocji negatywnych. Również inne wyniki badań dowodzą, że osoby chore na anoreksję oraz te będące w trakcie procesu leczenia zarówno w sytuacjach trudnych, jak i neutralnych doświadczają w porównaniu do osób zdrowych znacznie wyższego poziomu psychologicznego stresu (Miller, Erickson, Branom, Steiner 2008).

B. Ziółkowska (2001) podkreśla, że dorastanie w warunkach chronicznego stresu jako efektu oddziaływania niekorzystnych czynników psychologicznych, rodzinnych

oraz społeczno-kulturowych wraz z deficytem konstruktywnych strategii radzenia sobie może przyczynić się u młodych dziewcząt do wypracowania dezadaptacyjnego stylu radzenia sobie w postaci gotowości anorektycznej. Można więc przypuszczać, że dla dziewcząt z grupy ryzyka jadłowstrętu psychicznego zachowania anorektyczne stanowią strategie wchodzące w skład preferowanego przez nie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem, będącego jedyną drogą do obniżenia napięcia emocjonalnego oraz regulacji przewlekłe utrzymujących się emocji negatywnych (Jaros 2012).

Dziewczęta z grupy kontrolnej uzyskały z kolei istotnie wyższe wyniki w skali zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Skoro zespół objawów charakterystycznych dla grupy ryzyka anoreksji rozpatrywać można jako nieskuteczną formę radzenia sobie, przypuszczać można że dziewczęta ich nie przejawiające preferują sposoby bardziej efektywnie, nastawione na rozwiązanie problemu. Wyniki badań A. Wiatrowskiej (2009) wskazują, że osoby nie cierpiące z powodu anoreksji w sytuacjach trudnych rzadziej reagują emocjonalnie, skupiając się raczej na analizie problemu i stworzeniu adekwatnego planu działania.

Uzyskane wyniki potwierdziły także H2 dotyczącą istnienia zależności pomiędzy tendencją do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach trudnych a stylami radzenia sobie ze stresem. Okazuje się, że wysokiemu nasileniu tej tendencji, które cechuje dziewczęta z grupy ryzyka anoreksji, towarzyszy większa skłonność do stosowania emocjonalnego oraz unikowego stylu radzenia sobie ze stresem. Style te uznawane są za generalnie mniej skuteczne niż sposoby walki ze stresem nastawione na zadanie (Heszen-Niejedek 2000), stąd uzyskane wyniki można interpretować w kontekście opisywanych w literaturze uwarunkowań syndromu gotowości anorektycznej, wśród których istotną rolę odgrywa deficyt konstruktywnych strategii radzenia sobie (Ziółkowska 2001). Osoby chore na anoreksję odczuwają wyższy poziom niepokoju i stresu, przejawiają trudności w identyfikowaniu swych wewnętrznych stanów oraz tendencję do tłumienia, wypierania i odwracania uwagi od negatywnych emocji, zwłaszcza gniewu (Jasielska 2000). Inne badania dowodzą także, że dziewczęta ujawniające cechy podobne do symptomów anoreksji mają skłonność do stosowania na poziomie poznawczym unikowych stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zwłaszcza represji oraz są mniej świadome korzystania z tej strategii, co w efekcie prowadzi do odczuwania przez nie wyższego poziomu stresu niż u osób zdrowych (Heilbrun, Harris 1986). Również M. Wąsik (2009) podkreśla rolę koncentracji na jedzeniu i ciele jako zachowania unikowego, pozwalającego choremu nie konfrontować się z sytuacjami trudnymi występującymi w ich życiu. W świetle powyższych danych można przypuszczać, że tendencja do stosowania emocjonalnego oraz unikowego stylu radzenia sobie ze stresem prawdopodobnie stanowi czynnik determinujący ekspresję zaburzeń w obszarze postawy wobec jedzenia i własnego ciała, ale również gotowość anorektyczna może być rozumiana jako odzwierciedlenie i realizacja preferowanego przez dziewczęta z grupy ryzyka anoreksji sposobu walki ze stresem (zob.: Miller, Redlich, Steiner 2003).

Mimo iż styl unikowy współwystępuje z wysoką tendencją do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach stresowych, pierwszy etap analiz nie ujawnił istotnych różnic częstości posługiwania się tym stylem w grupie kryterialnej i kontrolnej. Najwyraźniej więc dziewczęta z obu grup cechuje równie silna skłonność do posługiwania się stylem unikowym. Jednakże te, które nie przejawiają cech zespołu ryzyka anoreksji stosują również bardziej przez nie preferowane adaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem (Garcia-Grau i in. 2002). Wskazuje na to także ujawniony na tym etapie analiz związek pomiędzy niskim nasileniem tendencji do reagowania nieprawidłową postawą wobec jedzenia i własnego ciała w sytuacjach stresowych a zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem. Okazuje się, że im niższe jest nasilenie tej tendencji, tym częściej badane osoby posługują się stylem nastawionym na zadanie. Być może więc posiadanie efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem stanowi źródło zasobów chroniących dziewczęta z grupy kontrolnej przed zaburzeniami w postaci niepełnoobjawowej anoreksji, choć prawdopodobnie dużą rolę odgrywa tu także szereg innym ochronnych czynników osobowościowych i społecznych, stanowiących jednocześnie determinanty adaptacyjnych stylów radzenia sobie, co podkreślają też badania Costorphine i in. (2007). A. Wiatrowska (2009) akcentuje, że osoby zdrowe nie przejawiające cech gotowości anorektycznej wykazują optymistyczny stosunek do życia oraz doświadczają wyższego poziomu wsparcia społecznego w warunkach stresu (zob.: Franko i in. 2008).

Być może warto byłoby w ramach dalszej analizy bardziej szczegółowo określić, jakie działania spośród szerokiego repertuaru strategii nastawionych na emocje i unikanie, są charakterystyczne dla dziewcząt z grupy ryzyka anoreksji (zob.: Brown i in. 2009).

Źródłem cennych danych mogłaby okazać się także próba odnalezienia i scharakteryzowania zmiennych stanowiących jednocześnie determinanty sposobów radzenia sobie ze stresem oraz związanych z tendencją do reagowania nieprawidłowymi postawami wobec jedzenia oraz własnego ciała w sytuacji trudnej.

Bibliografia

- BEDYŃSKA S., BRZEZICKA A. (red.), 2007, *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- BEKKER M., BOSELIE K., 2002, *Gender and Stress: Is Gender Role Stress? A Re-examination of the Relationship Between Feminine Gender Role Stress and eating disorders*, *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 18.
- BISHOP G.D., 2000, *Psychologia zdrowia* (rozdz. 6), Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- BRAMBILLA F., 2001, *Social Stress in Anorexia Nervosa: a Review of Immuno-endocrine Relationships*, *Physiology & Behavior*, 73.
- BROWN S., SCHIRALDI G., WRÓBLESKI P., 2009, *Association of Eating Behaviors and Obesity with Psychosocial and Familial Influences*, *American Journal of Health Education*, 40.

- BRYTEK-MATERA A., RYBICKA-KLIMCZYK A., 2011, *Evaluation of Body Image Among Females with Anorexia Readiness Syndrome*, Archives of Psychiatry & Psychotherapy, 13.
- BRZEZIŃSKI J., 2007, *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- COSTORPHINE E., MOUNTFORD V., TOMLINSON S., WALLER G., MEYER C., 2007, *Distress Tolerance in the Eating Disorders*, Eating Behaviors, 8.
- ENGLER P., CROWTHER J., DALTON G., 2006, *Predicting Eating Disorder Group Membership: An Examination and Extension of the Sociocultural Model*, Behavior Therapy, 37.
- FRANKO D., THOMPSON D., AFFENITO S., BARTON B., STRIEGEL-MOORE R., 2008, *What Mediates the Relationship Between Family Meals and Adolescent Health Issues*, Health Psychology, 27, Special issue: *Mediation and Moderation*.
- GARCÍA-GRAU E., FUATÉ A., MIRÓ A., SALDAÑA C., BADOS A., 2002, *Coping Style and Disturbed Eating Attitudes in Adolescent Girls*, International Journal of Eating Disorders, 32.
- HEILBRUN A.B., HARRIS, A. Jr., 1986, *Psychological Defenses in Females At-risk for Anorexia Nervosa: an Explanation for Excessive Stress Found in Anorexic Patients*, International Journal of Eating Disorders, 5.
- HESZEN-NIEJODEK I., 2000, *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, GWP, Gdańsk.
- HESZEN I., SĘK H., 2007, *Psychologia zdrowia* (rozdz. 9), PWN, Warszawa.
- HOBFOLL S.E., 2006, *Stres, kultura i społeczeństwo. Psychologia i fizjologia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- INIEWICZ G., 2008, *Samokontrola w zaburzeniach odżywiania się*, [w:] A. Niedźwieńska (red.), *Samoregulacja w poznaniu i działaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- JAROS K., 2012, *Style radzenia sobie ze stresem i umiejscowienie poczucia kontroli u dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej*, niepublikowana praca magisterska, Instytut Psychologii UMCS, Lublin.
- JASIELSKA A., 2000, *Znaczenie symbolicznej ekspresji emocji w leczeniu pacjentek anorektycznych*, [w:] A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Fundacji Humanoria, Poznań.
- MILLER S.P., ERICKSON S.J., BRANOM C., STEINER H., 2009, *Habitual Response to Stress in Recovering Adolescent Anorexic Patients*, Child Psychiatry and Human Development, 40.
- MILLER S., REDLICH A., STEINER H., 2003, *The Stress Response in Anorexia Nervosa*, Child Psychiatry & Human Development, 33.
- OLSZEWSKI J.K., 2010, *O zaradności obezwładnionych lękiem. Osoby z nerwicowymi zaburzeniami lękowymi a stres* (rozdz. 2), Wydawnictwo Uniwersytetu Marii-Curie Skłodowskiej, Lublin.
- POP-JORDANOVA N., 2000, *Psychological Characteristics and Biofeedback Mitigation in Preadolescents with Eating Disorders*, Pediatrics International, 42.
- REYKOWSKI J., 1969, *Badania nad stresem psychologicznym. Materiały do nauczania psychologii*, seria IV, t. 3.
- REYKOWSKI J., 1975, *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka*, [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- STRELAU J., JAWOROWSKA A., WRZEŚNIEWSKI K., SZCZEPANIAK P., 2005, *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
- Strelau J., 2008, *Psychologia różnic indywidualnych. wydanie drugie rozszerzone* (rozdz. 11), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- TOMASZEWSKI T., 1975, *Człowiek i otoczenie*, [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- VILLA V., MANZONI G., PAGNINI F., CASTELNUOVO G., CESA G., MOLINARI E., 2009, *Do Coping Strategies Discriminate Eating Disordered Individuals Better than Eating Disorder Features? An*

- explorative study on female inpatients with anorexia and bulimia nervosa*, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 16.
- WAŚIK M., 2009, *Anoreksja, bulimia... Jak rozpoznać zaburzenia odżywiania u nastolatków* (rozdz. 1–3), Wydawnictwo AA, Kraków.
- WIATROWSKA A., 2009, *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania* (rozdz. 1), Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- WOJCIECHOWSKA I., 2000, *Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej*, [w:] A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Fundacji Humanoria, Poznań.
- WOLFF G., CROSBY R., ROBERTS J., WITTROCK D., 2000, *Differences in Daily Stress, Mood, Coping and Eating Behavior in Binge Eating and Nonbinge Eating College Women*, Addictive Behaviors, 25.
- ZAPAŁA P., 2009, *Anoreksja – sposób radzenia sobie w sytuacji trudnej?*, [w:] B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- ZIÓŁKOWSKA B., 2001, *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w okresie adolescencji*, Wydawnictwo Fundacji Humanoria, Poznań.
- ZIÓŁKOWSKA B., 2009, *Sytuacje trudne jako źródło zaburzeń łaknienia. Zaburzenia łaknienia jako źródło sytuacji trudnych*, [w:] B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- ZYGMUNT M., 2009, *Anorexia nervosa jako strategia zaradcza uruchamiana w sytuacjach trudnych*, [w:] B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Styles of coping with stress among girls from the group of anorexia risk

The purpose of the study was to find differences in styles of coping with stress in the group of teenage girls ($N = 189$) with the risk of anorexia ($n = 23$) and in the control group ($n = 23$). The relation between styles of coping with stress and the tendency to respond with abnormal attitudes towards eating and perception of the body in difficult situations in both groups was analyzed as well.

There was KSJ used to assess the risk of anorexia and CISS to assess styles of coping with stress. The subjects with the risk of anorexia indicated significant preference of emotional style of coping with stress ($t = 4,56, p < 0,01$) and the control group used the task style more often ($t = -2,68, p < 0,05$). There was a significant moderate correlation between styles of coping with stress and tendency to respond with abnormal attitude towards eating and perception of the body in difficult situations in both groups. High tendency in the group with the anorexia risk correlated with the preference of emotional style ($\rho = 0,45; p < 0,05$) and avoidance style ($\rho = 0,42; p < 0,05$) of coping with stress. Low tendency in control subjects correlated with the preference of task style of coping with stress ($\rho = 0,46; p < 0,05$).

Predisposition to use ineffective and maladaptive styles of coping with stress (avoidance and emotional styles) plays a role in the mechanism of anorexia and preference of active and efficient ways of coping with stress (task style) could be one of the factors protecting teenagers against this disorder.

Keywords: *stress, styles of coping, risk of anorexia*