

HUBERT SOMMER  
Uniwersytet Rzeszowski

## ANOREKSJA NASTOLATEK W ŚWIETLE BADAŃ – DROGA DO SUKCESU CZY AKT POWOLNEJ AUTODESTRUKCJI

**Abstrakt:** Artykuł poświęcono problematyce ze wszech miar obecnej we współczesnym świecie – zjawisku anoreksji. Choroba ta z roku na rok zabija dziesiątki młodych kobiet pragnących wyglądać idealnie, zgodnie z powszechnie panującymi trendami lansowanymi przez media. Dramat polega na tym, iż te niedoścignione wzorce istnieją tylko na papierze i w wyobraźni producentów i reżyserów, którzy zręcznie manipulują małoletnim odbiorcą (tu odbiorczynią). Przeprowadzone przez autora badania pozwolą poznać opinie na ten temat respondentek reprezentujących zarówno gimnazja, jak i licea ogólnokształcące.

**Słowa kluczowe:** anoreksja, adolescencja, postawa, sukces, autodestrukcja

### WPROWADZENIE

Współczesny świat lansuje wzorce, które dla przeciętnego człowieka wychowanego na tradycyjnych wartościach zdają się być trudne do zaakceptowania. Aspekt aksjologiczny funkcjonowania społecznego zdaje się być odsuwany na boczny tor, a wypierany przez szeroko rozumiane paradygmaty hedonistyczne. Coraz częściej elementem pozycjonującym jednostkę ludzką (zwłaszcza młodą, nierzadko w okresie burzliwej adolescencji) nie jest posiadana przez nią wiedza czy kwalifikacje, a to, jakim samochodem się porusza, jaki zegarek ma na ręku i jaka jest zasobność jej portfela. Za taki stan rzeczy należy winić nie tylko współczesną rodzinę czy szkołę, ale również media, które „lubują” się w prezentowaniu programów o nierzadko bardzo niskim poziomie intelektualnym, których zasadniczym celem jest pozyskanie jak najszerzej publikacji. Zjawisko to jest obecne w takim samym

stopniu w środkach masowej komunikacji zarówno o charakterze publicznym, jak i komercyjnym. Na to wszystko zaś spoglądają przede wszystkim ludzie młodzi o nieukształtowanej do końca osobowości. Spoglądają i asymilują serwowane na szeroką skalę postawy i zachowania. A to w konsekwencji nierzadko rodzi zjawiska o charakterze patogennym. Do takich zjawisk należy zaliczyć anoreksję, która na przełomie wieków stała się tragiczną w skutkach chorobą niosącą za sobą nieodwracalne skutki.

Współcześnie anoreksja jest zjawiskiem społecznym bardzo rozpowszechnionym, problemem, z którym zmagają się wiele młodych dziewcząt i kobiet. Twierdzenie, iż jest to temat mniej poważny niż inne zachowania dewiacyjne spotykane we współczesnych społeczeństwach (np. alkoholizm czy narkomania), nie jest do końca słuszne. Konsekwencją anoreksji (podobnie jak wyżej wymienionych patologii) może być przecież śmierć osoby nią dotkniętej. Wspomniane wyżej media kreujące wizerunek ładnej, szczupłej dziewczyny czy kobiety, namawiają w ten sposób młode, często zagubione, zbuntowane nastolatki do tego, by się odchudzały, dążąc do perfekcyjnego wyglądu, który zapewni im sukces w życiu. Może to się wiązać z trudnościami, z którymi nie każda nastolatka będzie w stanie sobie poradzić w tak młodym wieku bez żadnego wsparcia.

Celem niniejszego tekstu jest zobrazowanie zjawiska związanego z anoreksją i jego dramatycznych konsekwencji. Pomocne będą tu wyniki badań, które zostały przeprowadzone przez autora na przełomie kwietnia i maja 2013 roku wśród uczennic rzeszowskich gimnazjów i liceów. Uzyskane rezultaty pozwolą nam lepiej poznać opinie badanych respondentek na ten temat.

#### PROBLEMY Z ODŻYWIANIEM – ANOREKSJA, BULIMIA, OTYŁOŚĆ (KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA)

Za swoisty truizm można uznać fakt, z którego wynika, iż nie ma idealnego sposobu odżywiania. Wszelkiego rodzaju „cudowne diety odchudzające” najczęściej są przyczyną powikłań zdrowotnych, które mogą w konsekwencji doprowadzić do chorób i zaburzeń pracy organizmu.

Zaburzenia odżywiania inaczej nazywane zaburzeniami jedzenia to jednostki chorobowe charakteryzujące się zaburzeniem łaknienia na podłożu psychicznym. Wśród zaburzeń odżywiania wyróżniamy zaburzenia specyficzne, tj. anoreksja, bulimia, i zaburzenia niespecyficzne, np. zespół jedzenia nocnego, zespół objadania się czy otyłość. Wymienione zaburzenia nie są same w sobie chorobami, stają się nimi wówczas, gdy zaczynają przeszkadzać w dobrym samopoczuciu fizycznym lub psychicznym człowieka, gdy mogą spowodować poważne problemy

zdrowotne, gdy tak dezorganizują życie danej osoby lub jej bliskich, że z tego powodu zaczyna się szukać pomocy. Osoby zmagające się z zaburzeniami odżywiania często cierpią na depresję, są zdolne do działań autodestrukcyjnych, np. samo-okaleczenia, lub są uzależnione od alkoholu czy narkotyków. Zaburzenia odżywiania to tak naprawdę objawy tego, co przeżywa dana osoba (ból, samotność, stres, strach, niska samoocena itp.). Sam chory często nie rozumie mechanizmów swojej choroby, a przejawiane przez niego zachowania (np. objadanie się, wywoływanie wymiotów) to najczęściej działania kompulsywne. Zaburzenia odżywiania wymagają specjalistycznego leczenia. Potrzebny jest tutaj psycholog, psychiatra, czasem dietetyk. W poważnych przypadkach zaburzeń odżywiania się brak pomocy może doprowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, a czasem nawet do przedwczesnej śmierci (Abraham, Llewellyn-Jones 1995, s. 21–22).

Beata Ziółkowska (2005, s. 11) zauważyła z kolei, że wszelkie zaburzenia odżywiania rozwijają się i ujawniają w momencie, gdy jedzenie i waga ciała stają się obsesyjnym centrum niezaspokojonych potrzeb psychicznych człowieka. Sprzyjają temu z pewnością hasła XX wieku, które tworzą następujący sposób myślenia: być szczupłą oznacza być atrakcyjną, ważną, szczęśliwą; szczupła sylwetka to klucz do sukcesu i powodzenia we wszystkich dziedzinach życia.

Tak niestety myśli bardzo wiele młodych osób, dla których wygląd zewnętrzny staje się absolutnym punktem odniesienia kariery tak na gruncie osobistym, jak i zawodowym.

Irena Namysłowska, Ewa Paszkiewicz, Anna Siewierska (2000, s. 64) poszły jeszcze dalej w analizowanej kwestii, pisząc, iż dla osób z zaburzeniami łaknienia odmowa jedzenia stanowi podstawę poczucia własnej wartości, siły i panowania nad ciałem, rzeczywistością oraz innymi ludźmi, a także zapewnia poczucie stałości i bezpieczeństwa.

Niezwykle istotne jest również zrozumienie, iż problemy anoreksji, bulimii czy obsesyjnego jedzenia nie sprowadzają się tylko do kwestii pożywienia, wagi bądź też wymiarów ciała, jakby się mogło pozornie wydawać. Jak słusznie zauważyła Martha M. Jablow (2000, s. 14), zaburzenia odżywiania są nierozdzielnie związane z konfliktami wewnętrznymi. Często jedzenie staje się formą walki z wieloma problemami natury psychologicznej, jakie przeżywają nastolatki.

I właśnie w tym należy upatrywać ewentualnych przyczyn takich, a nie innych zachowań młodych ludzi w okresie dorastania.

## ANOREKSJA – JEJ POJĘCIE I PRZYCZYNY

Zjawisko anoreksji zostało zdefiniowane na wiele sposobów. Na potrzebę poniższej analizy najbardziej przydatna wydaje się definicja Beaty Szurowskiej. Zauważyła ona, że *anorexia nervosa* to poważne zaburzenie jedzenia o podłożu psychicznym. Można się spotkać również z takimi określeniami, jak anoreksja psychiczna, jadłowstręt psychiczny, brak łaknienia. Charakteryzuje się ona celową utratą masy ciała spowodowaną świadomie i podtrzymywaną przez pacjenta. Występuje najczęściej u dziewcząt w okresie dojrzewania i u młodych kobiet. Jednak zdarzają się przypadki, że cierpią na nią chłopcy przed osiągnięciem dojrzałości, młodzi mężczyźni oraz dzieci przed okresem pokwitania, a także dojrzałe kobiety aż do okresu menopauzy. U takich osób może wystąpić niedożywienie różnego stopnia połączone z wtórnymi zmianami hormonalnymi i metabolicznymi oraz zaburzeniami funkcjonowania organizmu (Szurowska 2011, s. 29).

Przyczyn powstawania anoreksji badacze problemu doszukują się najczęściej w czynnikach: kulturowych, rodzinnych i osobowościowych. Barbara Józefik i Małgorzata Wolska, odnosząc się do trzech wyżej wymienionych kategorii czynników, podały następujące czynniki ryzyka zachorowań na anoreksję:

- czynniki kulturowe, do których zalicza się ideał szczupłej sylwetki i społeczne oczekiwania atrakcyjności formułowane wobec kobiet,
- czynniki rodzinne uwzględniające: przecenianie społecznych oczekiwań, relacje rodzinne, które utrudniają osiągnięcie autonomii w okresie dorastania, występowanie zaburzeń jedzenia w rodzinie,
- czynniki indywidualne, do których należą: zaburzony obraz siebie, silna potrzeba osiągnięć, trudności w autonomicznym funkcjonowaniu (Józefik, Wolska 2009, s. 97).

Wspomniana wyżej B. Szurowska podkreśliła, iż przyczynami jadłowstrętu psychicznego są również:

- a) zniekształcona forma współzawodnictwa – osoby z zaniżoną samoocena, które czują się gorsze od innych, starają się być akceptowane i podziwiane, podkreślając swoją bardzo szczupłą sylwetkę i silną wolę w przestrzeganiu rygorystycznej diety;
- b) lęk przed dorosłością i dojrzewaniem płciowym – niepewne siebie i niedojrzałe uczuciowo nastolatki mogą odczuwać chęć przedłużenia okresu dzieciństwa;
- c) lęk przed nieznanym, dorosłym światem pojawiający się wraz z odczuciami chaosu i niepewności w okresie dojrzewania – nastolatki, które nie potrafią poradzić sobie z trudnymi emocjami specyficznymi dla okresu dojrzewania, przez podporządkowanie jedzenia i kontrolę nad własnym

- ciałem mogą próbować uzyskać świadomość, że „coś od nich zależy”, i złudne poczucie „panowania nad sytuacją”;
- d) intensywne odchudzanie i spadek wagi (poniżej normy przewidzianej dla danego wieku i wzrostu) może spowodować zatrzymanie miesiączki i pozwala na zachowanie dziecięcej sylwetki;
  - e) chęć zwrócenia na siebie uwagi i sympatii rodziny – osoby zdominowane przez oczekiwania rodziców nie są w stanie rozwinąć swojej indywidualnej niezależności i szacunku do siebie, w związku z tym ciągle potrzebują aprobaty i wsparcia emocjonalnego, co podtrzymuje ich poczucie własnej wartości (Szurowska 2011, s. 32–33).

Współczesna kultura, zwłaszcza ta popularna, wpływa na kobiety, nagradzając szczupłość i potępiając otyłość. I tak, zwolennicy podejścia socjokulturowego uważają, że potępienie otyłości i nacisk na troskę o szczupłość są przyczynami zaburzeń odżywiania się, i proponują, aby termin „zaburzenia odżywiania się” zastąpić lepszym – „zaburzenia odchudzania się”.

Małgorzata Starzomska (2006, s. 37) zauważyła, iż z roku na rok przybywa ludzi, którzy są niezadowoleni ze swojego wyglądu. Zdarzają się przypadki, że terapeuci, zwłaszcza kobiety, zazdroszczą pacjentom choroby i „chcieliby mieć trochę choroby dla siebie”.

Analizując przyczyny anoreksji, nie sposób pominąć czynników rodzinnych, które mają istotny wpływ na jej powstawanie i rozwój.

Rodziny, w których jedno z dzieci było chore m.in. na anoreksję, wykazują następujące cechy:

- a) uwikłanie – niskie zróżnicowanie interpersonalne w rodzinie i wysoka ingerencja członków rodziny w swoje uczucia i działania; każdy czuje się odpowiedzialny za innych i nie do końca odpowiada za siebie; poza tym dzieci często są uwikłane w konflikty małżeńskie i pozostają w koalicji z jednym z rodziców przeciw drugiemu;
- b) nadopiekuńczość – cecha, która blokuje rozwój autonomii i zainteresowań oraz ogranicza aktywność pozarodziną;
- c) mała tolerancja konfliktu – negacja wszelkich istniejących w rodzinie konfliktów spowodowana brakiem gotowości jej członków do ich rozwiązania; dzieci w takich rodzinach uczą się przytakiwać, „zamiatać pod dywan” różne problemy, wmawiając sobie w ten sposób, że ów problem w ogóle nie istnieje, albo że został rozwiązany, a tak naprawdę pozostaje on nierozwiązany latami; dzieci takie mają również trudności z wyrażaniem i bronieniem swojego zdania;
- d) sztywność – rodziny z trudem przystosowują się do nowych warunków, niełatwo też podejmują decyzje, które niosą ze sobą konieczność zmian;

jedynym problemem w takich rodzinach jest problem dziecka „poza problemem z córką, nie mamy żadnych; jesteśmy wyjątkowo spokojną i zgraną rodziną”. Dzieci pełnią tutaj określone role, stąd też okres dojrzewania i odejście dziecka z domu to sytuacje postrzegane jako zagrażające. Cecha ta utrudnia także terapię rodzinną, która jest związana z pewnymi zmianami;

- e) włączenie dziecka w konflikt rodzicielski – brak rozmów o problemach i nieumiejętność radzenia sobie w trudnych emocjonalnie sytuacjach, dziecko pełni często rolę sojusznika jednej ze stron lub mediatora. Jeśli w takiej rodzinie dziecko cierpi na anoreksję, to wówczas objaw chorobowy jest bardzo pomocny, gdyż rodzice jednoczą się w sprawowaniu opieki nad chorym dzieckiem (Szurowska 2011, s. 34–35).

### DIAGNOSTYKA ANOREKSJI

Jak rozpoznać osobę z anoreksją w najbliższym otoczeniu? Nie jest to bynajmniej takie proste, dlatego że jest to kwestia krępująca i wstydliva dla osoby dotkniętej tą chorobą.

Badacze problemu zauważają jednak, że osoba cierpiąca na anoreksję przejawia następujące cechy: je mało i niechętnie, nagle zaczyna się intensywnie odchudzać, dobrze orientuje się, ile kalorii mają różne produkty, unika produktów wysokokalorycznych, chętnie przyrządza potrawy dla domowników, często wyszukane, których jednak sama nie je, zaproszona do posiłku prawie zawsze mówi, że przed chwilą jadła, oraz nie je z apetytem, dużo mówi o jedzeniu, intensywnie się gimnastykuje, pływa, biega, nie mówi o własnych uczuciach i lękach, nakłada na siebie albo bardzo obcisłe, albo bardzo luźne ubrania, po zrzuceniu wagi nadal się odchudza, nie dostrzega, że jest już skrajnie wychudzona, przy stole wykonuje ruchy tak jakby jadła, jednak po pewnym czasie okazuje się, że jedzenie praktycznie pozostało nienaruszone (Starzomska 2006, s. 15).

Valerio Albisetti (2001, s. 25–26) zauważył z kolei, iż widoczne symptomy anoreksji można podzielić na 3 główne kategorie:

- a) symptomy w postępowaniu:
- pożywienie ściśle ograniczane, drakońskie diety,
  - strach przed jedzeniem,
  - obrzydzenie wywołane sytuacjami, w których pojawia się jedzenie,
  - wykonywanie częstych ćwiczeń w celu zgubienia wagi,
  - ubieranie się w odpowiednie ubrania, aby ukryć własne ciało,

- dziwne przyzwyczajenia żywieniowe, np. liczenie kęsów, krojenie jedzenia na małe kawałki, aby później ich niewiele zjeść,
  - obsesja stania się otyłym, nawet pomimo normalnej wagi;
- b) symptomy fizyczne:
- gubienie wagi w krótkim czasie,
  - zahamowanie miesiączki,
  - trudność w poruszaniu się,
  - arytmia – nierówność uderzeń serca,
  - bladość,
  - ciągłe odczuwanie zimna,
  - omdlenia,
  - zawroty głowy;
- c) symptomy psychologiczne:
- depresja,
  - niepewność,
  - egocentryzm,
  - zmiany nastroju,
  - dążenie do perfekcji,
  - tendencja do oddalania się od innych,
  - czucie się nieszcześliwym,
  - przywiązywanie dużego znaczenia do wyglądu zewnętrznego i do wagi,
  - brak poczucia własnej wartości, niewiara we własne możliwości,
  - uciekanie się do kłamstwa, negacji tego, co oczywiste.

Do ciekawych wniosków doszła Beata Szurowska (2011, s. 30–31), która zauważyła, że w DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) uwzględniono cztery kryteria diagnostyczne anoreksji:

- odmowa utrzymania ciężaru ciała na/powyżej granicy wagi minimalnej dla określonego wieku i wzrostu,
- intensywny lęk przed przybraniem na wadze, mimo utrzymującej się niedowagi,
- zaburzenie sposobu doświadczenia własnej wagi i kształtu ciała, np. pacjentka sądzi, że jest gruba, lub określone części jej ciała są grube, mimo że jest bardzo szczupła,
- zanik przynajmniej 3 cykli menstruacyjnych u kobiet, które już miesiączkowały, u mężczyzn utrata libido.

Rodzice (wbrew pozorom) z łatwością mogą zauważyć u dziecka typowe dla anoreksji zachowania i objawy, zwłaszcza wtedy gdy dziecko:

- rygorystycznie podporządkowuje się dietom, stosuje częste głodówki,

- w sklepie lub w domu przed jedzeniem sprawdza zawartość kaloryczną wszystkich produktów,
- nie chce jeść z rodziną, woli jeść w samotności,
- odmawia jedzenia,
- korzysta z toalety zaraz po posiłku,
- za bardzo koncentruje się na swojej wadze i wyglądzie,
- narzeka na swoją nadwagę, mimo że jej nie ma,
- często, nawet kilka razy dziennie się waży,
- izoluje się od otoczenia (przyjaciół, rodziny),
- ma huśtawki nastrojów, które można powiązać z jedzeniem lub niejedzeniem,
- ciągle oczekuje aprobaty, jest nadmiernie krytyczny w stosunku do siebie.

Co więcej, anoreksja w szybkim tempie niszczy organizm chorego, dlatego nie można lekceważyć następujących objawów (na co zwróciła uwagę cytowana wcześniej B. Szurowska 2011, s. 31–32):

- pękające naczynia krwionośne pod oczami,
- obrzęk ślinianek i zmiany chorobowe w jamie ustnej,
- nadżerki przetyku i bóle gardła,
- szybki spadek wagi ciała,
- uczucie zimna,
- brak miesiączek,
- omdlenia,
- arytmie i kołatanie serca,
- wypadające włosy,
- odwodnienie,
- bóle brzucha,
- postępująca próchnica,
- rany na dłoni (wynik prowokowania wymiotów),
- bolesne skurcze, najczęściej łydek.

Wymienione powyżej objawy nie mogą być w żadnym wypadku ignorowane przez rodziców dziecka, ponieważ ewentualne skutki mogą być nieodwracalne.

### KONSEKWENCJE CHOROBY

U osób cierpiących na anoreksję wraz z upływem czasu można zaobserwować zmiany, które mają charakter zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Warto tu wymienić zwłaszcza: wyniszczenie, zwolnienie czynności serca i tętna, niskie ciśnienie krwi, wzdęcia, zaparcia, obrzęki dłoni i stóp, sucha, łuszcząca się skóra, meszek na



twarzy i ciele (lanugo), znaczna utrata włosów, zimne dłonie, nadmierne pocenie się stóp, niedokrwistość (anemia), brak miesiączki lub bardzo wydłużone okresy między menstruacjami (kobiety), drażliwość, dezorientacja, zakłopotanie, nastroje depresyjne (poczucie beznadziejności, niska samoocena), izolowanie się od otoczenia, bezsenność, zachowania obsesyjno-kompulsywne, zwłaszcza w odniesieniu do jedzenia, krótki oddech, częste bóle głowy, zawroty głowy, omdlenia, podkrążone oczy, bladość skóry.

Cytowane już autorki: I. Namysłowska, E. Paszkiewicz, A. Siewierska (2000, s. 72–85), zaznaczyły również, iż anoreksja jest chorobą niosącą poważne dla całego organizmu konsekwencje. Konsekwencje te możemy podzielić na 3 kategorie: biologiczne, psychiczne i społeczne. Do najczęściej występujących biologicznych skutków anoreksji zaliczamy:

- zawroty i bóle głowy,
- zaburzenia snu – bezsenność w nocy i senność w czasie dnia,
- osłabienie,
- zimne i drętwiące ręce i stopy, stałe uczucie zimna,
- obniżenie ciśnienia krwi, skłonność do omdleń,
- delikatny meszek pokrywający ciało, chroniący przed utratą ciepła na skutek zmniejszenia warstwy tkanki tłuszczowej,
- zwiększona skłonność do siniaków w wyniku urazów,
- zaburzenia rytmu serca, spadek tętna nawet do 40 uderzeń na minutę,
- odwodnienie, zaburzenia pracy nerek, obecność acetonu w moczu,
- spadek poziomu potasu, który ma wpływ na pracę serca,
- osteoporoza, czyli ubytek w strukturze kostnej jak w okresie menopauzy, prowadzący do złamań, najczęściej kończyn.

Psychiczne konsekwencje anoreksji to:

- lęk, smutek, poczucie beznadziejności, pustki i bezsensu życia,
- zaburzenie umiejętności rozpoznawania sygnałów płynących z ciała,
- zahamowanie rozwoju, opóźnianie dorastania i usamodzielniania się we wszystkich innych sferach (nie rozwijają swojej autonomii w zakresach innych niż jedzenie),
- utrata dotychczasowych zainteresowań,
- samobójstwo.

Do społecznych skutków anoreksji możemy zaliczyć z kolei:

- dalsze uczęszczanie do szkoły i pilne uczenie się mimo złego stanu fizycznego; w przypadku postępującego wyniszczenia – niezdolność do kontynuowania nauki, a wszelkie próby jej wznowienia zakończone niepowodzeniem,
- bardzo ograniczone kontakty z rówieśnikami,

- pustka społeczna prowadząca do wygasania niepodtrzymywanych znajomości,
- samotność i brak wsparcia społecznego utrudniające wyjście z choroby.

## LECZENIE I PROFILAKTYKA

Cytowani wyżej B. Józefik, M. Wolska mocno akcentują fakt, iż anoreksja jest chorobą, zatem muszą ją leczyć specjaliści, osoby odpowiednio do tego przygotowane (Józefik, Wolska 2009, s. 104). To, że pojawia się ona najczęściej w okresie dorastania, nie oznacza, że sama zniknie, kiedy dziecko stanie się dorosłe. Nie wolno jej lekceważyć, tylko należy traktować jako głębokie zaburzenie emocjonalne spowodowane współdziałaniem różnorodnych czynników: kulturowych, społecznych, rodzinnych i indywidualnych.

W przypadku leczenia anoreksji należy pamiętać o indywidualnym podejściu do chorego, wybrana metoda bowiem może być skuteczna tylko wówczas, gdy będzie dostosowana do indywidualnych potrzeb danej osoby. Jeśli przyjmiemy za kryterium czas i miejsce leczenia, to wyodrębnimy w ten sposób terapię stacjonarną, dzienną i indywidualną. W terapii stacjonarnej pacjenci mieszkają przez określony czas w klinice i otrzymują tylko przepustki do domu, zaś podczas terapii dziennej osoby takie zazwyczaj mieszkają w pobliżu kliniki i na zajęcia uczęszczają tylko przez kilka godzin dziennie. Terapia indywidualna obejmuje przeważnie spotkania godzinne, raz lub dwa razy w tygodniu. Koszt wizyty prywatnej zależy od specjalisty i miejscowości, i waha się w granicach 80–250 zł. Głównym mankamentem terapii prowadzonych w Polsce jest brak szeroko rozumianej terapii rodzinnej, na którą składa się przede wszystkim psychoedukacja rodziców pomagająca im zrozumieć chorobę swojego dziecka. Nie zapominajmy, że anoreksja jest chorobą długotrwałą, wymagającą po leczeniu szpitalnym wsparcia i pomocy ze strony rodziców (Szurowska 2011, s. 37–38).

Autorka ta zwraca również uwagę na inne metody leczenia anoreksji, takie jak: terapia poznawcza, psychoanalityczna, behawioralna i systemowa. Ta pierwsza polega na zmianie sposobu myślenia oraz pracy z własnym ciałem. Koncepcja ta wywodzi się z założenia, iż niechęć do jedzenia i natrętne myśli związane z wyglądem są wynikiem fałszywego obrazu własnego ciała i błędnej interpretacji bodźców pochodzących z organizmu, np. lekceważenie uczucia głodu. W terapii tej stosuje się rozmaite techniki relaksacyjne, dzienniczek samoobserwacji myśli i zachowań, edukację dietetyczną i trening umiejętności społecznych.

Terapia psychoanalityczna zaś bazuje na przekonaniu, iż zaburzenia odżywiania są związane z poszczególnymi fazami rozwoju osobowości, ze szczególnym

naciskiem na okres dorastania i związane z nim etapy indywidualizacji i separacji. U osoby chorej występują urazy psychiczne, a także pojawiają się lęki związane z osobami znaczącymi, tj. matka, ojciec, stąd też terapia ta polega na leczeniu tych urazów i usuwaniu tychże lęków. Terapeuta pełni tu istotną rolę, ponieważ próbuje pomóc pacjentowi odnaleźć się w układzie rodzinnym. Interpretuje on zachowania, których pacjent często nie rozumie oraz pomaga mu uzmysłowić sobie trudne do zaakceptowania treści i uczucia.

W terapii behawioralnej osoba pomagająca skupia się na nawykach żywieniowych chorego. Wykorzystując system nagród i kar, usiłuje zlikwidować niewłaściwe przyzwyczajenia i wdrożyć prawidłowy sposób jedzenia. Program leczenia obejmuje wzmocnienia pozytywne i negatywne. Wzmocnienia pozytywne to przywileje uzyskiwane wraz z przyrostem wagi, zaś wzmocnienia negatywne są stosowane wtedy, kiedy osoba chora nadal traci na wadze. Wówczas przywileje są odbierane, a kontrola ze strony zespołu terapeutycznego wobec takiej osoby zostaje nasilona. W przypadku gdy chory stosuje metody pozbywania się pokarmu z organizmu, tj. używanie środków przeczyszczających czy prowokowanie wymiotów, kontrola obejmuje sposób jedzenia i taka osoba podlega dokładnej obserwacji utrudniającej stosowanie wyżej wymienionych metod.

Terapia systemowa skupia się na rodzinie, traktując ją jako pewien system społeczny. Za główny cel stawia sobie pomoc w zmianie sposobu życia całej rodziny. Osoba wspomagająca – terapeuta – jest zdania, że objawy choroby sprzyjają utrzymaniu równowagi w rodzinie, której w poszczególnych fazach życia grożą np. separacje, dorastanie dzieci, rozwody itp. Stąd też terapia ta zakłada konieczność organizowania spotkań z całą rodziną, w trakcie których są poruszane problemy związane np. z niezależnością i dorastaniem dzieci. Problemy z jedzeniem są traktowane jako sposób komunikacji w rodzinie. Na kolejnych spotkaniach jest tworzony pewien schemat podobny do drzewa rodziny, tzw. genogram, który pozwala poznać dysfunkcyjne tradycje rodzinne przekazywane z pokolenia na pokolenie. Terapię tę stosuje się zazwyczaj wobec pacjentów niepełnoletnich.

W pracy z osobami chorymi na anoreksję czy bulimię terapeuci często łączą elementy charakterystyczne dla wyżej wymienionych terapii, tworząc w ten sposób program leczenia optymalny dla danego pacjenta (Szurowska 2011, s. 39–40).

Warto w tym miejscu nadmienić (na co z kolei zwróciła uwagę B. Ziółkowska – 2005, s. 62), że celem leczenia anoreksji jest nauczenie pacjentki, jak ma się odżywiać, aby jej waga utrzymywała się w normie, a także by zaakceptowała swoją fizyczność, opanowała podstawowe umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami i trudnymi sytuacjami. Profilaktyka, zdaniem B. Ziółkowskiej, inaczej nazywana prewencją, stanowi zespół działań, w których wykorzystuje się metody i środki psychologiczne, aby zmniejszyć występowanie zaburzeń somatycznych,

psychicznych i społecznych. Istnieją następujące poziomy oddziaływań prewencyjnych:

- prewencja pierwotna – obejmuje wszelkie starania zmierzające do zmniejszenia zaburzeń psychicznych przez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, zanim będą zdolne do wywołania choroby,
- prewencja wtórna – odnosi się do tych środowisk i osób, wśród których zdiagnozowano już wczesne symptomy zaburzenia; celem jest tutaj powstrzymanie rozwoju zaburzeń,
- prewencja trzeciego stopnia – służy zapobieganiu skutkom przebytej choroby oraz hospitalizacji, a także minimalizowaniu wtórnych uszkodzeń i defektów związanych z przebytą chorobą (Ziółkowska 2005, s. 71–72).

Negatywne skutki anoreksji i trudności w podejmowaniu leczenia przez młodzież na nią chorującą uzasadniają konieczność podejmowania działań profilaktycznych. Najlepszym miejscem do realizacji strategii profilaktycznych w zakresie zaburzeń odżywiania jest szkoła. Nauczyciele wychowawcy często jako pierwsi mogą zauważyć zachowania będące początkowymi objawami anoreksji, stąd też powinni projektować i realizować programy profilaktyczne w zakresie tych schorzeń. Niestety często zdarza się tak, że kiedy u wychowanka wystąpią symptomy anoreksji, to wychowawcy klas „uciekają” od problemu, przekazując sprawę pedagogowi szkolnemu. Innym rozwiązaniem jest skierowanie chorującego lub zagrożonego ucznia do lekarza lub pielęgniarki szkolnej. W postępowaniu z takim wychowankiem są bierni, gdyż ograniczają się jedynie do dalszej obserwacji rozwoju choroby, lekceważąc w ten sposób poważny problem, jaki stanowi anoreksja. Bardzo nieliczna grupa nauczycieli podejmuje pożądane czynności, a więc np. samodzielną aktywność polegającą na poszukiwaniu rozwiązań adekwatnych do zaistniałej sytuacji.

Ponadto, jak zauważyła Marta Kowalczuk, bardzo niewielu wychowawców prowadzi zajęcia dla uczniów na temat zdrowego stylu życia i zdrowego odżywiania się oraz organizuje spotkania edukacyjne dla uczniów na temat zaburzeń odżywiania z udziałem psychologa czy psychiatry (Kowalczuk 2008, s. 27). Ważna jest również współpraca z organizacjami i instytucjami zajmującymi się terapią anoreksji czy bulimii, niestety szkoły rzadko taką współpracę podejmują. Co więcej, nauczyciele-wychowawcy są zazwyczaj niewystarczająco przygotowani do podejmowania działań profilaktycznych w zakresie anoreksji i bulimii u uczniów, co może wynikać z braku umiejętności rozpoznawania tych chorób, niedostępności literatury dotyczącej tych zaburzeń oraz braku silniejszej motywacji do kształtowania umiejętności i kompetencji w zakresie profilaktyki tych chorób. Stan ten należy zmieniać, zważywszy na fakt, iż wzrasta liczba młodzieży z tymi zaburzeniami.

Zalecanymi zadaniami nauczycieli i wychowawców w zakresie profilaktyki zaburzeń odżywiania u uczniów powinny być:

- rozpoznawanie nieprawidłowości w zakresie stosunku do odżywiania się i wizerunku własnego ciała u młodzieży,
- diagnozowanie stanu rozumienia przez uczniów specyfiki anoreksji i bulimii psychicznej,
- organizacja zajęć/warsztatów dla uczniów na temat anoreksji i bulimii w ramach godzin wychowawczych,
- współpraca z pedagogiem szkolnym, psychologami lub innymi specjalistami zajmującymi się problematyką anoreksji i bulimii,
- motywowanie rodziców do włączenia się w działania profilaktyczne w zakresie analizowanych schorzeń przez np. organizację spotkań edukacyjnych dla rodziców na temat anoreksji i bulimii z udziałem psychologów/psychiatrów,
- organizowanie pomocy psychologicznej/psychiatrycznej dla chorujących uczniów i ich rodziców,
- motywowanie chorujących uczniów do podjęcia specjalistycznego leczenia,
- projektowanie i realizowanie na terenie szkoły programów profilaktycznych przeznaczonych dla uczniów, obejmujących zagadnienia zdrowego stylu życia i odżywiania się (stosownie do wieku i potrzeb organizmu), kształtowania pozytywnej samooceny, nabywania dystansu do lansowanych przez mass media kanonów mody i urody (Kowalczyk 2008, s. 92).

## TENDENCYJNOŚĆ MEDIÓW W KREOWANIU WIZERUNKU Kobiet

Współczesne media (telewizja, radio, prasa czy Internet) w sposób całkowicie naganany kreują wzorce i kanony przesadnie szczupłego ciała kobiety. Eksponują one walory wyłącznie zewnętrzne, co może powodować fałszywy stosunek człowieka do własnego ciała, a w konsekwencji przestaje ono być źródłem przyjemności, a staje się głównie instrumentem, narzędziem władzy czy manipulacji, które wymaga ciągłej kontroli. Potwierdzeniem tego jest nie tylko rosnąca liczba osób cierpiących na anoreksję, lecz także zainteresowanie takimi ćwiczeniami fizycznymi, jak jogging, kulturystyka oraz sporty ekstremalne i obozy przetrwania, które dają możliwość pokonywania siebie i przezwyciężania własnych słabości. Środowiskiem aktorek i modelek rządzi wymóg szczupłej, wiotkiej sylwetki. Nacisk ten bywa często tak silny i determinujący, iż prowokuje złe nawyki żywieniowe oraz towarzyszące im fałszywe spostrzeganie własnego ciała i umniejszanie wagi swojej atrakcyjności.

Rozwój kultury popularnej spowodował, iż anoreksja zagraża przede wszystkim szerokim rzeszom młodych kobiet, które są w trudnym okresie adolescencji. Za-  
interesowanie własnym ciałem jest tutaj przemożne, sam zaś wygląd powinien  
być zgodny z kanonem piękna kreowanym w mediach. Atrakcyjność fizyczna jest  
czymś, co w głównej mierze wpływa na sądy o drugim człowieku, choć często  
zniekształca jego realny obraz. Jak pisała B. Ziółkowska, media lansują jednorodny  
i sterylny ideał urody. Czyniąc z kobiet ofiary technologii, sfabrykowały ich wy-  
gląd, zobiektywizowały ciała, narzucając im sprzeczne z biologią, nierealistyczne  
wymiały (Ziółkowska 2005, s. 54–55). Wzorzec ten jest rozpowszechniany w dzi-  
siejszych czasach głównie za pośrednictwem filmu, fotografii reklamowej, czaso-  
pism itp. Analizując treści przekazów medialnych, można zauważyć, iż przeciętna  
modelka, tancerka lub aktorka jest szczuplejsza niż 95% populacji kobiet. Odnosząc się do tego, należy stwierdzić, że podstawowym zadaniem reklamy wizualnej  
jest zbudowanie u odbiorcy przekonania, że „nowe” – szczupłe, a zatem atrakcyj-  
ne ciało zapewni mu lepsze życie i całkiem nową tożsamość. Co więcej, kampanie  
reklamowe podpowiadają, iż to „nowe” ciało poprawi status społeczny jednostki,  
wyposażając ją w nieograniczone możliwości i gwarantując pełnię sukcesu. Świat  
mediów w odpowiedzi na oczekiwania swych młodych odbiorczyń komunikuje  
im, że to właśnie wygląd, a nie kompetencje i wiedza, stanowi ich zasadniczą toż-  
samość, oraz to, na jakie traktowanie ta tożsamość zasługuje. Rola ta odpowiada  
zwłaszcza dziewczętom w okresie dojrzewania, kiedy to kształtuje się własny ob-  
raz jednostki oparty na fizycznym aspekcie własnej tożsamości. Media reklamują  
diety odchudzające, preparaty ułatwiające przemianę materii, przyrządy gimna-  
styczne do walki z nadwagą itp. Kampanie reklamowe, które zajmują się masową  
dystrybucją tych środków, podkreślają ich znaczenie dla podtrzymywania zdro-  
wia, lekceważąc tym samym niektóre istotne informacje, np. o niezwyklej szkodli-  
wości danej diety. Kultura masowa prowadzi do powstawania wewnętrznych kon-  
fliktów i sprzecznych emocji wobec tych samych produktów spożywczych; z jednej  
strony kobiety w naszym społeczeństwie ulegają presji pielęgnowania ciała i pod-  
trzymywania jego młodzieńczego, szczupłego wyglądu, z drugiej zaś są bombardo-  
wane przez coraz to nowsze promocje artykułów spożywczych, mających zapew-  
nić ucztę podniebieniu. Artykuły spożywcze są odbierane przez anorektyczki po-  
zytywnie wtedy, kiedy np. widzą je na fotografiach reklamowych czy na półkach  
sklepowych, gdy natomiast mają je spożywać, te wzbudzają w nich poczucie winy  
i wstręt do własnego ciała oraz poczucie utraty kontroli nad sobą. Masowe zjawis-  
ko stosowania restrykcyjnych diet, modelowania własnego ciała za wszelką cenę,  
pogoni za perfekcją niemal we wszystkich dziedzinach życia widoczne w medial-  
nym kontekście prowadzi do fatalnych konsekwencji.

## ASPEKT METODOLOGICZNY I ANALIZA UZYSKANYCH WYNIKÓW BADAŃ

Zasadniczym celem niniejszego tekstu było dla jego autora zwrócenie uwagi potencjalnych czytelników na problem, który w ostatnich latach stał się przyczyną wielu dramatów rodzinnych. A to właśnie anoreksja niewłaściwie zdiagnozowana bywa przyczyną takich tragedii.

Stąd też zasadnicze pytanie, na które warto tutaj odpowiedzieć, można sprowadzić do następującej kwestii: Jakie opinie względem anoreksji prezentują współczesne młode kobiety reprezentujące wybrane rzeszowskie szkoły gimnazjalne oraz licealne i czy potrafią dostrzec zagrożenie, jakie się z tym wiąże?

Problemy szczegółowe sprowadzono natomiast do trzech zasadniczych pytań:

1. Jakie są opinie badanych dziewcząt na temat wpływu mediów na pro-anorektyczne zachowania młodych kobiet w okresie adolescencji?
2. Jakie według badanych respondentek są motywy wpływające na podjęcie decyzji dotyczącej odchudzania się?
3. Czy wygląd zewnętrzny (zwłaszcza szczupła sylwetka) jest istotnym atutem decydującym o powodzeniu w życiu w opiniach ankietowanych?

Populację badawczą stanowiły uczennice dwóch gimnazjów znajdujących się na terenie Rzeszowa oraz dwóch renomowanych liceów ogólnokształcących również wchodzących w skład aglomeracji rzeszowskiej. W sumie próba badawcza wyniosła 179 respondentek, które zostały poddane badaniom ankietowym. Wiek badanych dziewcząt oscylował między 14. a 19. rokiem życia, ich pochodzenie społeczne było zróżnicowane (największą grupę stanowiły uczennice legitymujące się pochodzeniem inteligenckim). Ankietowane młode kobiety różnił również poziom zurbanizowania środowiska (najmocniej był reprezentowany Rzeszów). Same badania zostały przeprowadzone na przełomie kwietnia i maja 2013 roku w Rzeszowie. Szczegółową charakterystykę badanej populacji przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji dla  $N = 179 = 100\%$

Kategorie odpowiedzi		Ogół badanych respondentek	
		N = 179	% = 100
Wiek	14–15	52	29,1
	16–17	64	35,7
	18–19	63	35,2
Typ szkoły	Gimnazjum	82	45,8
	Liceum	97	54,2

Kategorie odpowiedzi		Ogół badanych respondentek	
		N = 179	% = 100
Miejsce zamieszkania	Wieś	41	22,9
	Miasto do 100 tys.	39	21,8
	Miasto powyżej 100 tys.	99	55,3
Pochodzenie społeczne	Chłopskie	43	24,1
	Robotnicze	59	32,9
	Inteligenckie	77	43,0

Źródło: opracowanie własne.

Jedną z zasadniczych kwestii, o którą zapytano respondentki, było sprecyzowanie samego terminu „anoreksja”. Pytanie miało charakter otwarty. Wyniki zdają się być dość optymistyczne. Okazało się, iż dla większości badanych kobiet (75,4%) anoreksja to bardzo niebezpieczna choroba, związana z zaburzeniami w odżywianiu (jadłowstręt), której konsekwencją może być nawet śmierć. Pozostałym respondentkom anoreksja kojarzy się osobami wychudzonymi (modelkami z zachodnich wybiegów), niestety lansowanymi w mediach jako ideały urody (21,4%) czy w końcu z głupotą, która ogarnęła młode osoby na punkcie zgrabnego wyglądu, co zdaniem tych ankietowanych jest pozbawione całkowicie realnej oceny sytuacji (3,2%).

Warto odnotować, iż w badanej grupie żadna z dziewcząt nie pochwaliła postępowania, które może doprowadzić do tak ciężkiej choroby, co może budzić jednak pewne wątpliwości, dlatego że w kolejnym pytaniu dotyczącym postaw względem tego zaburzenia znalazły się odpowiedzi usprawiedliwiające anoreksję, która dla respondentek nie była już czymś tak dramatycznym, jak przedstawiają to lekarze, pedagodzy czy psycholodzy.

Tabela 2. Postawy względem anoreksji a typ szkoły dla N = 179 = 100%

Jaki jest Twój stosunek do zjawiska anoreksji i czy dostrzeżasz zagrożenia płynące z tej choroby?	Typ szkoły					
	Gimnazjum		Liceum		Ogółem	
	N = 82	% = 100	N = 97	% = 100	N = 179	% = 100
Zdecydowanie negatywny, anoreksja jest przyczyną nieodwracalnych zmian zdrowotnych, których konsekwencją może być nawet śmierć	49	59,7	56	57,7	105	58,6
Raczej negatywny, anoreksja może być przyczyną różnych chorób, dziś raczej uleczalnych, których jednak dla własnego dobra lepiej unikać	17	20,7	29	29,9	46	25,7



Jaki jest Twój stosunek do zjawiska anoreksji i czy dostrzegasz zagrożenia płynące z tej choroby?	Typ szkoły					
	Gimnazjum		Liceum		Ogółem	
	N = 82	% = 100	N = 97	% = 100	N = 179	% = 100
Indyferentny (obojętny), nie umiem ocenić do końca obiektywnie negatywnego bądź też pozytywnego wpływu anoreksji na życie człowieka	11	13,4	8	8,2	19	10,6
Raczej pozytywny, w związku z tym że anoreksję w zasadzie można leczyć, nie zaszkodzi zmniejszać liczby posiłków tak, aby stale utrzymywać szczupłą sylwetkę	4	4,9	2	2,1	6	3,3
Zdecydowanie pozytywny, anoreksja nie stanowi dzisiaj większego problemu, lepiej być nawet bardzo szczupłym (wychudzonym) niż mieć o kilka kilogramów za dużo, dlatego że owa szczupłość jest w dużej mierze miernikiem naszego sukcesu w życiu (przykładem są zachodnie modelki czy aktorki, które osiągnęły sukcesy)	1	1,3	2	2,1	3	1,8

Źródło: opracowanie własne.

Analizując uzyskane wyniki, możemy dość autorytatywnie stwierdzić, iż większość badanych respondentek dostrzega źródło niebezpieczeństw, jakie niesie za sobą anoreksja. Jej zdecydowanie negatywny wpływ na zdrowie nieznacznie mocniej akcentują gimnazjalistki (odpowiednio: 59,7% i 57,7%), z tym że z kolei wśród licealistek blisko 30% stanowią te, które znają negatywy anoreksji, nie są jednak do końca przekonane o jej dramatycznych skutkach zdrowotnych.

Godne odnotowania jest również to, że nie miały odsetek badanych dziewcząt (10,6%) prezentuje postawę obojętną względem tego zjawiska. Niewiele na szczęście jest „sympatyczek” drastycznego odchudzania, niemniej jednak w badanej próbie one wystąpiły, co należy również zaznaczyć (niebezpieczne może być jedynie to, że wśród nich są i takie, dla których „wychudzona sylwetka” jest godna do naśladowania (niecałe 2% ogółu badanych).

Inna kwestia, na którą zwrócono uwagę w badaniach, to media i ich nierzadko fatalny wpływ na kreowanie wizerunku młodych osób. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Uzyskane wyniki nie są już tak zbliżone procentowo, jak miało to miejsce w poprzednim pytaniu. Tu wyraźnie widać różnice, jakie dzielą w analizowanej kwestii badane respondenci. Zmienną, która tak mocno odróżnia opinie ankietowanych, jest wiek. Najmocniej kreowanie szczupłych wzorców w mediach akcentują

uczennice legitymujące się wiekiem w przedziale 14–15 lat (ponad 82%). Najbardziej wskazują na to 18–19-latki (26,9%). Wśród respondentek w przedziale wiekowym 16–17 lat 12,5% stanowią te, dla których rola środków masowego komunikowania w kreowaniu paradygmatów dla „kobiecych kształtów” jest stosunkowo niewielka. Zaledwie 1,7% ogółu badanych kobiet nie dostrzega żadnej roli w analizowanej kwestii.

Tabela 3. Wpływ mediów na postawy pro-anorektyczne dziewcząt a ich wiek dla N = 179 = 100%

Czy media wywierają wpływ na postawy pro-anorektyczne nastoletnich dziewcząt?	Wiek badanych respondentek							
	14–15 lat		16–17 lat		18–19 lat		Ogółem	
	N = 52	% = 100	N = 64	% = 100	N = 63	% = 100	N = 179	% = 100
Zdecydowanie tak, „mieszą” w głowach młodym dziewczynom przez pokazywanie szczupłych modelek, aktorek, prezenterek, powodując u oglądających wiele kompleksów na tle swojego wyglądu	43	82,7	31	48,4	17	26,9	91	50,8
Raczej tak, lansując wszechobecną „szczupłość”, wpływają na samoocenę dorastających kobiet i nierzadko ich brak samoakceptacji dla siebie	7	13,5	22	34,3	29	46,1	58	32,4
Trudno powiedzieć, to zależy od indywidualnej jednostki	–	–	1	1,6	9	14,3	10	5,6
Raczej nie, nie każdy musi wyglądać przecież tak samo, nie ma idealnego „kanonu piękna”	1	1,9	8	12,5	8	12,7	17	9,5
Zdecydowanie nie, dlatego że każdy człowiek niezależnie od wyglądu jest „wartością samą w sobie” i nie zmieni tego tzw. „zewnątrzna fasada” propagowana przez media. Punktem odniesienia powinno być „wnętrze” człowieka i jego walory duchowe	1	1,9	2	3,2	–	–	3	1,7

Źródło: opracowanie własne.

Wnioski są tutaj nazbyt czytelne. Burzliwy okres adolescencji przypadający na 14–17. rok życia powoduje, iż oglądane przez dziewczęta programy o modzie czy urodzie doprowadzają je nierzadko do tak dramatycznych zachowań, jak radykalne „odchudzanie się”, czego konsekwencją może być anoreksja. Więcej krytycyzmu w tym zakresie wykazują 18–19-letnie kobiety, które będąc już „dorosłe”

(przynajmniej zgodnie z literą polskiego prawa), rozumieją, że media bardzo często „fałszują rzeczywistość”, kreując wzorce nieistniejące w realnej rzeczywistości. Do wszystkiego więc należy dorosnąć.

Warto teraz przyrzeć się uzyskanym rezultatom dotyczącym motywów, którymi kierują się młode kobiety decydujące się na „drastyczne odchudzanie”.

Tabela 4. Motywy decydujące o odchudzaniu a miejsce zamieszkania respondentek dla N = 179 = 100%

Jakie motywy decydują o tym, że młode kobiety zaczynają się „drastycznie odchudzać”?	Miejsce zamieszkania							
	Wieś		Miasto do 100 tys.		Miasto powyżej 100 tys.		Ogółem	
	N = 41	% = 100	N = 39	% = 100	N = 99	% = 100	N = 179	% = 100
Postrzeganie własnej sylwetki jako nie-naturalnie grubej	6	14,6	13	33,3	12	12,1	31	17,3
Krytyczne uwagi na temat własnego wyglądu kierowane ze strony osób bliskich, w tym zwłaszcza rodziny i rówieśników	23	56,1	17	43,6	59	59,4	99	55,3
Dążenie do uzyskania figury ulubionej modelki, aktorki znanej z mediów	6	14,6	9	23,1	22	22,2	37	20,7
Dążenie do pokazania rówieśnikom, jak mocną posiada się wolę i jak łatwo zapanować nad swoim ciałem	4	9,7	–	–	4	4,2	8	4,4
Chęć podobania się innym za wszelką cenę, nawet za cenę własnego zdrowia i życia	1	2,5	–	–	2	2,1	3	1,7
Przeczytane książki i artykuły prasowe na ten temat	1	2,5	–	–	–	–	1	0,6
Opinia lekarza, psychologa czy nauczyciela-wychowawcy	–	–	–	–	–	–	–	–
Inne, jakie?	–	–	–	–	–	–	–	–

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują na to, jak ważną rolę w życiu dorastającego dziecka odgrywa rodzina. W opiniach ponad 55% badanych dziewcząt do nadmiernego odchudzania beneficjentką może skłonić właśnie rodzina bądź rówieśnicy. Z taką opinią zgadza się zwłaszcza duży odsetek respondentek na stałe zamieszkujących duże ośrodki miejskie (w tym wypadku Rzeszów) – niecałe 60%.

Wśród mieszkanek miast, których liczba nie przekracza 100 tys., aż 33% stwierdziło, że wiele kobiet nawet niewielkiej nadwagi nie potrafi zaakceptować, stąd bierze się decyzja o odchudzaniu, czasem drastycznym. Niewielki procent badanych stanowią te respondentki, dla których bodźcem do poprawy sylwetki była chęć podobań się za wszelką cenę (1,7%) czy przeczytany artykuł lub książka (0,6%). Nie odnotowano ani jednej odpowiedzi, z której wynikałoby, że osoba zaczęła odchudzanie po zasięgnięciu opinii lekarza czy psychologa.

Ostatnią kwestią, nad którą warto się jeszcze pochylić w niniejszym tekście, jest wygląd zewnętrzny, a zwłaszcza szczupła sylwetka, która może stanowić istotny atut (atrybut) na drodze do życiowych sukcesów. Co myślą o tym badane uczennice, obrazuje tabela 5.

Tabela 5. Wygląd zewnętrzny (w tym szczupła sylwetka) i jego rola w życiowym sukcesie a pochodzenie społeczne badanych respondentek dla N = 179 = 100%

Czy atrakcyjny wygląd (a zwłaszcza smukła sylwetka) może decydować o powodzeniu w życiu?	Pochodzenie społeczne badanych							
	Chłopskie		Robotnicze		Inteligenckie		Ogółem	
	N = 43	% = 100	N = 59	% = 100	N = 77	% = 100	N = 179	% = 100
Zdecydowanie tak, stawia taką osobę na z góry wygranej pozycji w porównaniu z osobą otyłą (grubą)	13	30,2	34	57,6	62	80,5	109	60,9
Raczej tak, pomaga np. w znalezieniu partnera bądź atrakcyjniejszej pracy	9	20,9	16	27,2	9	11,7	34	18,9
Trudno jednoznacznie powiedzieć	17	39,5	5	8,5	–	–	22	12,3
Raczej nie, liczy się to, co mamy w głowie	4	9,4	4	6,7	5	6,5	13	7,3
Zdecydowanie nie, często bywa tak, że osoba przesadnie „chuda” wzbudza nie tylko litość, ale także niezadko niechęć otoczenia	–	–	–	–	1	1,3	1	0,6

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane rezultaty wskazują również, iż pochodzenie społeczne jest tą zmienną, która mocno różnicuje odpowiedzi badanych na temat korelacji wyglądu zewnętrznego i powodzenia w życiu. Respondentki legitymujące się pochodzeniem inteligenckim w ponad 80% akcentują ścisłą zależność między atrakcyjną,

smukłą aparycją a ewentualnym życiowym sukcesem. Dla porównania w pozostałych dwóch grupach wyniki kształtują się odpowiednio na poziomie: 30,2% dla pochodzących z rodzin chłopskich i 57,6% dla dziewcząt z rodzin robotniczych. Wśród tych pierwszych niemały jest odsetek uczennic, które na pytanie sformułowane w kwestionariuszu ankiety nie potrafią jednoznacznie odpowiedzieć (blisko 40%). Zaledwie jedna osoba (i to pochodząca z rodziny o proveniencji inteligentnej) stwierdziła, że „przesadna chudość” może stanowić przeszkodę w osiągnięciu życiowego triumfu.

Z powyższego można wysnuć dość czytelną konkluzję, z której wynika, iż autorem badanych dziewcząt jest istotnym czynnikiem, który wpływa na ich opinie dotyczące związku między zgrabną, atrakcyjną prezencją a pomyślnością w życiu.

#### PODSUMOWANIE

Nie sposób w tak krótkim artykule odpowiedzieć na wszystkie pytania, które dotyczą tak bardzo złożonego zjawiska anoreksji. Problem został tu jedynie zasygnalizowany, a wyniki badań miały go jedynie nieco szerzej przybliżyć. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi, można stwierdzić:

- badane gimnazjalistki i licealistki potrafią prawidłowo zdefiniować termin „anoreksja”, dostrzegając jego pejoratywny charakter,
- niezależnie od typu szkoły w blisko 85% respondentek deklaruje zdecydowanie negatywny lub raczej negatywny stosunek względem tej choroby, akcentując jednocześnie jej autodestrukcyjny charakter,
- bardzo mocno zasygnalizowano wpływ mediów na zachowania pro-anorektyczne młodych kobiet, na co największą uwagę zwróciły 14–15-letnie uczennice gimnazjum (prawie 83%),
- ponad połowę ogółu badanych dziewcząt stanowiły te, według których do odchudzania, a w konsekwencji nierzadko anoreksji w znaczącym stopniu przyczynia się środowisko rodzinne czy rówieśnicze krytycznymi uwagami,
- blisko 61% badanych dziewcząt dostrzega ewidentną współzależność między atrakcyjnym, smukłym wyglądem a udanym, szczęśliwym życiem.

Konkludując te bardzo wybiórcze rozważania na temat anoreksji i niebezpieczeństwa, jakie za sobą niesie, należy podkreślić, iż we współczesnych czasach mamy do czynienia z istnym bombardowaniem młodych ludzi (zwłaszcza kobiet) informacjami o wątpliwej z punktu widzenia aksjologii treści. Preferowanie hedonistycznego stylu życia, w którym na plan pierwszy wysuwa się szeroko rozumiany „celebrycki nurt funkcjonowania w społeczeństwie”, okraszony nierzadko

głupotą osób go lansujących, spowodował zwłaszcza za sprawą środków masowego komunikowania to, że część dorastającej młodzieży przestała całkowicie akceptować siebie (zwłaszcza w aspekcie swojej „cielesności”, czyli wyglądu zewnętrznego). Może niepokoić to nie tylko samych rodziców, ale również pedagogów, psychologów czy lekarzy. Jest to bowiem sygnał do tego, że z naszą młodzieżą dzieje się coś niepokojącego, co w momencie braku reakcji może przynieść katastrofalne skutki. Stąd niezwykle ważne jest to, aby z dziećmi (zwłaszcza w okresie dorastania) jak najwięcej rozmawiać i tłumaczyć zawiłości współczesnego świata. Aby duchowy charakter życiowej egzystencji jednostki ludzkiej nie został nigdy wyparty przez „próżny i fasadowy” świat złudnych wartości promowanych w mediach.

#### LITERATURA

- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (1995). *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Warszawa.
- Albisetti V. (2001). *Pułapka anoreksji – dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć*. Kielce.
- Jablow M.M. (2000). *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Gdańsk.
- Józefik B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków.
- Józefik B., Wolska M. (2009). *Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży*. Warszawa.
- Kowalczyk M. (2008). *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. Kraków.
- Kowalczyk M. (2008). *Zdrowie ucznia, anoreksja i bulimia – profilaktyka*. „Wychowawca” 9.
- Namysłowska I., Paszkiewicz E., Siewierska A. (2000). *Gdy odchudzanie jest chorobą*. Warszawa.
- Starzomska M. (2006). *Anoreksja – trudne pytania*. Kraków.
- Szurowska B. (2011). *Anoreksja w rodzinie*. Warszawa.
- Ziółkowska B. (2005). *Anoreksja od A do Z – poradnik dla nauczycieli i wychowawców*. Warszawa.

#### TEENAGE GIRLS' ANOREXIA IN THE LIGHT OF RESEARCH – THE ROAD TO SUCCESS OR THE ACT OF SLOW SELF-DESTRUCTION

**Abstract:** This article is dedicated to the issues by all means present in contemporary world, namely the phenomenon of anorexia. Each year this disease kills dozens of young women, who want to look perfect in accordance with the generally accepted trends promoted by the media. The drama leans on the fact that these unattainable standards exist only on paper and

---

in the imagination of producers and directors who skillfully manipulate juvenile recipients (in this case female recipients). The research conducted by the author will allow one to learn the opinions on this subject of respondents representing both middle and high schools.

**Keywords:** anorexia, adolescence, attitude, success, self-destruction

