

ANNA WIATROWSKA

## POCZUCIE KOHERENCJI DZIEWCZĄT Z ANOREKSJĄ I BULIMIĄ PSYCHICZNĄ

**Abstrakt:** Celem pracy było określenie poziomu poczucia koherencji (SOC) dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną z wykorzystaniem Kwestionariusza Orientacji Życiowej A. Antonovsky'ego SOC-29 (The Sense of Coherence Questionnaire – SOC). Skala składa się z 29 pozycji i pozwala oszacować ogólne poczucie koherencji oraz trzy jego komponenty: zrozumiałość, zaradność i sensowność. Przebadano 40 dziewcząt z rozpoznaniem anoreksja psychiczna oraz 40 dziewcząt z rozpoznaniem bulimia psychiczna, według kryterium DSM-IV, tworzących podstawową grupę badawczą. Dla porównania przebadano też grupę składającą się z dziewcząt bez zaburzeń odżywiania. Dziewczęta z zaburzeniami odżywiania wykazały zdecydowanie niższe poczucie koherencji (SOC) oraz jej składowych, co nie sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, a tym samym może powodować pogorszenie stanu zdrowia i utrudniać proces leczenia. Najniższą wartość u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania osiągnęła składowa sensowność, która wyraża emocjonalno-motywacyjną stronę poczucia koherencji. Nie stwierdzono różnic w natężeniu składowych poczucia koherencji w podgrupach dziewcząt z zaburzeniami odżywiania, co oznacza, że dziewczęta z anoreksją i bulimią psychiczną charakteryzowały się zbliżonymi zasobami odpornościowymi i możliwościami adaptacyjnymi.

**Słowa kluczowe:** poczucie koherencji (SOC), anoreksja psychiczna, bulimia psychiczna.

### WPROWADZENIE

Termin poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC) został wprowadzony przez A. Antonovsky'ego, który opracował tę zmienną, poszukując charakterystyk człowieka odpowiedzialnego za zachowanie zdrowia, nawet w skrajnie niesprzyjających okolicznościach psychologicznych (Cieciuch 2010). Poczucie koherencji zdaniem A. Antonovsky'ego (2005, s. 34) to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania. Koherencja będąca zgenerowanym, poznawczym i emocjonalno-motywacyjnym sposobem odbierania świata zawiera trzy komponenty, które są nierozdzielnie ze sobą połączone: zrozumiałość (*comprehensibility*), zaradność (*manageability*), sensowność (*meaningfulness*).

Poczucie zrozumiałości oznacza stopień, w jakim otaczający świat postrzegany jest jako uporządkowany, przewidywalny i spójny, niezależnie od tego, czy jest on korzystny, przyjazny dla człowieka, czy też przeciwnie – wrogi. Kontrola poznawcza nad otoczeniem jest zatem istotą poczucia zrozumiałości, co przejawia się w jasności, przewidywalności, a nie chaosie, szumie, nieuporządkowaniu czy niewytłumaczalności otaczającego świata. (Cieciuch 2010). Komponent ten nie powoduje implikacji, czy bodźce są pożądane, czy nie. Człowiek spostrzega świat jako zrozumiałe, wchodząc w sytuacje otwarte ma pewność, że można w nich odnaleźć sens i porządek. Zatem omawiany wymiar poczucia koherencji stanowi trwałą zdolność do rozumienia oraz poznawczej oceny rzeczywistości w porównaniu do odczucia o charakterze intuicyjnym czy irracjonalnym. W zależności od stopnia nasilenia danego komponentu ludzie różnie spostrzegają świat. Osoby o wysokim poczuciu zrozumiałości będą interpretować doświadczenia życiowe jako możliwe do pokonania, zgoła odmiennie niż osoby o niskim poczuciu tego komponentu (Antonovsky 2005).

Poczucie zaradności sprowadza się do przekonania, że człowiek posiada wystarczające zasoby, aby uporać się z niesprzyjającymi okolicznościami lub wymogami otoczenia. Wśród zasobów, których świadomość składa się na poczucie zaradności, wymienić należy zasoby osobiste, czyli te którymi człowiek sam dysponuje oraz którymi dysponują inni (Antonovsky 2005). Zaradność jest to subiektywne poczucie dysponowania przez człowieka możliwościami radzenia sobie z wymaganiami życia, aktywnego wpływania na sytuację, w której się znajduje. Jest to poczucie, że można znaleźć w kimś lub czymś oparcie, gdy zaistnieje potrzeba (Dolińska-Zygmunt 1996). Komponent ten odnosi się do subiektywnego poczucia człowieka dostrzegania w sobie samym i otoczeniu instrumentów (własnych cech psychicznych, przychylności innych ludzi, instytucji itp.), które pozwalają czy też pomagają osiągać zamierzone cele. Sterowalność w sensie ścisłym wiąże się z poczuciem dysponowania przez jednostkę środkami czy zasobami, dzięki którym może ona aktywnie wpływać na sytuację. Nie muszą to być środki materialne, czy takie, które są pod osobistą kontrolą jednostki. Środki te mogą być w dyspozycji rodziny, przyjaciół, organizacji, Boga itd. Ważne jest poczucie, że można na kimś czy na czymś się wesprzeć, gdy zaistnieje taka potrzeba. Człowiek o silnym poczuciu zaradności nie jest ofiarą losu i nie ma ciągłego poczucia niesprawiedliwości w życiu. Nawet jeżeli napotyka na swojej drodze trudności, potrafi sobie skutecznie z nimi poradzić (Antonovsky 2005).

Sensowność określa się jako komponent emocjonalno-motywacyjny wyrażający się w przekonaniu, że warto się angażować i inwestować energię w swoje życie (wola aktywnego życia), że warto o coś walczyć. Osoba o wysokim poczuciu sensowności spostrzega trudną sytuację jako wyzwanie, a nie zagrożenie. Komponent ten określany jest również mianem stopnia wysokiego poczucia sensu życia pod względem emocjonalnym. Dla osób o silnej sensowności zadania życiowe interpretowane są jako wyzwania, którym warto poświęcić czas i podjąć wysiłek czy walkę o osiągnięcie celu (Antonovsky 2005).

Poczucie koherencji składa się z trzech istotnych komponentów pozostających ze sobą we wzajemnych dynamicznych związkach. Najważniejszą zdaniem A. Antonovsky'ego (2005) składową poczucia koherencji jest motywacyjny komponent sensowności, bez którego to wysokie poczucie zrozumiałości czy zaradności będzie nietrwałe. Niebagatelną rolę odgrywa również komponent zrozumiałości, gdyż wysokie poczucie zaradności zależy od zrozumienia. Nie oznacza to, że poczucie zaradności jest nieważne, bowiem bez przekonania jednostki o posiadanych zasobach jej poczucie sensowności maleje, a tym samym wysiłki wspomagające proces radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Umiejętność radzenia sobie z napotykanymi sytuacjami trudnymi zależy bowiem od poczucia koherencji jako całości.

Poziom koherencji nie jest właściwością wrodzoną, kształtuje się przez całe życie i w znacznym stopniu zależy od wzorca doświadczeń życiowych. A. Antonovsky (2005, s. 93) pod pojęciem tym rozumie charakterystyczne zjawisko lub charakterystyczny związek dostarczający człowiekowi przez dłuższy czas i nieprzerwanie doświadczeń z zakresu nadawania sensu niezliczonym bodźcom, które go bezustannie bombardują. We wzorach doświadczeń życiowych można wyróżnić trzy komponenty, niezbędne dla kształtowania poczucia koherencji: (1) spójność, czyli przekonanie, że dane doświadczenie życiowe jest podobne do wcześniejszych lub aktualnych doświadczeń, Im większa spójność doświadczeń, tym życie człowieka staje się bardziej przewidywalne, co sprzyja kształtowaniu się komponentu zrozumiałości; (2) równowaga między przeciążeniem a niedociążeniem, czyli sytuacje stawiające osobom wyzwania, z którymi zmagają się przez całe życie, są one dostosowane do możliwości, którymi dysponuje jednostka lub przekraczają je, umiarkowany poziom obciążeń i wymagań sprzyja wytworzeniu się komponentu sterowalności; (3) udział w podejmowaniu decyzji, czyli uczestnictwo w wyborze odpowiednich strategii i rozwiązań, powtarzające się doświadczenia udziału w podejmowaniu decyzji są dobrą bazą dla uformowania się komponentu sensowności. Zdaniem H. Sęk (2001) w kształtowaniu się poczucia koherencji istotną rolę odgrywają z jednej strony doświadczenia życiowe osadzone w kontekście społeczno-kulturowym i polityczno-ekonomicznym, a z drugiej strony zgeneralizowane zasoby odpornościowe, w tym: odporność fizyczna, biochemiczna organizmu, wykształcenie, pozycja zawodowa, możliwości intelektualne czy zdolności interpersonalne.

Termin anoreksja wywodzi się z języka greckiego i został utworzony przez połączenie dwóch członów: *an* (pozbawienie, brak) oraz *orexis* (apetyt); jest on ogólnym określeniem braku łaknienia lub niechęci do przyjmowania pokarmu (Tokarski 1980). Według S. Abraham i D. Llewelyn-Jones (2004) anoreksja to nadmierna wrażliwość na punkcie wagi lub chorobliwy lęk przed przytyciem, który mobilizuje jednostkę do stosowania metod prowadzących do utraty wagi. Z kolei A. Brytek-Matera (2008) pisze, iż jest to świadome ograniczenie ilości spożywanych pokarmów w celu osiągnięcia szczupłej sylwetki, zaś A. Rajewski (2003) uważa, że anoreksja to zaburzenie polegające na dążeniu do ograniczenia masy ciała znacznie odbiegającej od norm przyjętych dla wieku i wzrostu. Anoreksję psychiczną charakteryzuje zatem stałe

i znaczne ograniczenie przyjmowania pokarmów (zwłaszcza bogatych w tłuszcze), często w połączeniu z różnorodnymi formami zachowań (ćwiczenia fizyczne, wymioty, nadużywanie środków przeczyszczających lub moczopędnych i inne), które służą utracie lub uniknięciu przybrania na wadze (Kreipe, Dukarm Kreipe 2000).

Anoreksja należy do grupy specyficznych zaburzeń odżywiania i dotyka najczęściej dziewcząt w okresie adolescencji (pomiędzy 12 a 19 rokiem życia). Analiza psychologiczna specyfiki rozwojowej okresu adolescencji wykazuje całą gamę typowych dla tego okresu właściwości psychicznych, które sprzyjają skłonnościom do zachorowania na anoreksję. Są to: kryzys tożsamości, problemy z identyfikacją płciową, nieadekwatna, często zaniżona samoocena, upadek dotychczasowych autorytetów, pozostawanie pod silnym wpływem popkultury, skłonność do wyolbrzymiania problemów, nadmierne skupienie uwagi na własnym ciele. Dolna granica wieku zachorowań nieustannie się obniża, znane są przypadki występowania anoreksji u dzieci między 8 a 12 rokiem życia. Chłopcy stanowią niewielki odsetek ok 5–10% populacji osób chorujących. Choroba przeważnie dotyka osoby z wyższych klas społecznych, rzadko sprawiające kłopoty wychowawcze, dobrze uczące się, utalentowane i ambitne (Kowalczyk 2008).

Anoreksja psychiczna najczęściej rozpoczyna się od odchudzania. Jej początek chorzy zazwyczaj wiążą z brakiem akceptacji swojego wyglądu, krytyczną uwagą na temat wyglądu ich ciała, presją środowiska, identyfikacją ze znaną modelką czy aktorką stosującą dietę, przekonaniem o korzystnym wpływie na zdrowie restrykcyjnych diet, wspólnym podjęciem odchudzania w gronie koleżanek jak i innymi (Woronowicz 2009). Następstwem stosowania restrykcyjnej diety, wzmacnianej często różnymi zachowaniami kompensacyjnymi, jest szybko postępująca utrata masy ciała. Znaczna utrata masy ciała lub niepowodzenia w osiągnięciu jej przyrostu, będące jednym z kryteriów klinicznych anoreksji, mobilizują najbliższych do kontrolowania jedzenia i wymuszania na osobie przybierania na wadze. Strategia ta rzadko jednak przynosi spodziewany skutek. Implikuje jedynie u chorego wewnętrzne konflikty związane z dążeniem do kontroli wagi ciała i sylwetki i w efekcie prowadzi do odmowy przyjmowania pokarmów. Zaprzestaniu przyjmowania jedzenia często towarzyszy utrata łaknienia oraz intensywny lęk przed przybraniem na wadze, będący kolejnym kryterium diagnostycznym jadłowstrętu psychicznego (Popielarska, Suffczyńska-Kotowska 2000). Uzyskanie kontroli nad jedzeniem czy własnym ciałem jest dla chorych z anoreksją psychiczną powodem szczególnej satysfakcji i dumy, a nierzadko, jak pisze M. Jablow (1993), poczucia wyższości moralnej nad innymi ludźmi. Ostry reżim nałożony na jedzenie zapewnia im poczucie bezpieczeństwa, własnej wartości i sukcesu. Chorzy z anoreksją psychiczną odrzucają potrzebę leczenia. Uważają się za zdrowych i sprawnych, czerpiąc z osiągniętej władzy na sobą poczucie siły i panowania nad rzeczywistością. Początkowa euforia związana z satysfakcją płynącą z kontroli nad własnym ciałem przeradza się z czasem w lęk wywołany poczuciem utraty panowania nad chorobą, apatię, depresję, zachowania obsesyjno-kompulsywne, uzależnienia od alkoholu czy narkotyków (Starzomska

2006). W przebiegu jadłowstrętu psychicznego, zależnie od fazy choroby i stopnia wyniszczenia, występują liczne zaburzenia somatyczne związane z różnym ryzykiem zagrożenia życia czy też powstaniem trwałych zmian w funkcjonowaniu wielu narządów. Poważne zaburzenia metaboliczne obserwuje się zwłaszcza u chorych, u których w ciągu kilku miesięcy nastąpił znaczny ubytek masy ciała, a przede wszystkim u tych, którzy często prowokowali wymioty lub często przyjmowali środki przeczyszczające i/lub odwadniające. Zaburzenia te stwierdza się także u pacjentów z długim okresem choroby, skrajnie wyniszczonych w wyniku restrykcji pokarmowych, a rzadziej z powodu ograniczeń w zakresie przyjmowania płynów (Rabe-Jabłońska i in. 2008/8). Choroba nierzadko kończy się śmiercią, głównie z powodu ogólnego wycieńczenia czy wręcz wyniszczenia całego organizmu. Przyczyną zgonu bywają zachwianie równowagi poziomu wody i soli mineralnych, zaburzenia kardiologiczne lub neurologiczne, infekcje osłabionych organów czy poważne powikłania żołądkowe w wyniku napadów bulimicznych lub zbyt gwałtownego powrotu do jedzenia (Kreipe, Dukarm 2000, Tomaszewicz-Libudziec i in. 2000).

Poszukując przyczyn powstania anoreksji psychicznej, można stwierdzić, iż nie są one jasne i jednoznaczne, dlatego też zakłada się współwystępowanie różnych czynników. Wśród nich można wymienić: biologiczne, psychologiczne, rodzinne i socjokulturowe. Do czynników biologicznych będących jedną z przyczyn występowania anoreksji można zaliczyć: uwarunkowania genetyczne, zaburzenia neuroprzekątnictwa (zwłaszcza serotonergicznego), nieprawidłowe stężenia regulatorów łaknienia i sytości, zaburzenia w zakresie wszystkich trzech osi hormonalnych (podwzgórze – przysadka – nadnercza, podwzgórze – przysadka – tarczyca oraz podwzgórze – przysadka – jajniki) jak również pierwotne specyficzne zaburzenia poznawcze, prawdopodobnie uwarunkowane między innymi genetycznie (Rabe-Jabłońska i in. 2008/8). W podejściu psychologicznym przyczyny zaburzeń odżywiania upatruje się w typie osobowości, jaki jednostka posiada. Osoby chore na jadłowstręt psychiczny częściej reprezentują osobowość obsesyjną lub neurotyczną niż osoby z populacji „normalnej”. Wyniki badań przeprowadzone z wykorzystaniem kwestionariuszy osobowości wykazały, iż część dziewcząt cierpiących na jadłowstręt psychiczny przejawia cechy neurotyczne lub obsesyjne i znacznie częściej odczuwają one wstręt do własnego ciała i zaniżone poczucie własnej wartości niż dziewczęta z wagą ciała utrzymującą się w granicach normy (Abraham, Llevelyn-Jones 2004). Ważnym elementem w rozumieniu anoreksji jest perspektywa rodzinna. Badania M. Selvini Palazzoli (1978) wykazały, że zaburzenia odżywiania są chorobami rodzinnymi. S. Minuchin i wsp. (1978) przyjęli, że występowanie anoreksji psychicznej ma związek ze zwiększonym nasileniem nieswoistych problemów rodzinnych, mogących stanowić zarówno czynniki wyzwalające, jak i podtrzymujące objawy. Pojawienie się i rozwój choroby jest możliwy, gdy obok cech systemu rodzinnego występuje fizjologiczna podatność dziecka. Autorzy do specyficznych wzorców zachowań i komunikacji w rodzinie psychosomatycznej zaliczyli: uwikłanie, nadopiekuńczość, sztuczność, swoiste sposoby radzenia sobie z problemami, włączanie dziecka

w konflikt małżeński. Brakuje wśród autorów zajmujących się tym zagadnieniem konsensusu odnośnie do kwestii, czy obserwowane w rodzinach problemy są pierwotne, czy też wtórne dla rozwoju zaburzeń, czy są one czynnikiem wyzwalającym, czy też stanowią sposób adaptacji i radzenia sobie rodziny w niezwykle trudnej sytuacji, jaką jest choroba dziecka (Dunajska i in. 2002). Kolejnych przyczyn powstania anoreksji psychicznej upatruje się w czynnikach socjokulturowych. W obecnych czasach można zaobserwować dużą koncentrację na ciele, sprawności fizycznej, młodości i zdrowiu. Ten kanon piękna jest popularyzowany przez współczesne media. Zgrabne, zadbane i szczupłe ciało szczególnie promowane jest w kulturze Zachodu, a u odbiorców przekazów audiowizualnych wzmacnia się przekonanie, że spełnienie kryteriów piękna gwarantuje szeroko rozumiany sukces (Wycisk, Ziółkowska 2010). Media przyczyniają się do upowszechniania tego „szczupłego ideału” oraz zawężają preferencje społeczne do wąskiego spektrum kształtów i rozmiarów ciała ludzkiego, odrzucając przy tym normalnie występującą w społeczeństwie różnorodność wyglądków i kształtów (Dunajska i in. 2002).

Bulimia psychiczna to zaburzenie odżywiania charakteryzujące się jedzeniem dużych ilości pokarmów w krótkim okresie, w niekontrolowany sposób, któremu towarzyszą zachowania kompensacyjne, służące uwolnieniu ciała od skutków spożytej energii i nieprzybraniu na wadze (Kreipe, Dukarm 2000). Początki bulimii mogą być związane nie tylko z kontrolowaniem wagi ciała, ale także z innymi wydarzeniami, takimi jak kryzysy w życiu rodzinnym, śmierć kogoś bliskiego, stres egzaminacyjny czy też zmiana pracy (Abraham, Llewellyn-Jones 2004). Bulimia ujawnia się głównie w drugiej fazie adolescencji oraz w stadium wczesnej dorosłości. Schorzenie to zaczyna się między 16 a 18 rokiem życia, zazwyczaj po okresie stosowania restrykcyjnej diety odchudzającej i utraty masy ciała. Jak wskazuje literatura przedmiotu (Pilecki 1999), osoby cierpiące na bulimię jeszcze przed jej wystąpieniem nierzadko ujawniały skłonności do nadmiernego objadania się, a w rezultacie do stosowania różnych diet. Ponadto na długo przed wystąpieniem objawów choroby wykazywały wzmożoną koncentrację na własnym wyglądzie, niezadowolenie z własnej sylwetki i zainteresowanie pokarmami.

Aby można było mówić o bulimii, epizody objadania się wraz z zachowaniami kompensacyjnymi muszą występować przynajmniej dwa razy w tygodniu przez okres co najmniej trzech miesięcy. Do najczęstszych zachowań kompensacyjnych podejmowanych przez chorych z bulimią psychiczną można zaliczyć: prowokowanie wymiotów, stosowanie głódówek, nadużywanie środków przeczyszczających lub moczopędnych, wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych lub stosowanie środków odchudzających. Zachowania kompensacyjne można podzielić na takie, w których efekt jest odczuwalny natychmiast (*fast-acting*), jak prowokowanie wymiotów, oraz takie, w których uzyskanie efektu kompensacji wymaga czasu (*slow-acting*), jak w przypadku ćwiczeń fizycznych, stosowania środków przeczyszczających lub ograniczeń dietetycznych. Napady bulimiczne mogą występować z różną częstotliwością od kilku w tygodniu do kilku dziennie. Także częstotliwość prowokowania

wymiotów jest bardzo różna od kilku w ciągu tygodnia do kilkunastu w ciągu dnia. Stosowanie tak drastycznych metod kontroli wagi ciała prowadzi do bardzo poważnych zaburzeń w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego. Nierzadko nieleczona bulimia kończy się śmiercią na skutek zaburzeń czynności wielu narządów i układów, rozległych infekcji czy samobójstw.

Etiologia choroby jest złożona i wieloczynnikowa. Wśród czynników, które mogą mieć znaczenie dla wystąpienia objawów bulimii psychicznej, wymienia się biologiczne, indywidualne, rodzinne, społeczno-kulturowe, a także precypitujące. Pojawienie się objawów bulimii psychicznej, jak wykazały badania epidemiologiczne, wiąże się z nadwagą lub otyłością, brakiem opieki rodzicielskiej, problemami w rodzinie (niekorzystne kontakty z matkami i starszymi siostrami), uzależnieniem od alkoholu, perfekcjonizmem, skłonnością do kompulsji i niską samooceną. Do grupy czynników precypitujących zalicza się: intensywne odchudzanie, rozpad rodziny, zaburzenia społecznych relacji czy zagrożenie fizycznego bezpieczeństwa (seksualne wykorzystanie, przemoc fizyczna lub psychiczna). Liczne badania wskazują na rodzinne występowanie bulimii psychicznej oraz jej uwarunkowania genetyczne, które ujawniają się pod wpływem rozmaitych czynników środowiskowych (Rabe-Jabłońska i in. 2008/8).

Zaburzenia odżywiania występujące pod postacią jadłowstrętu psychicznego i bulimii psychicznej stanowią poważne ryzyko zdrowotne dla młodych dziewcząt, gdyż prowadzą do znacznego pogorszenia się zdrowia fizycznego oraz zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego, a w skrajnych przypadkach do śmierci. W różnych badaniach (Engelhard i in. 2003, Snekkevik i in 2003) prowadzonych nad SOC i w walce z chorobą zwykle okazuje się, że wyższy poziom SOC wiąże się z efektywniejszym radzeniem sobie z chorobą, lepszym rokowaniem w chorobie, szybszym tempem powrotu do zdrowia, wyższym poziomem zdrowia, wyższym statusem socjoekonomicznym oraz lepszym samopoczuciem psychofizycznym. Na postawę człowieka w walce z chorobą wpływają także inne zmienne, w tym osobowościowe, styl życia czy strategie radzenia sobie ze stresem. Pojawienie się choroby jest rozpoznawane przez człowieka jako zagrożenie, wywołując stres, z którym należy się uporać. W celu zmniejszenia poziomu stresu człowiek podejmuje zarówno działania efektywne, jak i nieefektywne, a tym samym wpływa bezpośrednio lub pośrednio na swój stan zdrowia. Silne poczucie koherencji predysponuje osobę do percepcji bodźców jako mniej stresujących. Warunkuje ono bardziej przystosowawczą ocenę sytuacji trudnej jako wyzwania, a nie zagrożenia czy krzywdy, i implikuje mobilizację zasobów. Silne poczucie koherencji generuje silnie rozwinięte zasoby. Potwierdza to tezę A. Antonovsky'ego (2005), że silnie rozwinięte poczucie koherencji motywuje osobę do działania, aktywności, zostają uruchomione wewnętrzne lub zewnętrzne zasoby, które pozwalają ocenić bodźce napływające ze środowiska: czy należy je ocenić jako pozytywne, czy obciążające mechanizm regulacji, ale o treści wyzwania. Jeżeli w ocenie stresorów dominuje wyzwanie, jednostka mobilizuje swoje umiejętności, aby skutecznie poradzić sobie z problemami. Dzięki temu napięcie

nie przerodzi się w długotrwały stres, co w konsekwencji nie wpłynie negatywnie na zdrowie, natomiast sukces spowoduje rozwój i wzmocnienie zasobów. Zdaniem H. Sęk i I. Ścigały (1997), które w swojej pracy odwoływały się do koncepcji poczucia koherencji i jej elementów składowych, wysokie wskaźniki w każdym z wymienionych komponentów poczucia koherencji powodują, że częściej traktujemy konfrontację stresową czy wydarzenie krytyczne jako wyzwanie. Możemy je wykorzystać jako źródło efektywnej adaptacji lub jako inspirację do osiągnięcia ambitnych celów czy doskonalenia rozwoju osobistego.

Osoby z wysokim poczuciem koherencji częściej stosują styl radzenia sobie polegający na koncentrowaniu się na zadaniu niż na własnych emocjach. Zdaniem A. Antonowsky'ego (2005) osoby z silnym wskaźnikiem poczucia koherencji są predysponowane do reagowania w sytuacjach stresowych emocjami, które są świadomie przeżywane, stanowią bazę motywacji do działania i w większym stopniu wyzwają mechanizmy radzenia sobie. Ze wzrostem wskaźnika poczucia koherencji rośnie wskaźnik „poszukiwania kontaktów społecznych”, a maleje wskaźnik „odwracania uwagi” od problemu. Osoby z niskim wskaźnikiem poczucia koherencji stosują mniej przystosowawcze strategie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Słaby wskaźnik poczucia koherencji sprawia, że są one skłonne reagować emocjami, które paraliżują działanie, co skutkuje uruchomieniem mechanizmów obronnych (Dudek, Koniarek 1996). Wysokie poczucie koherencji sprzyja silnemu poczuciu „Ja” oraz skonsolidowanej tożsamości. Osoby o silnym poczuciu koherencji starają się równoważyć zasady i strategie, informacje zmagazynowane i potencjalne. Wierzą, że nowe informacje można wykorzystać w sposób sensowny. Otaczająca rzeczywistość jako wyzwanie i otwartość na informacje zwrotne nie stanowi dla nich subiektywnego zagrożenia. Osoby o takim poziomie koherencji identyfikują się z grupą, wyznają wspólne wartości, które są gwarantem klimatu spójności. Jednostka o wysokim poziomie koherencji spostrzega świat zewnętrzny, siebie, swoje emocje, potrzeby i postępowanie jako zrozumiałe, uporządkowane, spójne i jasne. Ze spokojem myśli o przyszłości, gdyż jest ona dla niej przewidywalna. Przypuszcza, że raczej poradzi sobie z napotykanymi trudnościami lub uzyska pomoc od innych ludzi. Im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo postrzegania różnorodnych bodźców i sytuacji raczej jako wyzwania, z którym można sobie dobrze poradzić, w które warto inwestować energię, niż jako paraliżującego zagrożenia czy niebezpieczeństwa. Właśnie osoby z silnym poczuciem koherencji w konfrontacji z potencjalnie szkodliwą sytuacją będą bardziej niż te o niskim poziomie koherencji skłonne do określania jej jako takiej, której nie muszą ulegać. Będą więc takie osoby bardziej skuteczne, efektywne w działaniach, których celem jest przeciwstawienie się szkodliwym bodźcom, stresorom (Koniarek i in. 1993/4, s. 494). Badania dowodzą, że silne poczucie koherencji koreluje dodatnio z takimi zmiennymi, jak: pozytywny nastrój, samoocena, satysfakcja z życia, poczucie panowania czy optymizm życiowy, zaś ujemnie z negatywną oceną stresu, depresją, lękiem, obniżonym nastrojem jak też dolegliwościami somatycznymi (Sęk, Ścigała 1997). Reasumując, wysokie



poczucie koherencji wpływa prozdrowotnie na życie i zdolność do odpowiedzi na sytuacje stresowe zarówno u osób zdrowych, jak i chorych. Pozytywne myślenie oraz odpowiednie wykorzystanie zasobów dostępnych danej osobie mobilizuje w sytuacji stresowej, jaką jest choroba przewlekła. Jak wynika z prowadzonych badań, wysoki wynik w zakresie poczucia koherencji pełni funkcję skutecznego bufora chroniącego jednostkę przed negatywnymi dla zdrowia skutkami, mimo oddziaływania wielu stresorów (Heszen-Niejodek 1997).

W dostępnym piśmiennictwie odnaleziono badanie K. Bażyńskiej i wsp. (2002), porównujące poczucie koherencji u osób z zaburzeniami odżywiania, z zaburzeniami psychotycznymi, nerwicami oraz zaburzeniami osobowości. Wynika z nich, że osoby z zaburzeniami odżywiania, z zaburzeniami psychotycznymi oraz z nerwicami i zaburzeniami osobowości nie wykazywały między sobą różnic pod względem poziomu koherencji. Wyjątek stanowiła jedynie składowa sensowności, która była istotnie wyższa w grupie nerwic i zaburzeń osobowości niż w pozostałych dwóch grupach. Również P. Sala i W. Simon (2011) w swoich badaniach nie stwierdzili różnic w natężeniu składowych poczucia koherencji w grupach osób z zaburzeniami odżywiania i z zaburzeniami nerwicowymi. Badane grupy chorych z anoreksją i bulimią psychiczną oraz zaburzeniami nerwicowymi wykazały niski poziom ogólnego poczucia koherencji. Zdaniem autorów brak różnic w natężeniu składowych poczucia koherencji w poszczególnych badanych grupach może oznaczać, że grupy chorych z anoreksją i bulimią psychiczną oraz zaburzeniami nerwicowymi charakteryzują się zbliżonymi wobec siebie zasobami zdrowia, co umożliwia podjęcie efektywnej psychoterapii (poznawczo-behawioralno-społecznej) w warunkach heterogennej społeczności terapeutycznej.

## BADANIA WŁASNE

Przedmiotem analizy empirycznej uczyniono zagadnienia dotyczące poczucia koherencji dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną z wykorzystaniem Kwestionariusza Orientacji Życiowej A. Antonovsky'ego SOC-29 (The Sense of Coherence Questionnaire – SOC) składającego się z 29 pytań, które dotyczą trzech komponentów poczucia koherencji: zrozumiałości, zaradności i sensowności (opis kwestionariusza Orientacji Życiowej można znaleźć w „Przeglądzie Psychologicznym” (Koniarek i in. 1993/4). Zgodnie z pierwotnymi założeniami paradygmatu salutogenicznego i paradygmatu patogenetycznego narzędzie to wykorzystywane było głównie w badaniach psychosomatycznych mających wskazać na psychospołeczne uwarunkowania zachowań prozdrowotnych. Zadaniem badanego jest ocena na 7-punktowej skali trafności każdego ze stwierdzeń w odniesieniu do siebie i swojego życia. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza silne poczucie koherencji. Wynik ogólny obliczany jest przez zsumowanie punktów uzyskanych przez osobę badaną w poszczególnych pozycjach. Liczba pytań testowych jest różna dla każdej ze składowych, stąd wynik minimalny

i maksymalny dla każdej z nich jest inny. Poczucie zrozumiałości reprezentowane jest przez 11 pytań, których maksymalna łączna punktacja to 77 punktów, natomiast minimalna to 11 punktów. Kolejna składowa, poczucie zaradności, reprezentuje 10 pytań ze skalą łącznej punktacji od 10 do 70 punktów. Poczucie sensowności badane jest poprzez 8 pytań, stąd wynik minimalny to 8 punktów, natomiast maksymalny 56 punktów. Maksymalny możliwy do uzyskania w kwestionariuszu wynik to 203 punkty, najniższy to 29 punktów.

Badanie przeprowadzono w dwóch etapach. W pierwszym, korzystając z procedury doboru celowego, przebadano 40 dziewcząt z rozpoznaniem anoreksja (A) oraz 40 dziewcząt z rozpoznaniem bulimia (B), według kryterium DSM-IV, tworzących podstawową grupę badawczą (POD). W drugim etapie zastosowano dobór losowy, kompletując w ten sposób grupę porównawczą (POR) składającą się z 80 dziewcząt bez zaburzeń odżywiania. Przystępując do tego etapu badań ustalono początkowo liczbowe wskaźniki zmiennych osobowych, opierając się na danych uzyskanych w grupie podstawowej, następnie sporządzono oczekiwaną listę dziewcząt bez zaburzeń odżywiania, które spełniały przyjęte kryteria i mogły wziąć udział w badaniach. Badanie miało charakter pilotażowy, przeprowadzone zostało w latach 2010-2012, przed badaniami własnymi dziewcząt z zaburzeniami odżywiania.

## WYNIKI BADAŃ

Opis poczucia koherencji dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną stał się możliwy dzięki analizie ilościowej i jakościowej wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Orientacji Życiowej (SOC-29), opracowanym przez A. Antonovsky'ego. W ocenie poczucia koherencji (SOC) uwzględniono trzy elementy składowe: zrozumiałość (ZROZ); zaradność (ZAR); sensowność (SENS). Prowadząc analizę ilościową dla uzyskanego wyniku ogólnego poczucia koherencji oraz wyników w poszczególnych skalach/komponentach, obliczono średnie i odchylenia standardowe w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania (POD – grupa podstawowa) i w grupie dziewcząt bez zaburzeń odżywiania (POR – grupa porównawcza) oraz w podgrupach dziewcząt zróżnicowanych ze względu na postać zaburzeń odżywiania (A – anoreksja, B – bulimia). Następnie analizując różnice w uzyskanych wynikach między wyodrębnionymi grupami i podgrupami zastosowano test istotności różnic t-Studenta. Rezultat analiz ilościowych prezentują tabela 1 i 2.

Tabela 1. Poczucie koherencji w grupach dziewcząt: z zaburzeniami odżywiania (POD), bez zaburzeń odżywiania (POR) (źródło: opracowanie własne)

Grupa Skala	POD		POR		t°	p
	M	SD	M	SD		
ZROZ	34,97	8,62	39,57	9,27	-3,250	0,001*
ZAR	33,06	8,63	45,14	6,67	-9,881	0,000*
SENS	26,61	8,33	40,06	6,76	-11,176	0,000*
SOC	94,41	21,17	124,72	18,07	-9,682	0,000*

ZROZ – zrozumiałość, ZAR – zaradność, SENS – sensowność, SOC - ogólne poczucie koherencji.

Z uzyskanych danych liczbowych wynika, że we wszystkich komponentach poczucia koherencji dziewcząt z zaburzeniami odżywiania były średnio niższe od analogicznych uzyskanych przez dziewczęta w grupie porównawczej (tabela 1). Można zatem mówić o występowaniu zależności pomiędzy poznawczymi i emocjonalno-motywacyjnymi skalami poczucia koherencji a zaburzeniami odżywiania. Dziewczęta z zaburzeniami odżywiania w odmienny sposób niż dziewczęta z grupy porównawczej spostrzegają napływające bodźce, a także oceniają, czy mają do swojej dyspozycji odpowiednie zasoby wewnętrzne jak i zewnętrzne, które pozwolą im sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce.

Porównując poziomy poczucia zrozumiałości u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania i bez zaburzeń odżywiania, stwierdzono różnicowanie na poziomie statystycznej istotności ( $p < 0,001$ ). Średnia dziewcząt z grupy podstawowej jest niższa ( $M = 34,97$ ) niż w grupie porównawczej ( $M = 39,57$ ). Oznacza to, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania spostrzegają napływające do nich bodźce wewnętrzne jak i zewnętrzne w sposób niewystarczająco uporządkowany i ustrukturalizowany, by móc przewidywać zdarzenia, wyjaśniać je i nadawać im sens poznawczy. Doświadczenia życiowe interpretowane są przez nie jako trudne czy wręcz niemożliwe do pokonania, zgoła odmiennie niż przez dziewczęta z grupy porównawczej.

Poczucie zaradności to kolejny komponent różnicujący dziewczęta z grupy podstawowej i z grupy porównawczej ( $p < 0,000$ ). Średnia w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania jest zdecydowanie niższa ( $M = 33,06$ ) od średniej w grupie dziewcząt bez zaburzeń odżywiania ( $M = 45,14$ ). Występuje zatem zależność pomiędzy poczuciem zaradności a zaburzeniami odżywiania. Dziewczęta z zaburzeniami odżywiania nie są świadome posiadanych środków czy zasobów zarówno tych, którymi same dysponują, jak i tych, którymi dysponują inni, oraz nie potrafią ich wykorzystywać do przeciwstawienia się napotykanym problemom. Nie radzą sobie z niesprzyjającymi okolicznościami i wymaganiami życia, a tym samym nie są w stanie aktywnie wpływać na sytuację, w której się znajdują. Dziewczęta z grupy porównawczej oceniają dostępne zasoby wewnętrzne jak i zewnętrzne jako wystarczające, by poradzić sobie z wymaganiami każdej sytuacji i osiągnąć zamierzone cele.

Zróznicowanie na poziomie statystycznej istotności ( $p < 0,000$ ) stwierdzono porównując poziomy poczucia sensowności u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania i bez zaburzeń odżywiania. Średnia dziewcząt z grupy podstawowej jest zdecydowanie niższa ( $M = 26,61$ ) od średniej w grupie porównawczej ( $M = 40,06$ ). Należy zatem stwierdzić, że zaburzenia odżywiania decydują o wielkości analizowanej zmiennej. Poczucie sensowności w znacznej mierze warunkuje poziom ogólnego poczucia koherencji. Niższe poczucie sensowności dziewcząt z zaburzeniami odżywiania wskazuje na brak poczucia sensu życia, a także motywacji do działania, stawiania czoła problemom i radzenia sobie z nimi. Zadania życiowe interpretowane są przez nie jako zagrożenia, a nie wyzwania, którym warto poświęcić swój czas i podjąć wysiłek czy walkę o osiągnięcie celu. Dziewczęta z grupy porównawczej wykazują wyraźnie większą wiarę w sens własnych działań, wolę istnienia i kształtowania losu. Wyrażają przekonanie, że warto i należy podejmować wysiłki, a wymagania sytuacji, mimo że niełatwe, są sensowne i warte zaangażowania.

Grupa dziewcząt z zaburzeniami odżywiania uzyskała w porównaniu z grupą dziewcząt bez zaburzeń odżywiania istotnie niższy statystycznie ( $p < 0,000$ ) poziom ogólnego poczucia koherencji. Średnie uzyskane przez dziewczęta z grupy podstawowej są znacząco niższe ( $M = 94,41$ ) niż w grupie porównawczej ( $124,72$ ). Poczucie koherencji to system przekonań o sobie, świecie i wzajemnych relacjach, który zapobiega przekształceniu się napięcia, będącego stałym towarzyszem naszego życia, w szkodliwy dla zdrowia stres. Zatem niższy SOC u dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną sprzyja przekształcaniu się napięcia emocjonalnego w stan stresu oraz zaostrza szkodliwe fizjologiczne skutki napięcia psychicznego wywołanego przez sytuacje trudne. Dziewczęta z zaburzeniami odżywiania oceniają napływające stresory w kategoriach straty bądź krzywdy, a nie wyzwania, co implikuje mniej przystosowawczą ocenę sytuacji trudnej i nie sprzyja mobilizacji środków czy zasobów, którymi dysponuje jednostka. Zatem niższe poczucie koherencji dziewcząt z zaburzeniami odżywiania utrudnia ich adaptację życiową.

Wyższy SOC u dziewcząt z grupy porównawczej wskazuje na bardziej przystosowawcze strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych, polegające na koncentrowaniu się na zadaniu, a nie wyłącznie na nieuświadomionych emocjach, które nierzadko paraliżują działanie i uruchamiają mechanizmy obronne. Dziewczęta z grupy porównawczej w sytuacjach stresowych bardziej świadomie doświadczają emocji i uczuć, co stanowi bazę motywacyjną do działania i w większym stopniu sprzyja wyzwalaniu konstruktywnych i realistycznych strategii radzenia sobie z problemami.

Tabela 2. Poczucie koherencji w grupach dziewcząt: z anoreksją (A), bulimią (B)  
(źródło: opracowanie własne)

Grupa Skala	A		B		t°	p
	M	SD	M	SD		
ZROZ	35,50	7,43	34,45	9,73	0,54	0,589
ZAR	34,97	7,05	31,20	9,66	1,98	0,051~
SENS	26,33	9,64	26,90	6,89	-0,31	0,760
SOC	96,31	18,26	92,55	23,75	0,79	0,434

ZROZ – zrozumiałość, ZAR – zaradność, SENS – sensowność, SOC - ogólne poczucie koherencji.

Badania nie wykazały występowania istotnych różnic w podgrupach dziewcząt z anoreksją i bulimią w zakresie poczucia koherencji i jej elementów składowych. (tabela 2). Jedynie w poczuciu zaradności widoczna jest zależność na poziomie zbliżonym do istotnego ( $p < 0,051 \sim$ ). Średnie otrzymane w grupie dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym są istotnie większe ( $M = 34,97$ ) od średnich uzyskanych w grupie dziewcząt z bulimią ( $M = 31,20$ ). Mimo że komponent poczucie zaradności nie różnicuje osób badanych, to na podstawie wyników średnich można stwierdzić, że dziewczęta z anoreksją w przeciwieństwie do dziewcząt z bulimią wykazują większe zdolności do oceny zasobów niezbędnych dla satysfakcjonującego poradzenia sobie z wymogami codziennych sytuacji życiowych i spostrzegania wydarzeń życiowych jako takich, którym można zaradzić.

Dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym wykazały nieznaczną tendencję do podwyższonego poziomu poczucia zrozumiałości. Niższa średnia dziewcząt z bulimią ( $M = 34,45$ ) w porównaniu z dziewczętami z anoreksją ( $M = 35,50$ ) wskazuje, że spostrzegają one rzeczywistość jako mało spójną i trudną do wyjaśnienia, a napływające bodźce interpretują jako zagrożenie lub niebezpieczeństwo, z którymi nie potrafią sobie poradzić. Dziewczęta z bulimią posiadają mniejszą zdolność do właściwej oceny rzeczywistości, mają wrażenie, że otoczenie ich nie rozumie i nie rozumie ich problemów. Ludzie, z którymi kontaktują się na co dzień, wydają im się obcy, a relacje z nimi obojętne, a nawet chłodne.

Z analizy porównań wewnątrzgrupowych wynika, że dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym nie różnią się od dziewcząt z bulimią w zakresie poczucia sensowności (tabela 2), co oznacza, że charakteryzują się zbliżonymi aspektami emocjonalno-motywacyjnymi, to jest poczuciem, że warto i należy podejmować wysiłki które, mimo że często trudne, są sensowne i warte zaangażowania. Zatem postać zaburzeń odżywiania nie decyduje o stopniu nasilenia analizowanego komponentu poczucia koherencji.

Wyniki SOC uzyskane przez dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym i bulimią nie różnią się między sobą na poziomie istotności statystycznej ( $p < 0,434$ ). Dziewczęta z anoreksją wykazały nieznaczną tendencję do podwyższonego poziomu poczucia koherencji, albowiem uzyskana przez nie średnia jest wyższa ( $M = 96,31$ )

od średniej dziewcząt z bulimią ( $M=92,55$ ). Słabsze poczucie koherencji dziewcząt z bulimią predysponuje je do percepcji bodźców jako bardziej stresujących, co warunkuje mniej przystosowawczą ocenę sytuacji trudnej i skłania do oceny w kategoriach zagrożenia i straty, a nie wyzwania. Niższe poczucie koherencji sprzyja zdaniem A. Antonovsky'ego (2005) dezorganizacji i zmniejsza zdolność powrotu do zdrowia.

## DYSKUSJA WYNIKÓW

Ważnym wyznacznikiem pozycji człowieka na kontinuum zdrowie–choroba jest zmienna, którą A. Antonovsky (2005) nazwał poczuciem koherencji. Poczucie koherencji jest to złożona struktura poznawczo-emocjonalna, której składnikiem osiowym jest przekonanie o zrozumiałości świata, a także własnych możliwościach sprostania jego wymaganiom. Poczucie koherencji ma decydujący wpływ na przebieg jak i radzenie sobie z chorobą oraz proces leczenia.

Badania wykazały, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania mają zdecydowanie niższe poczucie koherencji (SOC) oraz jej składowych. Cechują się słabym poczuciem zaradności, zrozumiałości i sensowności. Nie potrafią sprostać różnym trudnościom i wymogom kierowanym w stosunku do nich ze strony otoczenia, a bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego jak i zewnętrznego spostrzegają jako losowe, niewytłumaczalne i chaotyczne. Towarzyszy im przy tym poczucie, że życie nie ma sensu i znaczenia, a wymagania przez nie stawiane są dla nich tylko obciążeniami.

Niskie poczucie koherencji dziewcząt z zaburzeniami odżywiania nie sprzyja organizowaniu i wykorzystywaniu adekwatnych w sytuacji choroby zasobów odpornościowych. Zdaniem A. Antonovsky'ego (2005) osoby z niskim poziomem koherencji są skłonne do reagowania w sytuacjach trudnych emocjami, które paraliżują działanie i prowadzą do uruchomienia mechanizmów obronnych. Im niższe ogólne SOC, tym częściej uruchamiane są mechanizmy obronne (np. unikowe reakcje stresowe) zniekształcające obiektywny i prawdziwy odbiór rzeczywistości oraz doświadczane negatywne emocje (tj. lęk, wściekłość czy zawstydzenie), prowadzące do nasilenia takich postaw w wymiarze dystansu, jak obojętność, obcość, fasadowość, oziębłość uczuciowa, niechęć oraz skrupowanie. Niski poziom koherencji predysponuje dziewczęta z zaburzeniami odżywiania do percepcji bodźców jako silnie stresujących, co warunkuje mniej przystosowawcze strategie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, polegające na koncentrowaniu się na własnych emocjach oraz ocenie sytuacji trudnej jako zagrożenia i straty.

Badania T. Pasikowskiego (2000) wykazały że osoby z silnym poczuciem koherencji oceniają wydarzenia życiowe i bodźce zewnętrzne jako mniej stresowe. Nawet jeśli człowiek oceni stresory jako obciążające, to ludzie z silnym poczuciem koherencji mają skłonność do oceniania stresorów jako wyzwań, które motywują do myślenia

i działania w odróżnieniu od tych z niskim SOC, u których stres działa przeciwko nim. Osoby takie tracą zapał działania, nie wierzą w siebie, obniża się ich poczucie wartości. Stres odbiera im spokój i zdrowie. Osoby z niskim poczuciem koherencji wykazują mniejszą gotowość do poszukiwania i wykorzystywania dostępnych im zasobów wewnętrznych i zewnętrznych w radzeniu sobie z chorobą (Sheridan, Radmacher 1998).

Niskie poczucie zrozumiałości dziewcząt z zaburzeniami odżywiania oznacza, że spostrzegają one świat jako mniej uporządkowany, nie potrafią skategoryzować i wyjaśnić napływających do nich informacji, przewidywać zdarzeń i nadawać im sens poznawczy. Doświadczenia życiowe interpretują jako trudne do pokonania, a napływające bodźce jako zagrożenie lub niebezpieczeństwo, z którymi nie potrafią sobie poradzić.

Z kolei niskie poczucie zaradności dziewcząt z zaburzeniami odżywiania nie sprzyja radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. Dostępne zasoby wewnętrzne jak i zewnętrzne są oceniane przez nie jako niewystarczające, by sprostać wymogom stawianym przez napływające bodźce. Środki będące w dyspozycji przyjaciół, rodziny czy instytucji nierzadko zawodzą. Badane czują, że nie mają na kogo liczyć czy do kogo zwrócić się o pomoc. Nierzadko brakuje w ich otoczeniu osób, które pomogłyby im zmienić sytuację na lepszą. Osoby te niejednokrotnie doświadczają bezradności w obliczu trudnych sytuacji, jakie napotykać w ważnych dla nich dziedzinach życia, nie potrafią wpływać na zdarzenia, z którymi się stykają, oraz nierzadko mają poczucie, że są niesprawiedliwie traktowane. Często towarzyszy im niskie poczucie własnej wartości, bezsilność jak też poczucie krzywdy, wstydu i winy, nad którym nie potrafią zapanować.

Pośród składowych poczucia koherencji dziewcząt z zaburzeniami odżywiania sensowność osiągnęła wartość najniższą. Składnik ten odnosi się do stopnia, w jakim jednostka czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego; że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Sensowność wyraża emocjonalno-motywacyjną stronę poczucia koherencji. Wysokie poczucie sensowności mobilizuje osoby do podejmowania walki z trudnościami, do lepszego zrozumienia problemu, a także do znalezienia skutecznego i efektywnego sposobu rozwiązania go. Znacząco niższe poczucie sensowności dziewcząt z zaburzeniami odżywiania wskazuje na brak woli życia, co wyraża się w przekonaniu, że nie warto angażować się i inwestować energii w swoje życie, poświęcać swojego czasu i podejmować wysiłków czy walki na rzecz osiągnięcia wyznaczonego celu. Zadania życiowe interpretowane są przez nie jako zagrożenia, a wymagania przez nie stawiane stają się nadmiernymi obciążeniem, których wolałyby uniknąć. Zdaniem A. Antonovsky'ego (2005) wśród trzech składowych poczucia koherencji poziom sensowności odgrywa najważniejszą rolę. Brak bowiem motywacji do działania i podejmowania wyzwań nie sprzyja trwałości poczucia zrozumiałości i zaradności. Zatem poczucie sensowności w znacznej mierze warunkuje poziom ogólnego poczucia koherencji. W opinii A. Antonovsky'ego

(2005) nieangażowanie emocji i motywacji nawet przy dobrej orientacji człowieka i dostępie do zasobów może spowodować spadek SOC. Uzyskane przeze mnie wyniki badań wskazują więc na potrzebę zastosowania różnych technik motywacyjnych w celu podwyższenia poziomu sensowności dziewcząt z zaburzeniami odżywiania i utrzymania ich poczucia koherencji na wyższym poziomie. Silnie rozwinięte poczucie koherencji mobilizuje bowiem człowieka do aktywności, wówczas zostają uruchomione zasoby lub schematy poznawcze i kompetencje, dzięki którym można ograniczyć działanie stresorów albo odbierać je jako bodźce pozytywne i wyzwanie do działania. Zdaniem A. Antonovsky'ego (2005) gdy w ocenie stresorów dominuje wyzwanie, następuje mobilizacja posiadanych umiejętności, dzięki którym człowiek potrafi skuteczniej radzić sobie z wymaganiami życia. Wskutek tego napięcie nie przeradza się w chroniczny stres i negatywne konsekwencje zdrowotne, poczucie sukcesu wpływa natomiast zwrotnie na urealnienie i rozwój zasobów oraz umocnienie poczucia koherencji.

Badania H. Sęk i I. Ścigały (1996) wykazały, że im wyższe poczucie koherencji tworzone przez trzy elementy: zrozumiałość, zaradność i sensowność, tym większe prawdopodobieństwo dobrego stanu zdrowia, które jest związane z adekwatnym do sytuacji sposobem radzenia sobie z problemami i podejmowaniem przez osobę zachowań prozdrowotnych. Zdaniem Kurowskiej (2005) wykorzystanie SOC najefektywniejsze może być tam, gdzie zachorowanie, a następnie rozwój choroby zależy głównie od niewłaściwych zachowań zdrowotnych. Według badaczki zasadniczym elementem leczenia jest prowadzenie edukacji zdrowotnej w celu podwyższenia poziomu poczucia koherencji, albowiem wysokie SOC oddziałuje bezpośrednio i za pomocą wzbudzonych zasobów zarówno na przebieg, jak i radzenie sobie z chorobą oraz proces leczenia.

W badaniu nie stwierdzono różnic w natężeniu składowych poczucia koherencji w podgrupach dziewcząt z zaburzeniami odżywiania, co oznacza, że dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym i bulimią charakteryzowały się zbliżonymi zasobami odpornościowymi, na które składają się poznawczo-emocjonalne właściwości jednostki, oraz adaptacją życiową. Do takich samych wniosków doszli w swoich badaniach P. Sala i W. Simon (2011). Zdaniem autorów zbliżone wobec siebie zasoby zdrowia osób z zaburzeniami odżywiania umożliwiają podjęcie efektywnej psychoterapii (poznawczo-behawioralno-społecznej) w warunkach heterogenicznej społeczności terapeutycznej.

## ZAKOŃCZENIE

1. Dziewczęta z zaburzeniami odżywiania charakteryzowały się niskim ogólnym poczuciem koherencji, a także niskim poczuciem zaradności, zrozumiałości i sensowności.



2. Niskie poczucie koherencji dziewcząt z zaburzeniami odżywiania nie sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, a tym samym może powodować pogorszenie stanu zdrowia i utrudniać proces leczenia.
3. Najniższą wartość u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania miało poczucie sensowności, motywacyjny składnik poczucia koherencji, związany z poczuciem wartości życia. Potwierdzenie tych wyników wymaga zdaniem autora badania analizy tej zmiennej na większej populacji chorych.
4. Poziom poczucia koherencji jak i jego składowe nie różnicowały dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i bulimią, co wskazuje na zbliżone zasoby odpornościowe i możliwości adaptacyjne.
5. Określenie poziomu poczucia koherencji i jego elementów składowych wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia profilaktyki i leczenia dziewcząt z zaburzeniami odżywiania.

## LITERATURA

- Abraham S., Llevelyn-Jones D. (2004). *Bulimia i anoreksja. Zaburzenia odżywiania*. Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Antonovsky A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Bażyńska K., Bronowska Z., Namysłowska I., Zachowski C. (2002). *Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów psychiatrycznych oddziału młodzieżowego*, „Psychiatria Polska”, 36,1, 121–131.
- Brytek-Matera A. (2008). *Obraz ciała-obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Difin, Warszawa.
- Cieciuch J. (2010). *Nadzieja jako moderator związku poczucia koherencji z preferencjami wartości*. „Kwartalnik Naukowy”, 2, 2, 25–38.
- Dolińska-Zygmunt Z. (1996). *Elementy psychologii zdrowia*. Wydaw. Uniw. Wrocławskiego, Wrocław.
- Dudek B., Koniarek L. (1996). *Poczucie koherencji a postrzeganie relacji między warunkami pracy, stresem i samooceną stanu zdrowia*. „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1, 22, 65-74.
- Dunajska A., Sobieszańska S., Rabe-Jabłońska J. (2002). *Psychoterapia pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Podstawy teoretyczne, cele, metody*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży”, 1, 2, 154–167.
- Engelhard I.M, van den Hout M.A., Vlaeyen J.W. (2003). *The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study*. *Behav. Med.* 29, 80–84.
- Heszen-Niejodek I. (1997). *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jablow M. M. (1993). *Na bakier z jedzeniem*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993). *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC)* A. Antonovsky`ego, „Przegląd Psychologiczny”, XXXVI, 4, 491–502.
- Kowalczyk M. (2008). *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. „Impuls”, Kraków.
- Kreipe R. E., Dukarm C. P. (2000). *Zaburzenia łaknienia u młodzieży i starszych dzieci*. „Pediatria po Dyplomie”, 4/3, 11–27.
- Kurowska K. (2005). *Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych przewlekłe chorych*. „Zdrowie Publiczne”, 5, 385–390.
- Minuchin S., Rosman B., Baker L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in Context*. Harvard University Press, Cambridge.
- Popielarska M., Suffczyńska-Kotowska M. (2000). *Zaburzenia w odżywianiu się*. W: A. Popielarska, M. Popielarska (red.) *Psychiatria wieku rozwojowego*. Wydaw. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Selvini-Palazzoli M. (1978). *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Jason Aronson, New York.
- Pasikowski T. (2000). *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Rabe-Jabłońska J., Pawełczyk T., Żechowski C., Jarema M. (2008). *Standardy leczenia zaburzeń odżywiania*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 8, 1, 20–40.
- Rajewski A. (2003). *Zaburzenia odżywiania się*. „Przewodnik Lekarza”, 6, 110–115.
- Sala P., Simon W. (2011). *Nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych oraz poczucia koherencji u chorych z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 20,3, 185–191.
- Sęk H., Ścigała I. (1996). *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym*. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.) *Człowiek w sytuacji stresu*. Wydawnictwo UŚ, Katowice.
- Sęk H. (2001). *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji* W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.) *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Sheridan ChL, Radmacher SA (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Wydawnictwo Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Snekkevik H., Anke A.G., Stanghelle J.K., Fugl-Meyer A.R. (2003). *Is sense of coherence stable after multiple trauma?* Clin. Rehabil., 17, 443–453.
- Starzomska M. (2006). *Anoreksja. Trudne pytania*. Impuls Oficyna Wydawnicza, Kraków.
- Tokarski J. (1980). *Słownik wyrazów obcych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Tomaszewicz-Libudziec C., Jagielska G., Komender J. (2000). *Ostre powikłania somatyczne w przebiegu jadłowstrętu psychicznego*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 2, 1, 6–18.
- Woronowicz T. B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Wydaw. Edukacyjne PARNAMEDIA, Warszawa.
- Wycisk J., Ziółkowska B. (2010). *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samoszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Difin SA, Warszawa.

## THE SENSE OF COHERENCE OF WOMEN WITH ANOREXIA AND BULIMIA

**Abstract:** The main aim of researches was designation the level of sense of coherence (SOC) of women with anorexia and bulimia, by using Questionnaire of Life Orientated A. Antonovsky SOC – 29 (The Sense of Coherence Questionnaire – SOC). This scale consist with 29 position and give the possibility to estimate sense of coherence and its three components: understanding, resourcefulness and sensibility. The analyses was made by group of 40 women with anorexia, 40 women with bulimia (DSM – IV criteria) and 40 women without any bad eating habits. Women with bad eating habits have a lover sense of coherence (SOC) and its components, which is not good for pro-health behaviors and can made worst health and disturb the process of treatment. The lover value in the group of women with bad eating habits gets sensibility, which shows emotional and motivational part of sense of coherence. There are not any differences in components of sense of coherence between women with anorexia and bulimia, which shows that all women from this groups have similar resources in area of resistance and adaptation capability.

**Key words:** sense of coherence, anorexia, bulimia.