

Anna Brytek

Depresja, lęk i strategie radzenia sobie ze stresem w bulimii psychicznej

Depression, anxiety and coping styles in bulimia nervosa

Laboratoire de Psychologie de la Santé de l'Université Paul Verlaine – Metz, Ile du Saulcy, 57045 Metz Cedex 1, France
Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice
Correspondence to: Anna Brytek, ul. Gdańska 20/65, 40-719 Katowice, tel.: 0 504 316 055, e-mail: abrytek@us.edu.pl
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Celem przeprowadzonych badań była próba oceny nasilenia objawów depresji i lęku oraz strategii radzenia sobie ze stresem u pacjentek z bulimią psychiczną narodowości polskiej i francuskiej. Badaniami objęto 30 dziewcząt narodowości polskiej i 14 dziewcząt narodowości francuskiej, chorujących na bulimię psychiczną, oraz grupę kontrolną obejmującą 30 polskich i 17 francuskich, losowo wybranych studentek. Średnia wieku badanych pacjentek z bulimią wynosiła 21,2 roku u Polek i 22,9 roku u Francuzek. W badaniach wykorzystano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS) Zigmunda i Snaitha oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem, Brief COPE, Carvera. Dziewczeta z bulimią psychiczną narodowości polskiej mają istotnie wyższy poziom depresji ($p \leq 0,05$) i lęku ($p \leq 0,01$) w porównaniu ze zdrowymi studentkami. Również u pacjentek francuskich w porównaniu z grupą kontrolną odnotowuje się wyższy poziom depresji ($p \leq 0,05$) i lęku ($p \leq 0,05$). Wyniki badań ujawniły występowanie znaczących różnic w strategiach radzenia sobie ze stresem między grupami eksperymentalnymi i kontrolnymi. W grupie polskiej strategie te dotyczyły: aktywnego radzenia sobie ze stresem, planowania, dezorganizacji zachowania, wycofania, pozytywnej reinterpretacji, poczucia humoru, zaprzeczania i stosowania substancji psychoaktywnych. W grupie francuskiej natomiast do strategii tych należały: aktywne radzenie sobie ze stresem oraz dezorganizacja zachowania. Wyniki Brief COPE wskazują ponadto, że dziewczeta z bulimią narodowości polskiej używają mniej strategii radzenia sobie ze stresem bazujących na pozytywnej reinterpretacji, poczuciu humoru i akceptacji aniżeli pacjentki francuskie. Badane Polki osiągnęły z kolei wyższe wyniki w strategiach skupiających się na używaniu substancji psychoaktywnych.

Słowa kluczowe: depresja, lęk, strategie radzenia sobie ze stresem, bulimia psychiczna, populacja żeńska

Summary

The aim of our study was to assess the severity of symptoms of depression and anxiety and use of stress-management strategies in Polish and French patients with bulimia nervosa. The study included 30 Polish girls and 14 French girls afflicted by bulimia nervosa and a control group including 30 Polish and 17 French randomly selected female students. Mean age of Polish and French patients with bulimia was 21.2 years and 22.9 years, respectively. We used the Zigmund and Snaith Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Carver Brief COPE questionnaire. Polish girls with bulimia nervosa demonstrate a significantly higher level of depression ($p \leq 0.05$) and anxiety ($p \leq 0.01$) as compared with healthy students. Also in French patients present a significantly higher level of depression ($p \leq 0.05$) and anxiety ($p \leq 0.05$) as compared with the control group. The results of our study revealed significant differences in stress-management strategies between experimental and control groups. In the Polish group, coping strategies were related to active stress relief, planning, behav-

our disorganization, withdrawal, positive re-interpretation, sense of humour, negation and use of psychoactive substances. In the French group, coping strategies included: active stress relief and behaviour disorganization. Furthermore, the results of Brief COPE test indicate that Polish girls with bulimia nervosa resort significantly less to coping strategies based on positive reinterpretation, sense of humour and acceptance than French patients. Polish girls scored higher in coping strategies focusing on the use of psychoactive substances.

Key words: depression, anxiety, coping strategy, bulimia nervosa, female population

WPROWADZENIE

W literaturze przedmiotu objawy depresyjne i lękowe są często podejmowanym tematem. Następnym występowaniem omawianych zaburzeń w odniesieniu do bulimii psychicznej pozostaje dyskusyjne. Zdaniem niektórych autorów zaburzenia lękowe poprzedzają początek jadłowstrętu i bulimii psychicznej⁽¹⁾, zaś rolą zaburzeń odżywiania jest obniżenie zaburzeń lękowych⁽²⁾. Inni autorzy⁽³⁾ uważają, że zaburzenia depresyjne i lękowe rozwijają się wtórnie do zaburzeń odżywiania. Niemniej jednak zaburzenia odżywiania mogą także współistnieć z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi (występowanie depresji u chorych z bulimią oraz występowanie zaburzeń odżywiania u osób z depresją).

Przyjęty w literaturze angielskiej termin *coping* („radzenie sobie”) Lazarus i Folkman⁽⁴⁾ definiują jako „poznawcze lub behawioralne wysiłki jednostki skierowane na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające bądź przekraczające możliwości człowieka”. W zależności od odpowiedzi jednostki na sytuację stresową istnieją: (a) strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na emocjach (*emotion-focused coping*), czyli na odpowiedziach zorientowanych na reakcje emocjonalne (w kierunku stanu wewnętrznego osoby), bądź (b) skoncentrowane na problemie (*problem-focused coping*), czyli na odpowiedziach skierowanych na samo wydarzenie (uporanie się z problemem – źródłem stresu). Endler i Parker⁽⁵⁾ wyróżniają dodatkowo strategie skoncentrowane na unikaniu (*avoidance-focused coping*), które wyrażają się w tendencji do skupiania się na czynnościach zastępczych i tym samym powodują unikanie myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej.

Strategie radzenia sobie ze stresem są skuteczne wówczas, gdy pozwalają człowiekowi zapanować nad sytuacją dyskomfortową lub zmniejszyć jej wpływ na samopoczucie psychiczne i fizyczne⁽⁶⁾. Wyniki badań przeprowadzonych przez García-Grau i wsp.⁽⁷⁾ wykazały, że strategie skierowane na unikanie problemu predysponują do rozwoju zaburzeń odżywiania. Według Koffa i Sangani⁽⁸⁾ strategie radzenia sobie ze stresem bazujące na odpowiedziach zorientowanych na reakcje emocjonalne powinny być traktowane jako czynnik ryzyka powstawania tych zaburzeń.

INTRODUCTION

Depression- and anxiety-related symptoms are frequently undertaken in the literature devoted to the subject. Sequels of development of these disorders in the setting of bulimia nervosa are still a matter of debate. In some authors' opinion, anxiety disorders may precede the appearance of both anorexia and bulimia nervosa⁽¹⁾, while the role nutrition disorders may consist in alleviating anxiety⁽²⁾. Others⁽³⁾ conclude that depression and anxiety may develop as a consequence of nutrition disorders. Nevertheless, nutrition disorders may coexist with depression and anxiety (i.e. depression may exist in bulimic patients and nutrition disorders may be present in depressive persons).

The term “to cope” widely adopted in English literature is defined by Lazarus and Folkman⁽⁴⁾ as “cognitive and behavioural effort of an individual directed at specific external and/or internal demands, which are considered as burdensome or exceeding his/her adaptation capacity”. Depending on the individual's strategy of response to stress situation, there are: a) emotion-focused coping strategies, or responses directed at emotional reaction (within internal state of the person) or b) problem-focused coping strategies, or responses aiming at solving the problem – the source of stress. Endler and Parker⁽⁵⁾ distinguish also avoidance-focused coping strategies, consisting in a tendency to focus on substitute activities, which allow to avoid thinking, processing and experiencing stressful situations.

Coping strategies are effective only if they enable an individual to control a discomfort-generating situation or to reduce its influence on mental and physical well-being⁽⁶⁾. Results of studies performed by García-Grau et al.⁽⁷⁾ indicate that avoidance-focused strategies predispose to the development of nutrition disorders. According to Koff and Sangani⁽⁸⁾, coping strategies focused on emotion-oriented responses should be considered as a risk factor for these disorders.

AIM OF PAPER

The aim of our study was to assess the severity of depression and anxiety, as well as to determine coping strategies in Polish and French patients with bulimia nervosa. The following research questions were posed: a) are there

CEL PRACY

Celem przeprowadzonych badań była ocena nasilenia objawów depresji i lęku oraz strategii radzenia sobie ze stresem u pacjentek z bulimią psychiczną narodowości polskiej i francuskiej. W pracy postawiono następujące pytania badawcze: (a) czy istnieją różnice w zakresie objawów depresji i lęku oraz strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób z bulimią psychiczną odmiennej narodowości i czy wyniki te różnią się od wyników zdrowej populacji oraz (b) czy dziewczęta z bulimią psychiczną stosują więcej strategii radzenia sobie ze stresem opartych na emocjach niż grupa kontrolna?

MATERIAŁ I METODYKA

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH GRUP

W badaniach wzięło udział 30 dziewcząt narodowości polskiej i 14 dziewcząt narodowości francuskiej z rozpoznaniem żarłoczości psychicznej (*bulimia nervosa*) według kryteriów ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision)⁽⁹⁾. Grupa kontrolna obejmowała 30 polskich i 17 francuskich, losowo wybranych studentek. Średnia wieku badanych pacjentek z bulimią psychiczną w grupie polskiej wynosiła 21,2 (SD±2,3) roku, zaś w grupie francuskiej 22,9 (SD±8,6) roku. Czas trwania choroby u badanych Polek wynosił 31,2 miesiąca (SD±14,3), u Francuzek – 52,4 (SD±53,5) miesiąca. Średnia wskaźnika wagowo-wzrostowego (BMI) u dziewcząt narodowości polskiej przyjęła wartość 21,0 (SD±1,2), a u dziewcząt narodowości francuskiej 24,7 (SD±4,2).

W grupach kontrolnych średnia wieku to 21,1 (SD±2,3) roku u studentek polskich i 22,6 (SD±1,3) roku u studentek francuskich. Średnia wartość BMI wyniosła 21,1 (SD±2,7) w grupie polskiej i 21,3 (SD±2,5) w grupie francuskiej.

Francuska grupa dziewcząt z bulimią psychiczną charakteryzowała się znamienne wyższą wartością BMI ($p \leq 0,001$), a także znamienne wyższym czasem trwania choroby ($p \leq 0,05$) w stosunku do chorych narodowości polskiej. Posiadała także znamienne wyższy wskaźnik wagowo-wzrostowy ($p \leq 0,001$) niż grupa kontrolna.

METODY BADAŃ

Nasilenie objawów lęku i depresji oceniano za pomocą Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) opracowanej przez Zigmonda i Snaitha⁽¹⁰⁾, zawierającej odrębną punktację dla lęku (HADS-A) i depresji (HADS-D).

Do oceny strategii radzenia sobie ze stresem zastosowano wersję sytuacyjną Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem, Brief COPE, Carvera (we francuskiej ada-

any differences in symptoms of depression and anxiety and in coping strategies in groups of persons with bulimia nervosa of different nationality and whether these differ from the results obtained in healthy population? and b) do girls with bulimia nervosa implement more emotion-focused coping strategies than the control group?

MATERIAL AND METHOD

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE STUDY GROUPS

The study included 30 Polish girls and 14 French girls with a diagnosis of bulimia nervosa, according to the ICD-10 criteria⁽⁹⁾. The control group consisted of 30 Polish and 17 French randomly selected female students. The mean age of bulimic girls in the Polish group was 21.2 years (SD±2.3) and in the French group 22.9 years (SD±8.6). Mean duration of disease in Polish girls was 31.2 months (SD±14.3) and 52.4 months (SD±53.5) in French girls. Mean body-mass index (BMI) value was 21.0 (SD±1.2) in Polish girls and 24.7 (SD±4.2) in French girls.

In the control groups, the mean age was 21.1 years (SD±2.3) in the Polish group and 22.6 years (SD±1.3) in the French group. Mean BMI value reached 21.1 (SD±2.7) in the Polish group and 21.3 (SD±2.5) in the French group.

French bulimic girls featured a significantly higher BMI values ($p \leq 0.001$) and a significantly longer duration of symptoms ($p \leq 0.05$) as compared with Polish bulimic girls. It also had a significantly higher BMI value than the control group.

METHODOLOGY

Severity of anxiety and depression symptoms was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), developed by Zigmond and Snaith⁽¹⁰⁾, providing separate scores for anxiety (HADS-A) and for depression (HADS-D).

Coping strategies were assessed using the Carver Brief COPE questionnaire (its French version by Muller and Spitz, 2003, and its Polish version by Juczyński, 2002). This instrument includes 26 items grouped in 13 subscales: (1) active coping strategy; (2) planning; (3) seeking emotional support; (4) seeking social support; (5) expression of feelings and emotions; (6) behavioural disorganization; (7) withdrawal; (8) positive reinterpretation; (9) sense of humour; (10) negation; (11) acceptance; (12) religion and (13) use of psychoactive substances.

STATISTICAL ANALYSIS

Data obtained were subjected to statistical analysis using the SPSS v. 12.0 (2004) software. Both quantitative and

ptacji L. Mullera i E. Spitz, 2003; w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego, 2002). Narzędzie to zawiera 26 itemów zgrupowanych w 13 podskalach: (1) aktywna strategia radzenia sobie ze stresem; (2) planowanie; (3) szukanie wsparcia emocjonalnego; (4) szukanie wsparcia społecznego; (5) wyrażanie uczuć i emocji; (6) dezorganizacja zachowania; (7) wycofanie; (8) pozytywna reinterpretacja; (9) poczucie humoru; (10) zaprzeczanie; (11) akceptacja; (12) religia oraz (13) używanie substancji psychoaktywnych.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Uzyskane w badaniach dane zostały opracowane za pomocą metod statystycznych zawartych w programie SPSS wersja 12.0 (2004). Zostały poddane analizie ilościowej i jakościowej. Do zbadania istotności różnic między grupami posłużono się analizą wariancji ANOVA. Porównania miały charakter międzygrupowy oraz wewnątrzgrupowy. Przyjęty poziom istotności „p” wyniósł 0,05 (przedział dwustronny).

WYNIKI

WYNIKI UZYSKANE W SKALI HADS

Analiza danych wykazała, że u osób z bulimią psychiczną narodowości polskiej poziom depresji ($p \leq 0,05$) i poziom lęku ($p \leq 0,01$) były istotnie wyższe w porównaniu ze zdrowymi studentkami. Również pacjentki francuskie w porównaniu z grupą kontrolną posiadały istotnie wyższy poziom depresji ($p \leq 0,05$) i poziom lęku ($p \leq 0,05$). Średnie wyniki poszczególnych grup prezentuje tabela 1. Poziom depresji i lęku we wszystkich badanych grupach był zróżnicowany (tabela 2). W skali HADS u większości pacjentek z bulimią narodowości polskiej i narodowości francuskiej poziom depresji był w normie, zaś poziom lęku był umiarkowanie nasilony.

qualitative analyses were performed. In order to detect significant intergroup differences, the ANOVA variance analysis was used. Both intergroup and extragroup comparisons were performed. The threshold for statistical significance “p” has been set at 0.05 (bilateral interval).

RESULTS

RESULTS BASED ON THE HADS QUESTIONNAIRE

Analysis of data indicates that in Polish girls with bulimia nervosa, severity of depression and anxiety is significantly higher as compared with their healthy counterparts ($p \leq 0.05$ and $p \leq 0.01$, respectively). Also, French patients feature a significantly higher level of depression and anxiety as compared with the control group ($p \leq 0.05$ and $p \leq 0.05$, respectively). Mean scores obtained in particular groups are presented in the table 1.

Severity of depression and anxiety was highly variable across all study groups (table 2). In most Polish and French patients the level of depression assessed by HADS was within normal range, while the level of anxiety was moderately elevated.

RESULTS BASED ON THE BRIEF COPE QUESTIONNAIRE

Comparison of mean scores of coping strategies revealed significant differences between experimental groups (intragroup testing) and between bulimic patients and healthy population (intergroup testing) (table 3).

In order to overcome discomfort situation, Polish girls with bulimia nervosa resort to strategies based on positive reinterpretation much less than French girls ($p \leq 0.01$); the same applies to strategies based on sense of humour ($p \leq 0.01$) and acceptance ($p \leq 0.05$). On the other hand, they resort much more to strategies associated with the use of psychoactive substances ($p \leq 0.001$).

HADS	Dziewczęta z bulimią w Polsce <i>Polish bulimic girls</i> n=30		Dziewczęta z bulimią we Francji <i>French bulimic girls</i> n=14		Polska grupa kontrolna <i>Polish control group</i> n=30		Francuska grupa kontrolna <i>French control group</i> n=17		ANOVA			Poziom istotności <i>Significance level</i> p		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	Df	p	BP vs BF	BP vs PGr	BF vs FGr
Depresja <i>Depression</i>	6,26	2,98	6,00	3,82	4,46	3,88	3,41	1,87	3,47	3	0,05	NS	0,05	0,05
Lęk <i>Anxiety</i>	12,30	3,71	10,61	3,99	9,56	4,84	7,70	2,51	5,25	3	0,01	NS	0,01	0,05

BP vs BF – dziewczęta z bulimią w Polsce versus dziewczęta z bulimią we Francji; BP vs PGr – dziewczęta z bulimią w Polsce versus polska grupa kontrolna; BF vs FGr – dziewczęta z bulimią we Francji versus francuska grupa kontrolna
BP vs BF – *Polish bulimic girls vs. French bulimic girls*; BP vs PGr – *Polish bulimic girls vs. Polish control group*; BF vs FGr – *French bulimic girls vs. French control group*

Tabela 1. Średnie wyniki w skali HADS dla badanych grup
Table 1. Mean HADS scores in the study groups

WYNIKI UZYSKANE W KWESTIONARIUSZU BRIEF COPE

Porównując średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem, stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami eksperymentalnymi (badania wewnątrzgrupowe) oraz pomiędzy badanymi pacjentkami z bulimią psychiczną a zdrową populacją (badania wewnątrzgrupowe) (tabela 3).

W celu pokonania sytuacji dyskomfortowej badane Polki z bulimią psychiczną w mniejszym stopniu aniżeli Francuzki używały strategii bazujących na pozytywnej reinterpretacji ($p \leq 0,01$), poczuciu humoru ($p \leq 0,01$) oraz akceptacji ($p \leq 0,05$). Stosowały natomiast więcej strategii związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych ($p \leq 0,001$).

W porównaniu z grupą kontrolną pacjentki z bulimią psychiczną narodowości polskiej rzadziej używały strategii radzenia sobie ze stresem skupiających się na planowaniu ($p \leq 0,01$), pozytywnej reinterpretacji ($p \leq 0,001$) i poczuciu humoru ($p \leq 0,01$), częściej – skierowanych na aktywne radzenie sobie z sytuacją stresową ($p \leq 0,05$), dezorganizację zachowania ($p \leq 0,01$), wycofanie ($p \leq 0,05$), zaprzeczanie ($p \leq 0,01$) oraz używanie substancji psychoaktywnych ($p \leq 0,001$).

W porównaniu ze zdrowymi studentkami dziewczęta narodowości francuskiej chore na bulimię stosowały mniej

As compared with control group, Polish patients with bulimia nervosa rarely resort to coping strategies focused on planning ($p \leq 0,01$), positive reinterpretation ($p \leq 0,001$) and sense of humour ($p \leq 0,01$), preferring strategies directed at active coping with stressful situation ($p \leq 0,05$), disorganization of behaviour ($p \leq 0,01$), withdrawal ($p \leq 0,05$), negation ($p \leq 0,01$) and use of psychoactive substances ($p \leq 0,001$).

As compared with healthy students, French bulimic girls resort less to coping strategies based on active coping ($p \leq 0,01$) and more to those associated with disorganization of behaviour ($p \leq 0,01$).

DISCUSSION

In this study, Polish and French girls with bulimia nervosa presented significantly higher levels of depression and anxiety as compared with the control group. Greater severity of symptoms of depression and anxiety in persons with nutrition disorders as compared with healthy population has been confirmed by other authors too⁽¹¹⁾. Results obtained by Herzog⁽¹²⁾ indicate that 23.6% of female patients with bulimia (overall, the study included 82 persons with nutrition disorders) showed a high level of depression. Results of studies by Fornari et al.⁽¹³⁾ proved that anxiety disorders are two- or three-fold more

HADS	Dziewczęta z bulimią w Polsce <i>Polish bulimic girls</i> n=30		Dziewczęta z bulimią we Francji <i>French bulimic girls</i> n=14		Polska grupa kontrolna <i>Polish control group</i> n=30		Francuska grupa kontrolna <i>French control group</i> n=17	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poziom depresji <i>Depression level</i>								
Norma <i>Norm</i>	21	70	10	71,4	23	76,7	17	100
Delikatne nasilenie <i>Mild symptoms</i>	7	23,3	2	14,3	4	13,3	0	0
Umiarkowane nasilenie <i>Moderate symptoms</i>	2	6,7	2	14,3	3	10	0	0
Ciężkie nasilenie <i>Severe symptoms</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Poziom lęku <i>Anxiety level</i>								
Norma <i>Norm</i>	3	10	3	21,4	11	36,7	8	47,0
Delikatne nasilenie <i>Mild symptoms</i>	7	23,3	3	21,4	7	23,3	7	41,2
Umiarkowane nasilenie <i>Moderate symptoms</i>	11	36,7	5	35,8	5	16,7	2	11,8
Ciężkie nasilenie <i>Severe symptoms</i>	9	30	3	21,4	7	23,3	0	0

Tabela 2. Poziom depresji i lęku we wszystkich badanych grupach
Table 2. Depression and anxiety level in all study groups

strategii radzenia sobie ze stresem bazujących na aktywnym radzeniu sobie ($p \leq 0,01$) oraz więcej dotyczących dezorganizacji zachowania ($p \leq 0,01$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W przeprowadzonych badaniach dziewczęta chore na bulimię psychiczną narodowości polskiej i francuskiej charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem depresji i lęku w porównaniu z grupą kontrolną. Większe nasilenie objawów depresji i lęku u osób z zaburzeniami odżywiania w porównaniu ze zdrową populacją zostało potwierdzone również przez innych autorów⁽¹¹⁾. Wyniki uzyskane przez Herzoga⁽¹²⁾ wskazują, że u 23,6% badanych pacjentek z bulimią (łącznie w badaniach brały udział 82 osoby z zaburzeniami odżywiania) odnotowano wysoki poziom depresji. Wyniki badań Fornari i wsp.⁽¹³⁾ dowiodły, że występowanie zaburzeń lękowych jest przeważnie dwa bądź trzy razy poważniejsze u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się niż wśród zdrowej populacji.

severe in persons afflicted with nutrition disorders than in the healthy population.

In our study, Polish patients with bulimia nervosa more rarely use coping strategies focused on planning, positive reinterpretation and sense of humour as compared with the control group. These results point to lower capability of these girls to undertake actions aiming at organization of consecutive stages of overcoming a stressful situation and to their inability to reinterpret a stressful situation in a positive way. Polish girls included in the study more frequently use strategies aiming at active coping with stress, more frequently reduce their efforts to overcome an unpleasant situation and undertake a substitute activity aiming at increase of distance to problem, more frequently negate the mere existence of unpleasant situation and more frequently use psychoactive substances. There are several publications in the pertinent literature, devoted to the problem of use of psychostimulants (e.g. alcohol, drugs) by bulimic persons⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

As compared with healthy controls, bulimic French girls use less coping strategies based on active coping and more

Strategie radzenia sobie ze stresem <i>Coping strategies</i>	Dziewczęta z bulimią w Polsce <i>Polish bulimic girls</i>		Dziewczęta z bulimią we Francji <i>French bulimic girls</i>		Polska grupa kontrolna <i>Polish control group</i>		Francuska grupa kontrolna <i>French control group</i>		ANOVA		Poziom istotności <i>Significance level</i> p		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	BP vs BF	BP vs PGr	BF vs FGr
Aktywne radzenie sobie <i>Active coping</i>	2,87	0,75	2,00	0,58	2,75	0,41	2,56	0,60	5,12	0,01	NS	0,05	0,01
Planowanie <i>Planning</i>	2,17	0,71	2,32	0,60	2,61	0,53	2,71	0,79	3,43	0,01	NS	0,01	NS
Szukanie wsparcia emocjonalnego <i>Seeking emotional support</i>	2,68	0,94	2,53	0,92	2,70	0,63	2,64	0,52	0,15	NS	NS	NS	NS
Szukanie wsparcia społecznego <i>Seeking social support</i>	2,41	0,84	2,64	0,94	2,55	0,71	2,64	0,63	0,43	NS	NS	NS	NS
Wyrażanie uczuć i emocji <i>Expression of feelings and emotions</i>	2,43	0,49	2,35	0,77	2,55	0,47	2,73	0,71	1,36	NS	NS	NS	NS
Dezorganizacja zachowania <i>Disorganization of behaviour</i>	2,17	0,57	2,17	0,79	1,70	0,67	1,47	0,51	6,18	0,001	NS	0,01	0,01
Wycofanie <i>Withdrawal</i>	2,81	0,64	2,64	0,66	2,46	0,59	2,61	0,45	1,60	NS	NS	0,05	NS
Pozytywna reinterpretacja <i>Positive reinterpretation</i>	1,74	0,51	2,50	1,07	2,63	0,62	2,32	0,83	9,06	0,001	0,01	0,001	NS
Poczucie humoru <i>Sense of humour</i>	1,32	0,40	2,00	0,73	1,70	0,74	1,97	0,71	5,13	0,001	0,01	0,05	NS
Zaprzeczanie <i>Negation</i>	2,01	0,66	1,78	0,61	1,58	0,54	1,73	0,73	2,36	0,05	NS	0,01	NS
Akceptacja <i>Acceptance</i>	2,06	0,54	2,50	0,78	2,36	0,54	2,70	0,86	3,70	0,01	0,05	NS	NS
Religia <i>Religion</i>	1,72	0,79	1,92	0,91	1,93	0,67	1,26	0,43	1,45	NS	NS	NS	NS
Używanie substancji psychoaktywnych <i>Use of psychoactive substances</i>	2,67	0,71	1,39	0,83	1,43	0,67	1,50	0,61	15,09	0,001	0,001	0,001	NS

Tabela 3. Średnie wyniki w kwestionariuszu Brief COPE dla badanych grup

Table 3. Mean scores at the Brief COPE questionnaire in study groups

W przeprowadzonych badaniach pacjentki z bulimią psychiczną narodowości polskiej rzadziej używały strategii radzenia sobie ze stresem skupiających się na planowaniu, pozytywnej reinterpretacji i poczuciu humoru w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki te wskazują na mniejszą zdolność dziewcząt do podejmowania działań, które mają na celu organizację kolejnych etapów pokonania sytuacji dyskomfortowej oraz na nieumiejętność reinterpretowania sytuacji stresującej w pozytywny sposób. Badane Polki częściej używały strategii skierowanych na aktywne radzenie sobie ze stresem, częściej redukowały swoje wysiłki, żeby pokonać nieprzyjemną sytuację, częściej podejmowały działania zastępcze, które miały za zadanie zdystansowanie się do problemu, częściej negocjowały istnienie sytuacji nieprzyjemnej oraz częściej używały substancji psychoaktywnych. W literaturze przedmiotu istnieje wiele badań, które poruszają problem stosowania używek (alkohol, narkotyki) przez osoby bulimiczne⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

W porównaniu ze zdrowymi studentkami badane Francuzki z bulimią stosowały mniej strategii radzenia sobie ze stresem bazujących na aktywnym radzeniu sobie ze stresem oraz więcej dotyczących dezorganizacji zachowania. Pacjentki miały tendencję do niepodjęcia żadnych działań w związku z nieprzyjemną sytuacją i w konsekwencji do pozostania przez nią zdominowanymi i przytłoczonymi. Przypuszczać można, że chore na bulimię nie czuły się zdolne do znalezienia adekwatnego rozwiązania. Pasywnie przyjmowały wszelkie zdarzenia i nie wierzyły, że są w stanie zmienić stan, w jakim się znalazły.

Jak wynika z przeprowadzonego badania, dziewczęta chore na bulimię psychiczną nie próbowały zwalczać sytuacji stresującej, posługując się aktywnymi strategiami, to znaczy koncentrującymi się na znalezieniu rozwiązania bądź na planowaniu kolejnych etapów rozwiązania problemu. Wykorzystywały one strategie radzenia sobie ze stresem skierowane na emocje (spożywanie substancji psychoaktywnych, dezorganizacja zachowania, pozytywna reinterpretacja, zaprzeczanie, wycofanie). Dziewczęta w taki właśnie sposób zazwyczaj reagują, unikając tym samym sytuacji, które doprowadziły do napięcia emocjonalnego.

Wyniki badań Shatforda i Evansa⁽¹⁷⁾ dowodzą, że kobiety z bulimią częściej radzą sobie ze stresem za pomocą strategii skoncentrowanych na emocjach lub unikaniu, a rzadziej na tych, które bazują na problemie. Poradzenie sobie z sytuacją stresującą zastąpione zostaje mało adaptacyjnymi zachowaniami bulimicznymi (zachowania kompulsywne związane z jedzeniem, przeczyszczanie się). Postrzegając własne działania jako nieefektywne, osoby z bulimią próbują zwalczać sytuację dyskomfortową oraz wszelkie problemy z nią związane za pomocą nieskutecznych działań, tj. za pomocą strategii radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na emocjach lub na unikaniu⁽¹⁸⁾.

those concerning disorganization of behaviour. These patients have a tendency not to undertake any activity when confronted by an unpleasant situation, this leading to their being dominated and overwhelmed by it. We may suppose that bulimic patients consider themselves unable to find an adequate solution. They adopt a passive attitude towards any event and do not believe that they might ever be able to change their present condition. Based on the results of this study we may conclude that bulimic girls mostly do not attempt to manage stressful situations using active strategies, i.e. focused on finding a solution or planning consecutive steps leading to solution of the problem. Instead, they resort to coping strategies focused on emotions (use of psychoactive drugs, disorganization of behaviour, positive reinterpretation, negation, withdrawal). Girls usually react in this way, thus avoiding situations which lead to emotional tension. Results of studies by Shatford and Evans⁽¹⁷⁾ indicate that bulimic women usually try to relieve stress by emotion-focused or avoidance-focused strategies, rarely resorting to problem-focused coping styles. Effective control of stressful situation is replaced by behavioural patterns of poor adaptation potential (compulsory eating, purging, etc.). Considering own activity as ineffective, bulimic persons try to overcome a discomfort-inducing situation and any problems associated therewith using ineffective actions, i.e. implementing coping strategies focused on emotions or avoidance⁽¹⁸⁾.

According to several authors' opinion^(19,20), use of emotion-based coping strategies in stressful situations should be considered as a risk factor for nutritional disorders. These strategies originate from defensive mechanisms which aiming at relief of tension and reduction of negative emotional states⁽²¹⁾. This is accomplished by initiating behaviour consisting in compensation (excessive food intake and provocation of vomiting); furthermore, such behavioural patterns enable patients to avoid an active confrontation with problems at hand.

CONCLUSIONS

Results obtained indicate that levels of depression and anxiety in both populations of girls with bulimia nervosa were significantly greater than in control groups. Therefore, anxiety and depressive disorders should be considered important clinical symptoms and taken into account when planning both psychotherapeutic and pharmacological treatment.

In order to overcome a stressful situation and everyday challenges, groups of Polish and French girls with bulimia use much more often poorly adaptative patterns of behaviour than the group of healthy students. Coping strategies focused on emotions do not favour effective actions aiming at relief of discomfort-inducing situations.

Według wielu autorów^(19,20) stosowanie w sytuacjach stresujących strategii opartych na emocjach winno być traktowane jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania. Strategie te wywodzą się z mechanizmów obronnych służących regulowaniu napięcia oraz zmniejszeniu negatywnych stanów emocjonalnych⁽²¹⁾. Czynią to poprzez zachowania polegające na kompensacji (nadmierne objadanie się i prowokowanie wymiotów). Co więcej, zachowania te pozwalają chorym unikać aktywnej konfrontacji z problemem.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki wskazują, że poziom depresji i lęku u obu badanych populacji z bulimią psychiczną był istotnie wyższy w porównaniu z grupami kontrolnymi. Zatem zaburzenia lękowe oraz depresyjne należy traktować jako istotne objawy kliniczne i uwzględnić je w leczeniu psychoterapeutycznym i farmakologicznym. W celu pokonania sytuacji stresującej oraz codziennych zdarzeń badana grupa Polek i Francuzek chorych na bulimię stosuje znacznie więcej mało adaptacyjnych zachowań aniżeli grupa zdrowych studentek. Strategie radzenia sobie ze stresem skierowane na emocje nie sprzyjają skutecznym działaniom mającym na celu zniwelowanie sytuacji dyskomfortowej.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Bulik C.M., Sullivan P.F., Fear J.L.: Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 96: 101-107.
2. Godart N.T., Perdereau P., Jeammet P., Flament M.F.: Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. *Ann. Med. Psychol.* 2003; 161: 498-503.
3. Braun D.L., Sunday S.R., Halmi K.A.: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.* 1994; 24: 859-867.
4. Lazarus R.S., Folkman S.: *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York 1984.
5. Endler N.S., Parker J.A.: Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990; 58: 844-854.
6. Bruchon-Schweitzer M.: Concepts, stress, coping. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers* 2001; 67: 68-83.
7. Garcia-Grau E., Fusté A., Miró A. i wsp.: Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32: 116-120.
8. Koff E., Sangani P.: Effect of coping style and negative body image on eating disturbance. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 22: 51-56.
9. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1998.
10. Zigmund A., Snaith R.P.: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 6: 361-370.
11. Grubb H.J., Sellers M.I., Waligroski K.: Factors related to depression and eating disorders: self-esteem, body image, and attractiveness. *Psychol. Rep.* 1993; 72: 1003-1010.
12. Herzog D.B.: Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am. J. Psychiatry* 1984; 141: 1594-1597.
13. Fornari V., Kaplan M., Sandberg D.E. i wsp.: Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1992; 12: 21-29.
14. Dunn E.C., Larimer M.E., Neighbors C.: Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32: 171-178.
15. Welch S.L., Fairburn C.G.: Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br. J. Psychiatry* 1996; 169: 451-458.
16. Wiseman C.V., Sunday S.R., Halligan P. i wsp.: Substance dependence and eating disorders: impact of sequence on comorbidity. *Copr. Psychiatry* 1999; 40: 332-336.
17. Shatford L.A., Evans D.R.: Bulimia as a manifestation of the stress process: a LISREL causal modelling analysis. *Int. J. Eat. Disord.* 1986; 5: 451-473.
18. Soukop V.M., Beiler M.E., Terrell F.: Stress, coping style and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *J. Clin. Psychol.* 1990; 5: 592-599.
19. Bekker M.H., Bonelie K.A.: Gender and stress: is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health* 2002; 18: 141-149.
20. Jansen B.L., Kelly I.W., Saklofske D.H.: Bulimic symptomatology and coping in a non clinical sample. *Percept. Mot. Skills* 1992; 75: 395-399.
21. Bruchon-Schweitzer M., Dantzer R.: *Introduction a la psychologie de la santé*. PUF, Paris 1994.