

ANNA WIATROWSKA
ORCID: 0000-0002-4730-789X
anna.wiatrowska@poczta.umcs.lublin.pl

Depresja a preferencje metawartości u kobiet z zaburzeniami odżywiania

Depression and Preferences of Meta Values in Women with Eating Disorders

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Wiatrowska, A. (2025). Depresja a preferencje metawartości u kobiet z zaburzeniami odżywiania. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 38(3), 91–100. DOI: 10.17951/j.2025.38.3.91-100.

ABSTRAKT

Depresja współwystępuje z zaburzeniami odżywiania. Może poprzedzać ich rozwój, towarzyszyć objawom chorobowym lub stanowić ich następstwo, co niekorzystnie wpływa na przebieg, terapię i rokowanie zaburzeń. Wartości będące wskaźnikiem motywacji wiążą się z oceną stanu zdrowia psychofizycznego oraz podejmowaniem przez jednostkę zachowań zdrowotnych. Badania koncentrowały się na ustaleniu zależności pomiędzy nasileniem objawów depresji a preferowanymi przez kobiety z zaburzeniami odżywiania metawartościami. Ogółem przebadano 100 kobiet, w tym 50 z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego oraz 50 ze zdiagnozowaną bulimią psychiczną, według klasyfikacji ICD-10. Zastosowano Skalę Depresji Hamiltona (HAM-D) oraz Portretowy Kwestionariusz Wartości (PVQ-R2) Schwartza. W grupie kobiet z anoreksją ujawniono silną dodatnią zależność pomiędzy nasileniem depresji a metawartością *przekraczanie ja* oraz korelację ujemną o znacznej sile między metawartością *umacnianie ja* a zaburzeniem afektywnym. W grupie kobiet z bulimią wystąpiła odwrotna zależność o umiarkowanej sile pomiędzy zaburzeniem afektywnym a metawartością *umacnianie ja* oraz umiarkowana korelacja ujemna pomiędzy metawartością *otwartość na zmiany* a nasileniem depresji. Postać zaburzeń odżywiania różnicuje siłę zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Najsilniejsze korelacje dotyczą metawartości rozłokowanych na wymiarze *przekraczanie ja* vs *umacnianie ja* i dotyczą kobiet z jadłowstrętem psychicznym.

Słowa kluczowe: depresja; metawartości; jadłowstręt psychiczny; bulimia psychiczna

WPROWADZENIE

Obraz kliniczny współchorobowości zaburzeń odżywiania i depresji jest niezwykle złożony, co przekłada się na diagnozę, proces leczenia i rokowanie. U większości osób z różnymi postaciami zaburzeń łaknienia rozpoznano depresję o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu (Padraig i in., 2008; Kucharska, Wilkos, 2016; Wiatrowska, 2019), niekiedy prowadzącą do myśli i tendencji samobójczych. Wskaźniki samobójstw u osób z zaburzeniami odżywiania okazały się wielokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej (Dennis, Helfman, 2013). Najwyższe wskaźniki śmiertelności odnotowano w podtypie przeczyszczającym (Bulik i in., 2008), który ze względu na przebieg oraz liczne następstwa jest uznawany za niezwykle niebezpieczny i zagrażający życiu. Jak wykazano, współwystępowanie depresji z zaburzeniami odżywiania negatywnie wpływa na proces leczenia i rokowanie oraz zwiększa ryzyko nawrotu zaburzeń (Berkman i in., 2007; Pressnell i in., 2009). W badaniach nad skutecznością programów terapeutycznych w zaburzeniach odżywiania uznano depresję za istotne kryterium włączające, dlatego pacjentów ze współwystępującym zaburzeniem afektywnym kieruje się na leczenie przed rozpoczęciem właściwej terapii albo na leczenie prowadzone równolegle (Fairburn, 2013).

Istotne znaczenie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych odgrywa system wartości. Zdaniem Shaloma Schwartza (2006) stanowi on hierarchiczną organizację sądów i przekonań dotyczących preferowanych celów oraz sposobów postępowania. Wartości realizują funkcję czynnika motywującego do określonego działania, kształtują zachowania jednostki, szczególnie w kontekście przystosowania społecznego, oraz wpływają na odbiór otaczającej rzeczywistości i poczucie własnej wartości. Do zadań wartości należy nadawanie sensu ludzkiej egzystencji oraz porządkowanie zjawisk i doświadczeń życiowych. Można je również wiązać z oceną stanu zdrowia fizycznego i psychicznego.

Dostępne dane potwierdzają występowanie powiązań między różnymi dyspozycjami indywidualnymi warunkującymi zachowanie a systemem wartości (Bardi, Schwartz, 2003; Boski, 2009; Cieciuch 2010, Schwartz, 2006). Nieliczne są natomiast doniesienia dotyczące powiązań wartości ze stanem zdrowiem i chorobą (Kirenko, Wiatrowska, 2015; Wiatrowska, 2019), chociaż zdrowie postrzegane jest jako podstawowa wartość człowieka, która zajmuje wysokie miejsce zarówno w hierarchii wartości jednostki, jak i całego społeczeństwa.

PROBLEM I CEL BADAŃ

Celem podjętych badań było określenie zależności pomiędzy nasileniem objawów depresji kobiet z zaburzeniami odżywiania a preferowanymi przez nie metawartościami. Istotą przeprowadzonych analiz było zweryfikowanie tych

powiązań w kontekście leczenia oraz profilaktyki zaburzeń odżywiania, w tym procesu wychowania. Tak sformułowany cel implikował następujący problem badawczy: Czy istnieją, a jeśli tak, to jakie są powiązania między natężeniem objawów depresji a preferowanymi wartościami u kobiet z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego i chorych na bulimię psychiczną?

Rozwiązanie tak postawionego problemu badawczego i weryfikacja hipotezy roboczej wiązały się z koniecznością sformułowania następujących pytań szczegółowych:

P 1. Jaka jest miara zależności pomiędzy natężeniem objawów depresji a preferowanymi metawartościami u osób z zaburzeniami odżywiania?

P 2. Czy kobiety chore na anoreksję różnią się od kobiet z rozpoznaniem bulimii siłą i kierunkiem powiązań między nasileniem objawów depresji a preferowanymi przez nie metawartościami, a jeśli tak, to na czym polegają te różnice?

W odniesieniu do postawionych pytań badawczych sformułowano następującą hipotezę roboczą: przypuszcza się, że istnieją istotne statystycznie zależności pomiędzy preferowanymi metawartościami a depresją u kobiet z jadłowstrętem i bulimią psychiczną. U podstaw nasilenia objawów depresji leżą odmienne preferencje metawartości. Mianowicie wymiary *otwartość na zmiany* i *przekraczanie* będą powiązane ze spadkiem objawów depresji, natomiast wymiary *zachowawczość* i *umacnianie siebie* będą się wiązać z nasileniem zaburzenia afektywnego. Założono przy tym, że postać zaburzeń odżywiania będzie różnicować siłę i kierunek zależności między analizowanymi zmiennymi (Wiatrowska, 2023).

METODA BADAŃ I CHARAKTERYSTYKA PRÓBY

W badaniach zastosowano Skalę Depresji Hamiltona (HAM-D) w wariantcie zaproponowanym przez Pużyńskiego i Wciórkę (2010). Narzędzie składa się z 21 pytań i umożliwia ocenę takich objawów depresji jak: obniżenie nastroju, niepokój, zaburzenia rytmu dobowego, zaburzenia snu, spowolnienie psychomotoryczne, obniżenie libido, zaniżenie samooceny, poczucie winy, hipochondria, spadek masy ciała, lęk psychiczny i somatyczny oraz współistniejące dolegliwości somatyczne. Uzyskanie przez badanego wyniku do 7 punktów jest uznawane za stan prawidłowy, wynik 8–12 punktów wskazuje na łagodne nasilenie objawów, 13–17 umiarkowane, rezultat między 18 a 29 punktów oznacza stadium ciężkie, wynik od 30 do 52 zaś bardzo ciężką depresję. Ogólny współczynnik α Cronbacha wynosi średnio 0,70 (Ragby i in., 2004).

Do pomiaru preferencji metawartości wykorzystano Portretowy Kwestionariusz Wartości (PVQ-R2) S. Schwartz (2006). Narzędzie zawiera 57 twierdzeń, z czego 52 twierdzenia odpowiadają w pierwotnym ujęciu 10 typom uniwersalnych wartości podstawowych, takich jak: 1) *przystosowanie* (przestrzeganie norm, dyscyplina, uprzejmość), *tradycja* (wierność zasadom kulturowym

i religijnym, skromność, poświęcenie), życzliwość (troska o dobro bliskich, lojalność i odpowiedzialność, miłość, przyjaźń), *uniwersalizm* (troska o dobro ludzi i środowisko, sprawiedliwość, pokój i równość), *kierowanie sobą* (samodzielność w myśleniu i działaniu, kreatywność, wolność), *stymulacja* (pragnienie nowości, urozmaicenia i ekscytującego życia), *hedonizm* (dążenie do przyjemności, radość życia), *osiągnięcia* (potrzeba osobistego sukcesu, ambicja, skuteczność), *władza* (pragnienie kontroli, dominacji i prestiżu, a także autorytetu i bogactwa), *bezpieczeństwo* (ochrona dla siebie i bliskich, kierowanie się ładem społecznym i harmonią, dbałość o zdrowie i poczucie przynależności). W zrewidowanym modelu dokonano bardziej precyzyjnego podziału na 19 wartości (Cieciuch, Schwartz, 2018). Oszacowanie stopnia podobieństwa danego opisu wartości jako zasady sterującej życiem dokonuje się na 9-stopniowej skali (gdzie 1 oznacza, że dana wartość jest przeciwna zasadom sterującym w życiu; 7 zaś – jest najważniejsza jako zasada sterująca życiem). Wartości można opisać za pomocą różnych zestawów wymiarów, mianowicie: 1) wymiar *otwartość na zmiany vs zachowawczość*, 2) wymiar *przekraczanie ja vs umacnianie ja*. Jak podkreślają autorzy, w zależności od celów badawczych można również wyodrębnić: 1) wymiar *koncentracji na sobie vs koncentracji na innych*, 2) wymiar *wartości wzrostu* (wolnych od lęku) *vs wartości ochrony* (motywowanych lękiem). Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza oszacowano metodą alfa Cronbacha, która wyniosła: przystosowanie (alfa = .57), tradycja (alfa = .61), życzliwość (alfa = .64), uniwersalizm (alfa = .75), kierowanie sobą (alfa = .65), stymulacja (alfa = .63), hedonizm (alfa = .80), osiągnięcia (alfa = .72), władza (alfa = .70), bezpieczeństwo (alfa = .60). Trafność narzędzia okazała się również zadowalająca (Cieciuch, Zaleski, 2011).

Ogółem przebadano 100 osób z zaburzeniami odżywiania, w tym 50 z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego i 50 chorych na bulimię psychiczną, na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w ICD-10. Badanie przeprowadzono we współpracy z wieloma polskimi ośrodkami prowadzącymi leczenie pacjentów z zaburzeń odżywiania. Za istotny czynnik różnicujący uznano postać zaburzeń odżywiania. Badane nie różniły się istotnie pod względem zmiennej *wiek* (test *t* dla prób niezależnych, $t = 1,63$; $df = 98$; $p = 0,110$).

PROCEDURA ANALIZY DANYCH

Określenie siły i kierunku zależności pomiędzy preferowanymi wartościami a natężeniem objawów nasilenia depresji u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną było możliwe dzięki zastosowaniu współczynnika korelacji nieparametrycznej *R* Spearmana. Powiązań między analizowanymi zmiennymi poszukiwano w wyodrębnionych ze względu na postać zaburzeń odżywiania podgrupach. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica Pl 13.3.

WYNIKI

W grupie pacjentek z zaburzeniami odżywiania przeważały kobiety z depresją umiarkowaną (36,80%), w tym 39,73% chorych na anoreksję oraz 32,69% chorych na bulimię. Relatywnie liczna była także grupa z ciężką depresją, w której dominowały kobiety z bulimią (32,69%) nad kobietami z anoreksją (23,29%). Najmniej badanych (8%) wykazywało bardzo ciężką depresję, przy czym przeważały kobiety z anoreksją (9,59%) niż z bulimią (5,77%). Łagodne nasilenie depresji miało 16 kobiet z zaburzeniami odżywiania, dwa razy więcej kobiet z anoreksją (20,55%) niż z bulimią (9,62%). Objawów depresyjnych nie stwierdzono u 12 badanych, w tym u prawie trzykrotnie większej liczby kobiet z bulimią (19,23%) niż z anoreksją (6,85%). Uzyskane dane wskazują, że większość kobiet z zaburzeniami odżywiania ujawniała umiarkowane lub ciężkie nasilenie depresji, co koresponduje z badaniami innych autorów (Kaye i in., 1998; Kucharska, Wilkos, 2016; Padraig i in., 2008). Wyodrębnione podgrupy nie różniły się pod względem natężenia depresji (testu U Manna–Whitneya, $Z = 0,953$; $p = 0,344 > 0,05$).

W tabeli 1 przedstawiono wartości współczynników korelacji między natężeniem objawów depresji u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną a preferowanymi przez nie metawartościami wraz z poziomami istotności różnic.

Tabela 1. Współczynniki korelacji pomiędzy depresją a preferowanymi metawartościami

Wartości i nasilenie depresji (H)	Współczynnik R Spearmana			Test istotności różnic współczynników korelacji R_A i R_B p
	Ogółem R	Anoreksja R_A	Bulimia R_B	
Przekraczanie ja i H	0,29**	0,60***	−0,10	< 0,001***
Umacnianie ja i H	−0,13	−0,54***	0,40**	< 0,001***
Zachowawczość i H	0,15	−0,11	0,21	0,120
Otwartość na zmiany i H	−0,35**	−0,02	−0,49**	0,014*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Wystąpiła silna korelacja dodatnia pomiędzy metawartością *przekraczanie ja* a depresją u chorych z jądłowstrętem psychicznym ($R = 0,60$). Zatem u kobiet z jądłowstrętem psychicznym natężenie objawów depresji jest powiązane ze wzrostem życzliwości i troski o dobro członków rodziny, grupy oraz przyjaciół (życzliwość), a także zrozumieniem, okazywaniem im szacunku i tolerancji (*uniwersalizm*). Prawidłowość ta nie ujawniła się w podgrupie kobiet z rozpoznaniem bulimii psychicznej ($R = -0,10$). Test istotności wykazuje istotną różnicę w powiązaniu pomiędzy wymiarem *przekraczanie ja* a natężeniem poziomu

depresji w wyróżnionych podgrupach kobiet ($p < 0,001$), zatem postać zaburzeń odżywiania różnicuje siłę zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Podając analizie grupę kobiet z zaburzeniami odżywiania, należy stwierdzić, że wystąpiła umiarkowana korelacja dodatnia pomiędzy analizowanymi zmiennymi ($R = 0,29$). Zatem troska o dobro innych, okazywanie szacunku, zrozumienia i tolerancji, wyrażające preferencję metawartości związanej z *przekraczaniem siebie*, są związane u kobiet z zaburzeniami odżywiania, głównie z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego ze wzrostem nasilenia zaburzenia afektywnego.

W podgrupie kobiet z anoreksją wystąpiła silna korelacja ujemna między preferencją metawartości *umacnianie ja* a depresją ($R = -0,54$), natomiast w grupie chorych na bulimię odnotowano umiarkowaną dodatnią korelację pomiędzy tymi cechami ($R = 0,40$). Zatem pacjentki z jadłowstrętem psychicznym, które wysoko wartościują osobisty sukces, ambicję i skuteczność (*osiągnięcia*), a także prestiż i status społeczny, dominację oraz kontrolę nad innymi i posiadanymi zasobami (*władza*), charakteryzowały się słabszym natężeniem objawów depresji. Wśród chorych na bulimię preferencja metawartości *umacnianie ja* wiąże się natomiast ze wzrostem zaburzenia afektywnego. Test istotności wykazuje istotną różnicę w powiązaniu pomiędzy wymiarem *umacnianie ja* a natężeniem poziomu depresji w wyróżnionych ze względu na typ zaburzenia podgrupach kobiet ($p < 0,001$). Należy zatem stwierdzić, że postać zaburzeń odżywiania różnicuje siłę powiązań pomiędzy analizowanymi zmiennymi.

Zarówno w podgrupie chorych z jadłowstrętem psychicznym ($R = -0,11$), jak i z bulimią psychiczną ($R = 0,21$) nie wykryto istotnych zależności pomiędzy metawartością *zachowawczość* a zaburzeniem afektywnym. Postać zaburzeń odżywiania nie różnicuje siły zależności między szacowanym wymiarem a nasileniem objawów depresji. Istotna różnica nie ujawniła się również w sile zależności między analizowanymi zmiennymi w analizowanej ogółem grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania ($R = 0,15$).

U kobiet z zaburzeniami odżywiania wystąpiła silna korelacja ujemna pomiędzy metawartością *otwartość na zmiany* a zaburzeniem afektywnym ($R = -0,35$). W wyodrębnionej podgrupie chorych na bulimię psychiczną również zależność ta charakteryzowała się ujemnym kierunkiem oraz umiarkowaną siłą ($R = -0,49$). Test istotności różnic dla współczynników korelacji ujawnił istotną różnicę w powiązaniu między analizowanymi zmiennymi ($p = 0,014$). Należy zatem stwierdzić, że słabsze natężenie depresji wystąpiło u tych kobiet z zaburzeniami odżywiania, głównie z rozpoznaniem bulimii, które ceniły niezależność w myśleniu, działaniu i podejmowaniu decyzji (*kierowanie sobą*), preferowały zmienność i różnorodność (*stymulacja*) oraz dążyły do przyjemności i zmysłowego zaspokojenia (*hedonizm*). W podgrupie chorych na jadłowstręt psychiczny nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi ($R = -0,02$).

DYSKUSJA WYNIKÓW

Podjęte badania miały na celu ustalenie zależności pomiędzy preferowanymi metawartościami a natężeniem objawów depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Przyjęto, że wymiary *otwartość na zmiany* oraz *przekraczanie ja* będą powiązane ze spadkiem objawów depresji, natomiast wymiary *zachowawczość* oraz *umacnianie siebie* będą wiązać się z nasileniem zaburzenia afektywnego. Zakładano przy tym, że postać zaburzeń odżywiania będzie różnicować siłę i kierunek zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi.

Należy stwierdzić, że powiązania między preferowanymi metawartościami a natężeniem objawów depresji u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną okazały się bardziej niejednoznaczne, niż zakładano w przyjętej hipotezie. Wykazano, że związki pomiędzy analizowanymi zmiennymi charakteryzowały się znacznym zróżnicowaniem w zależności od postaci zaburzeń odżywiania. Najsilniejsze korelacje odnoszą się do metawartości rozlokowanych na wymiarze *przekraczanie ja vs umacnianie ja* i dotyczą kobiet z jadłowstrętem psychicznym. Preferencja metawartości *przekraczanie ja* wyrażających życzliwość i troskę o dobro innych oraz zrozumienie i szacunek prowadzi do nasilenia objawów depresji, natomiast wysokie szacowanie metawartości *umacnianie ja* związanych z osiągnięciami i sprawowaniem kontroli skutkuje spadkiem zaburzenia afektywnego. Zgodnie z najnowszym podziałem wartości zaproponowanym przez Ciecucha i Schwartza (2018) metawartość *przekraczanie siebie* skupia się w wymiarze *koncentracja na innych*, natomiast metawartość *umacnianie ja* wchodzi do wymiaru *koncentracja na sobie*. Uzyskany rezultat można powiązać z psychopatologią zaburzeń odżywiania, szczególnie jadłowstrętu psychicznego. Mianowicie rdzeń zaburzenia ma charakter poznawczy i polega na przywiązywaniu nadmiernej wagi do figury i masy ciała oraz zakotwiczeniu poczucia własnej wartości w ocenie własnego wyglądu i zdolności do ich kontrolowania. Z tego też powodu psychopatologia zaburzenia i jej konsekwencje zajmują centralne miejsce w conceptualizacji przypadku i są zasadniczym celem leczenia. Jak wykazują badania, jeżeli istota zaburzenia nie zostanie rozbrojona, to trudno będzie uzyskać postęp w leczeniu oraz uchronić się przed nawrotem objawów choroby (Fairburn, 2013). Ponadto częstą cechą osób z zaburzeniami odżywiania jest kliniczny perfekcjonizm, w którego centrum leży przywiązywanie nadmiernej wagi do osiągnięć oraz procesu do nich prowadzącego (Józefik, 2006; McCallum, 2013; Wiatrowska, 2019). Chorzy oceniają siebie wyłącznie w kategoriach spełniania własnych, bardzo wysokich standardów w uznawanych za ważne sferach życia. W obszarze jadłowstrętu psychicznego dotyczą one jedzenia, wagi i figury oraz sposobu ich kontrolowania. U jego podstaw znajduje się dysfunkcyjny model samooceny, połączony z wysokimi wymaganiami i osiągnięciami oraz lękiem przed porażką, nadmiernym samokrytycyzmem oraz zaburzeniami poznawczymi. Zdaniem

Fairburna (2013) kliniczny perfekcjonizm intensyfikuje zaburzenie odżywiania, powodując, że jest ono znacznie trudniejsze do leczenia.

U kobiet chorych na bulimię psychiczną wystąpiła odwrotna prawidłowość o umiarkowanej sile, mianowicie preferencja metawartości *umacnianie ja*, wchodzącej do wymiaru *koncentracja na sobie* prowadzi do nasilenia objawów depresji. Według Cieciucha i Schwartza (2018) wymiar ten tworzy biegun *ochrona siebie* i w znacznym stopniu jest motywowany lękiem. Jak wykazano, osoby z bulimią przejawiają niewłaściwą postawę wobec obrazu własnego wyglądu i wagi, jednak w przeciwieństwie do chorych na jadłowstręt psychiczny nie negują choroby ani nie pomniejszają jej symptomów i objawów oraz wykazują większą gotowość do podjęcia leczenia (Wiatrowska, 2019). Jak podkreślają Bryant-Waugh i Lask (1995), osoby z bulimią w przeciwieństwie do chorych na anoreksję nie są w stanie osiągnąć samokontroli, w związku z tym wykształca się u nich poczucie braku sukcesu i własnej skuteczności. Ponadto odznaczają się wysokim niepokojem i skłonnością do depresji oraz większą wrażliwością interpersonalną niż osoby z anoreksją. Zdaniem Schwartza (1986) w systemie rodzin z bulimią odrzucane są indywidualne potrzeby i życzenia ze względu na dominującą ideę konieczności rezygnacji z własnego *ja* na rzecz poświęcania się wartościom i ideałom grupy.

Jak wykazano, w grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania, głównie chorych na bulimię preferencja metawartości *otwartość na zmiany*, wyrażająca niezależność w myśleniu i działaniu, potrzebę stymulacji, dążenie do przyjemności oraz zmysłowego zaspokojenia jest powiązana ze spadkiem nasilenia objawów depresji. Wymiar ten można również ujmować na biegunie wzrostu, co oznacza, że jest on wolny od lęku (Cieciuch, Schwartz, 2018). Subiektywne poczucie braku kontroli nad przyjmowaniem pokarmów, które głównie polega na niemożności oparcia się rozpoczęciu jedzenia lub jego przerywania, stanowi najbardziej typową cechę epizodu objadania się występującego w bulimii psychicznej (Wiatrowska, 2019). Dlatego też poczucie kierowania sobą, wzmacnianie osiągnięć, pobudzanie do aktywności i rozwoju oraz zaspakajanie rozmaitych potrzeb mogą prowadzić do zmiany schematów poznawczych związanych z napadami objadania się i niewłaściwymi zachowaniami kompensacyjnymi, a także współwystępującymi zaburzeniami afektywnymi.

PODSUMOWANIE

Ważną rolę w kreowaniu i utrzymaniu zdrowia odgrywa system wartości. U osób z zaburzeniami odżywiania warto rozwijać wartości prowadzące do umacniania poczucia własnej wartości i niezależności, które dotyczą sfery osobistych sukcesów, osiąganych poprzez demonstrację kompetencji pozostających w zgodzie ze społecznymi standardami oraz powiązanych z efektywnością i sprawczością w podejmowaniu działań i wykonywaniu zadań służących poradzeniu sobie

z chorobą. Dodatkowo należy kształtować te wartości, które sprzyjają otwartości na zmiany, ponieważ mogą one wspierać efektywność procesu leczenia, wpływać na poprawę funkcjonowania i zapobiegać nawrotom. Wykazane w badaniach silne powiązania pomiędzy nasileniem depresji a preferowanymi przez kobiety z zaburzeniami odżywiania metawartościami powinny stać się istotnym elementem programów leczenia oraz profilaktyki zaburzeń odżywiania, w tym procesu wychowania.

BIBLIOGRAFIA

- Bardi, A., Schwartz, S.H. (2003). Values and behaviors: Strength and structure of relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1207–1220.
- Berkman, N.D., Lohr, K.N., Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293–309.
- Boski, P. (2009). *Kulturowe Ramy Zachowań Społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Bryant-Waugh, R., Lask, B. (1995). Eating disorders – an overview. *Journal of Family Therapy*, 17, 13–30.
- Bulik, C.M., Thornton, L., Pinheiro K., Plotnicov, K., Klump, K.L., Brandt, H. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 70(3) 378–383.
- Cieciuch, J., Schwartz, S.H. (2018). Pomiar wartości w kołowym modelu Schwartza. W: H. Gasiul (red.), *Metody badania emocji i motywacji* (s. 307–334). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Cieciuch, J., Zaleski, Z. (2011). Polska adaptacja Portretowego Kwestionariusza Wartości Shaloma Schwartza. *Czasopismo Psychologiczne*, 17(2), 251–262.
- Cieciuch, J. (2010). Nadzieja jako moderator związku poczucia koherencji z preferowanymi wartościami. *Kwartalnik Naukowy*, 2, 25–38.
- Dennis, A.B., Helfman, B.L. (2013). Postępowanie w zaburzeniach odżywiania się z współwystępującymi zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. W: M. Maine, B.H. McGilley, D.W. Bunnell (red.), *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką* (s. 255–256). Wyd. Elsevier Urban & Partner.
- Fairburn, C.G. (2013). *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kaye, W.H., Greeno, C.G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, L.R., Weltzin, T.E., Mann, J.J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 927–935.
- Kirenko, J., Wiatrowska, A. (2015). *Otyłość. Przystosowanie i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kucharska, K., Wilkos, E. (2016). Zaburzenia odżywiania. W: M. Jarema (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- McCallum, K. (2013). Uwaga w leczeniu zaburzeń odżywiania się. W: M. Maine, B.H. McGilley, D.W. Bunnell (red.), *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką* (s. 419–420). Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Padraig, W., Stern J., Phelan, M. (2008). *Psychiatria. Sedno Tom 1*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., Madeley, M.C. (2009). Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 357–365.

- Pużyński, S., Wciórka, J. (2010). Narzędzia oceny stanu psychicznego. W: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red), *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii* (s. 413–474). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Ragby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R., Bagby, Marshall, M.B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161, 2163–2177.
- Schwartz, H.J. (1986). Bulimia: Psychoanalytic perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 439–462.
- Schwartz, S.H. (2006). Basic human values: theory measurement and applications. *Revue Francaise de Sociologie*, 47(4), 929–968.
- Wiatrowska, A. (2019). *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania. Kontekst edukacyjny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wiatrowska, A. (2023). The system of values and the severity of depression symptoms in women with eating disorders. *Labor et Educatio*, 11, 241–256.

ABSTRACT

Depression co-occurs with eating disorders. It can precede the development of the latter, accompany disease symptoms or be their effects, which has a negative impact on the course, therapy and prognosis of the disorders. Values, which are an indicator of motivation, are associated with the assessment of psychophysical health condition as well as with pro-health behaviours undertaken by an individual. The research focused on establishing the relationship between severity of depression symptoms and meta values preferred by women with eating disorders. A total of 100 women were examined, including 50 diagnosed with anorexia nervosa and 50 diagnosed with bulimia, according to ICD-10 classification. The Hamilton Depression Scale (HAM-D) and the Schwartz Portrait Values Questionnaire (PVQ-R2) were used. In the group of women with anorexia, a strong positive correlation was revealed between severity of depression and meta value *self-transcendence* and a strong negative corrections between meta-value *self-enhancement* and affective disorder. A reverse relations of moderate strength occurred in women with bulimia between the affective disorder and meta value *self-enhancement* while a moderate negative dependence was found between meta value *openness to change* and depression severity. The relationships between the analyzed variables differentiate the type of eating disorders. The strongest correlations refer to the meta values located in the dimension of *self-transcendence vs self-enhancement*. These concern women with anorexia nervosa.

Keywords: depression; meta-values; anorexia nervosa; bulimia nervosa