

Dorota Mroczkowska

Wydział Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

 <https://orcid.org/0000-0003-4410-0276>

 drmrocz@amu.edu.pl

MIĘDZY WIEDZĄ A STEREOTYPEM: SPOŁECZNE I KULTUROWE MECHANIZMY PERCEPCJI ZABURZEŃ ODŻYWIANIA U MŁODZIEŻY I MŁODYCH DOROSŁYCH

BETWEEN KNOWLEDGE AND STEREOTYPE: SOCIAL AND
CULTURAL MECHANISMS OF THE PERCEPTION OF EATING
DISORDERS AMONG ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS

DOI: 10.24917/ycee.12150

Abstrakt:

Celem tekstu było przeanalizowanie społecznych i kulturowych mechanizmów percepcji zaburzeń odżywiania u młodzieży i młodych dorosłych. W oparciu o narracyjny przegląd literatury przedmiotu, obejmujący 35 publikacji z lat 2000–2025, omówiono poziom wiedzy o zaburzeniach odżywiania (*mental health literacy* – MHL), procesy stygmatyzacji i autostygmatyzacji, stereotypy związane z płcią, masą ciała oraz pochodzeniem etnicznym. Wyniki wskazują, że świadomość problematyki zaburzeń odżywiania pozostaje niska, szczególnie w odniesieniu do rzadziej rozpoznawanych zaburzeń, populacji mężczyzn oraz grup etnicznych. Stygmatyzacja i stereotypy obniżają gotowość do poszukiwania pomocy, a luki w wiedzy występują nie tylko u pacjentów, ale także wśród specjalistów i nauczycieli. Badacze problematyki podkreślają konieczność rozwoju edukacji zdrowotnej i szkoleń adresowanych do młodzieży i otoczenia społecznego, aby ograniczyć opóźnienia w diagnozie oraz bariery w leczeniu.

Słowa kluczowe:

zaburzenia odżywiania, stygmatyzacja, stereotypy, autostereotypy, wiedza na temat zdrowia psychicznego, młodzież, młodzi dorośli.

Abstract:

The aim of this paper was to analyze the social and cultural mechanisms underlying the perception of eating disorders among adolescents and young adults. The study, which is based on a narrative review of the literature that includes 35 publications from 2000 to 2025, addresses stigmatization and self-stigmatization processes, gender, body weight, and ethnic background stereotypes, and the degree of knowledge about eating disorders (*mental health literacy*, or MHL). The results show that there is still a lack of knowledge on eating disorder issues, especially when it comes to less prevalent disorders, male populations, and ethnic minority groups. Stereotypes and stigmatization make people less likely to ask for assistance, and patients, professionals, and educators all exhibit knowledge gaps. Researchers in this field emphasize the need to expand health education and training addressed to young people and their social environment in order to reduce diagnostic delays and barriers to treatment.

Keywords:

Eating Disorders, Stigmatization, Stereotypes, Self-stereotypes, Mental Health Literacy, Adolescents, Young Adults.

Wstęp

Zaburzenia odżywiania (ang. *eating disorder* – ED), takie jak: jadłowstręt psychiczny (ang. *anorexia nervosa* – AN), bulimia psychiczna/zarłoczność psychiczna (ang. *bulimia nervosa* – BN), zespół kompulsywnego objadania się (ang. *binge-eating disorder* – BED), wybiórczość jedzeniowa (ang. *avoidance restrictive food intake disorder* – AFRID) oraz inne niespecyficzne zaburzenia odżywiania, jak zespół jedzenia nocnego (ang. *night eating syndrome* – NES) czy ortoreksja psychiczna (ang. *orthorexia nervosa* – ON) niosą ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym (Chan i in., 2023; Chesney i in., 2014). Zaburzenia te szczególnie często dotyczą ludzi młodych – u większości pacjentów pierwsze objawy pojawiają się przed 20. rokiem życia. Okres największej ekspresji przypada na adolescencję – u dziewcząt najczęściej między 14. a 18. rokiem życia, natomiast u chłopców między 18. a 26. rokiem życia (por. Mond i in., 2014). Dane dotyczące rozpowszechnienia różnych form zaburzeń odżywiania w populacji globalnej z lat 2000–2018 wskazują na niemal dwukrotny wzrost ich występowania – z 3,4% do 7,8% (por. Galmiche i in., 2019). Z kolei przegląd badań z lat 1999–2022 wykazał, że globalny odsetek dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania sięgał aż 22,4% (Lopez-Gil i in., 2023). W porównaniu z innymi zaburzeniami psychicznymi, zaburzenia odżywiania – zaraz po zaburzeniach związanych z nadużywaniem substancji – charakteryzują się drugim najwyższym wskaźnikiem śmiertelności (Chan i in., 2023). Sam jadłowstręt psychiczny należy do grupy zaburzeń psychicznych o najwyższym ryzyku śmierci (Harris i Barraclough, 1998; Arcelus i in., 2011). Choć około dwie trzecie pacjentów z zaburzeniami odżywiania ostatecznie wraca do zdrowia, u niemal jednej czwartej choroba przyjmuje postać przewlekłą (Solmi i in., 2024). Tak wysoki stopień zagrożenia życia wynika z faktu, że zaburzenia odżywiania bardzo często

współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: depresja, zaburzenia nastroju i lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, uzależnienia oraz zaburzenia osobowości, co znacząco komplikuje zarówno proces diagnozy, jak i leczenia. Dodatkowo obecność chorób somatycznych – w tym osteoporozy, zaburzeń rytmu serca czy przewlekłych problemów żołądkowo-jelitowych – obniża jakość życia, zwiększa ryzyko powikłań zdrowotnych i utrudnia powrót do zdrowia (Keski-Rahkonen i Mustelin, 2016; McNaught i in., 2020; Ágh i in., 2016; Mitchison i in., 2019).

W literaturze przedmiotu i badaniach z ostatnich 20 lat coraz większą uwagę poświęca się temu, jak młodzi ludzie postrzegają i rozumieją zaburzenia odżywiania, jak problem ten percypuje ich otoczenie oraz jakiej natury bariery utrudniają diagnozowanie i podejmowanie leczenia. Na pierwszy plan wysuwają się co najmniej dwie kluczowe kwestie. Po pierwsze, niska świadomość i poziom wiedzy na temat zdrowia psychicznego (ang. *mental health literacy* – MHL), rozumiany jako ograniczona znajomość objawów, przyczyn i dostępnych form leczenia zaburzeń odżywiania zarówno w społeczeństwie, jak i wśród samych nastolatków. Po drugie, procesy związane ze stygmatyzacją, obejmujące zarówno stygmatyzację zewnętrzną (społeczną), jak i autostygmatyzację (indywidualną) oraz związane z nimi konsekwencje psychospołeczne, które łączą się z doświadczaniem lęku, wstydu, odczuwane przez osoby chorujące. W tym kontekście wskazuje się na zróżnicowanie doświadczeń zaburzeń odżywiania w zależności od płci, rasy lub pochodzenia oraz statusu społeczno-ekonomicznego, które generują odmienne wzorce występowania, postrzegania choroby i korzystania z pomocy w różnych grupach społeczno-demograficznych.

Poniższy artykuł opiera się na danych zebranych w ramach przeglądu narracyjnego literatury przedmiotu (ang. *narrative review*) (Ferrari, 2015; Nakano i Muniz, 2018). Dokonano analizy publikacji z ostatnich 25 lat dotyczących wiedzy, postrzegania i stereotypizacji zaburzeń odżywiania

wśród młodzieży i młodych dorosłych w wieku od 14 do 24 lat. Łącznie przeanalizowano 30 tekstów pochodzących z baz danych, takich jak: Google Scholar, PubMed, Scopus, Web of Science, Scirus oraz Social Science Research Network (SSRN), a także z serwisów akademickich, tj.: Academia.edu i ResearchGate, co pozwoliło uwzględnić najnowsze publikacje, w tym preprinty i raporty. Strategia wyszukiwania obejmowała kombinacje słów kluczowych w języku polskim i angielskim, m.in.: „wiedza na temat zaburzeń odżywiania wśród nastolatków”, „percepcja zaburzeń odżywiania u nastolatków i młodych dorosłych”, „stereotypy na temat zaburzeń odżywiania”, „fakty i mity na temat zaburzeń odżywiania” itp. Przegląd koncentrował się na badaniach empirycznych – zarówno ilościowych (np. badania sondażowe, kohortowe), jak i jakościowych (wywiady pogłębione, studia przypadków), oraz na opracowaniach przeglądowych, takich jak: przeglądy systematyczne, *scoping reviews* i metaanalizy. Kryteriami włączenia były: (1) publikacje recenzowane, w tym artykuły naukowe i rozdziały w monografiach, (2) badania dotyczące adolescentów, młodych dorosłych lub populacji ogólnej (te ostatnie, jeżeli zawierały wnioski istotne dla grupy wiekowej 14–24 lat), (3) prace podejmujące problematykę wiedzy i percepcji zaburzeń odżywiania, postaw wobec zaburzeń odżywiania (w tym stereotypów i autostereotypów), barier w szukaniu pomocy, różnic płciowych, demograficznych czy etnicznych.

Proces selekcji przebiegał dwuetapowo: najpierw na podstawie tytułów i streszczeń odrzucono prace niespełniające kryteriów tematycznych, następnie przeprowadzono pełnotekstową analizę kilkudziesięciu najbardziej relevantnych publikacji. Zebrane informacje zsyntetyzowano opisowo, grupując wyniki według kluczowych zagadnień. W przypadku zbieżnych ustaleń różnych autorów wskazywano najnowsze lub najbardziej kompleksowe źródła. Niniejsze opracowanie prezentuje przykłady badań ilustrujących każdy z omawianych problemów.

Wiedza a rozpoznawanie i postrzeganie zaburzeń odżywiania

Mental health literacy (MHL) odnosi się do poziomu wiedzy i przekonań jednostki dotyczących zaburzeń psychicznych, które warunkują zdolność ich rozpoznawania, zarządzania nimi oraz zapobiegania im (Jorm i in., 1997; Jorm, 2000, 2012). Wysoki poziom wiedzy stanowi kluczowy czynnik skutecznego radzenia sobie z zaburzeniami odżywiania – sprzyja wcześniejszemu rozpoznaniu problemu, lepszemu zrozumieniu potrzeby podjęcia leczenia oraz bardziej aktywnemu uczestnictwu w procesie zdrowienia (Carpintero-Bla i in., 2024).

W ciągu ostatnich 20 lat zainteresowanie badaniami nad wiedzą na temat zaburzeń odżywiania (ED-MHL) wyraźnie wzrosło. Przegląd opracowań naukowych obejmujący lata 1997–2017 wykazał, że liczba publikacji naukowych na ten temat zwiększyła się z 32 w latach 1997–2001 do 98 w latach 2012–2017 (Bullivant i in., 2020). Początkowo w badaniach koncentrowano się głównie na jadłowstręcie psychicznym i bulimii psychicznej, analizując postawy związane z rozpoznawaniem choroby, poszukiwaniem pomocy i wiedzą o dostępnych formach leczenia. Mimo że zakres podejmowanych w literaturze naukowej zagadnień systematycznie się poszerza, nadal obserwuje się istotne luki badawcze. Wciąż brakuje rzetelnych danych dotyczących postaw wobec mniej rozpowszechnionych zaburzeń odżywiania, takich jak: wybiórczość jedzeniowa, ortoreksja psychiczna czy zespół jedzenia nocnego. Niewystarczająco rozpoznany pozostaje także problem zaburzeń odżywiania wśród mężczyzn oraz przedstawicieli mniejszości etnicznych, a nasza wiedza na temat skuteczności dostępnych form pomocy i psychoterapii w tych grupach jest wciąż ograniczona.

Badania porównawcze prowadzone od początku XXI wieku konsekwentnie wskazują na niski poziom wiedzy dotyczącej zaburzeń odżywiania.

Wiele młodych osób nie potrafi rozpoznać u siebie ani u rówieśników symptomów rozwijającego się zaburzenia oraz nie wie, gdzie szukać profesjonalnej pomocy (Nicula i in., 2022; Grennan i in., 2022). W badaniach wykorzystujących winiety diagnostyczne jedynie 14,5% studentek prawidłowo zidentyfikowało u bohaterki opisu objawy bulimii psychicznej (Nicula i in., 2022). W badaniu König i współpracowników przeprowadzonym wśród niemieckiej młodzieży i dorosłych, osoby o niskim poziomie wiedzy na temat zdrowia psychicznego znacznie częściej spełniały kryteria zaburzeń odżywiania w testach przesiewowych niż ich lepiej poinformowani rówieśnicy (König i in., 2024). Podobne wyniki uzyskali słowaccy badacze, którzy stwierdzili istotny związek między ograniczoną wiedzą a nasileniem objawów – szczególnie wśród osób postrzegających siebie jako mające nadmierną masę ciała (Boberová i Husárová, 2021).

Co interesujące, inne badania wykazały, że osoby cierpiące na anoreksję psychiczną lub bulimię psychiczną charakteryzują się niższą świadomością zdrowotną, lecz jednocześnie posiadają wyższy poziom faktycznej wiedzy o zaburzeniach w porównaniu z osobami zdrowymi. Jeszcze bardziej zaskakujące są wyniki włoskich badaczy, w których kobiety z doświadczeniem zaburzeń odżywiania rzadziej rozpoznawały bulimię psychiczną w opisie przypadku niż osoby bez takich doświadczeń (Campanino i in., 2023).

Młodzi ludzie często zaprzeczają istnieniu choroby albo wierzą, że poradzą sobie z nią sami. Zachowania takie jak: ograniczanie jedzenia, napady objadania się czy prowokowanie wymiotów bywają usprawiedliwiane „modą na dietę” lub są traktowane jako nieszkodliwe „eksperymenty” okresu dorastania. Badania wskazują natomiast, że gotowość do szukania pomocy jest silnie powiązana z poziomem wiedzy o problemie (Mojtabai i in., 2011; Beljouw i in., 2010; Henderson i in., 2017). W badaniu dotyczącym zespołu kompulsywnego objadania się ponad połowa młodych Kanadyjczyków (58,7%) poprawnie rozpoznała

zaburzenie u opisywanej osoby, co stanowi istotny wzrost w porównaniu do wcześniejszych badań, gdzie odsetek trafnych diagnoz wynosił zaledwie 12–19% (Hollett i in., 2023). Najczęściej wskazywaną przyczyną problemu były czynniki psychologiczne (46,8%), a zdecydowana większość respondentów uznała, że opisywana osoba powinna poszukać profesjonalnej pomocy (91,9%). Natomiast wiedza o skutecznych formach leczenia okazała się ograniczona, co z kolei pokazuje, że ogólna świadomość szkodliwości zaburzeń odżywiania stopniowo rośnie, jednak szczegółowa wiedza dotycząca rozpoznawania i leczenia wciąż jest domeną mniejszości.

Niska świadomość złożoności problemu zaburzeń odżywiania dotyczy nie tylko samych nastolatków, lecz także dorosłych z ich otoczenia – rodziców, nauczycieli i lekarzy, którzy często odgrywają kluczową rolę w rozpoznaniu pierwszych objawów i inicjowaniu pomocy. Przegląd 21 badań opublikowanych do 2015 roku wykazał, że w 8 z 9 analizowanych prac odnotowano braki w wiedzy klinicystów na temat diagnostyki i postępowania w przypadku zaburzeń odżywiania. Przykładowo, w amerykańskim badaniu personelu oddziału pediatrycznego 75% pielęgniarek i 67% rezydentów знаło kryteria diagnostyczne anoreksji psychicznej, a mniej niż połowa badanych była świadoma kryteriów rozpoznania bulimii psychicznej. Podobnie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii uzyskali średnio zaledwie 7,2 punktu na 18 możliwych w teście wiedzy dotyczącym zaburzeń odżywiania, co oznacza znajomość mniej niż 40% zagadnień (por. Seah, 2017; Parker i Harriger, 2020; Sala i in., 2024). Polskie badaczki (za: Wiśniewska i in., 2020, por. Godała i in., 2012) wskazują, że prawie 70% lekarzy w Polsce nie zadaje pytań w kierunku poprawnej diagnozy, co prowadzi do zaniedbania leczenia aż do momentu, w którym pacjent mierzy się z poważnymi konsekwencjami. W badaniu obejmującym 955 polskich studentów kierunków: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, dietetyki i psychologii ponad 85% ankietowanych

poprawnie rozpoznawało definicje anoreksji i bulimii, jednak szczegółowa wiedza na temat czynników ryzyka, powikłań czy kryteriów diagnostycznych tych chorób była na znacznie niższym poziomie – poprawność odpowiedzi w tych obszarach wahała się w granicach 20–60% (Górski i in., 2023). Najwyższą sumaryczną wiedzę odnotowano u studentów medycyny oraz psychologii, ale ogólny poziom przygotowania całej badanej grupy uznano za niewystarczający do przyszłej pracy z pacjentami z zaburzeniami odżywiania. Podobne wnioski płyną z innych polskich opracowań. Dla przykładu, w grupie studentek i studentów pielęgniarstwa Uniwersytetu Rzeszowskiego jedynie 3% ankietowanych uznało, że szansę na wyzdrowienie daje wyłącznie leczenie specjalistyczne, podczas gdy aż 42% błędnie sądziło, że zaburzenia odżywiania mają charakter jednorazowych epizodów (Kaczor-Pyter i Janiszewicz, 2018). W tej samej grupie badanych występowały poważne braki w znajomości mniej typowych form zaburzeń odżywiania, mianowicie żaden ze 100 studentów nie potrafił poprawnie wyjaśnić pojęcia kompulsywnego objadania się, a ponad połowa nie знаła terminów, takich jak: „ortoreksja” czy „pregoreksja”. Co prawda wszyscy ankietowani rozumieli, czym jest anoreksja, większość potrafiła także zdefiniować bulimię psychiczną, jednak brak znajomości innych jednostek chorobowych wskazuje, że programy kształcenia medycznego nie zawsze nadążają za rozwojem wiedzy o zaburzeniach odżywiania.

Braki w wiedzy i doświadczeniu lekarzy w tym zakresie dotyczą zarówno rozpoznawania objawów, wiedzy na temat rozwojowych uwarunkowań okresu dojrzewania, jak i znajomości aktualnych metod leczenia. Badania międzynarodowe z 2024 roku wykazały, że psychiatrzy osiągają najwyższy poziom wiedzy w obszarze diagnostyki i leczenia zaburzeń odżywiania oraz przejawiają najmniejszą skłonność do stygmatyzowania pacjentów z takimi zaburzeniami. Natomiast lekarze rodzinni, interniści czy chirurdzy wykazują istotne luki w wiedzy i tym samym częściej

prezentują negatywne postawy (Khaja, 2024). Także Reid i współpracownicy (Reid i in., 2009) odnotowali, że znaczna część badanych lekarzy rodzinnych nie rozpoznaje objawów zaburzeń odżywiania, a także przyznaje się do niepewności w doborze właściwej ścieżki leczenia z powodu niedostatecznego przeszkolenia specjalistycznego.

Konsekwencją takiej sytuacji jest utrudnione rozpoznawanie zaburzeń odżywiania na wczesnym etapie, co z kolei opóźnia podjęcie leczenia. Opóźnienia w udzielaniu pomocy nasilają także błędne przekonania, że tylko ciężkie przypadki zaburzeń odżywiania wymagają leczenia. W badaniu Nicula i zespołu (2022) młode pacjentki opisywały sytuacje, w których zgłaszały lekarzowi objawy, takie jak brak miesiączki czy nagły spadek masy ciała, a mimo to ich problem nie został rozpoznany, gdyż lekarz uznał, że pacjentka „wygląda zbyt zdrowo”, by mogła chorować np. na anoreksję psychiczną. Pacjentki dostają też informacje, że nie są „wystarczająco chore”, co bywa bardzo demotywujące i może wzmacniać chorobowe zachowania, np. przekonanie, że trzeba schudnąć jeszcze bardziej, aby uzyskać pomoc.

W praktyce często pomija się też pacjentów z atypową anoreksją psychiczną (która spełnia kryteria choroby poza niskim wskaźnikiem masy ciała – ang. *body mass index*, BMI) czy bulimią psychiczną bez dużego spadku masy ciała. Tymczasem osoby te także cierpią i narażone są na poważne komplikacje zdrowotne, takie jak choćby zaburzenia elektrolitowe czy problemy kardiologiczne (Golden i in., 2015).

Również nauczyciele, którzy często jako pierwsi dostrzegają problemy uczniów, deklarują, że nie czują się przygotowani do rozpoznawania zaburzeń odżywiania. Standardowe szkolenia z zakresu zdrowia psychicznego zazwyczaj koncentrują się na depresji, lękach czy ADHD, pomijając temat zaburzeń odżywiania. Braki w wiedzy sprawiają, że nawet zaangażowani wychowawcy mogą nie zauważyć subtelnych sygnałów ostrzegawczych. Badania pokazują też, że większość nauczycieli

chciałaby wspierać uczniów z problemami psychicznymi, ale potrzebuje szkoleń poświęconych konkretnie zaburzeniom odżywiania (Piran, 2016).

Wiedza a stereotypy i mechanizm autostygmatyzacji

Zaburzenia odżywiania spotykają się z silniejszą stygmatyzacją społeczną niż inne problemy natury psychicznej, takie jak np. depresja (Aird i in., 2025; Brelet i in., 2021). Osoby z zaburzeniami odżywiania doświadczają stygmatyzacji w wielu obszarach życia – w rodzinie, wśród rówieśników, w szkole, w pracy oraz w kontaktach z personelem medycznym. Bywają oceniane jako „dziwne” ze względu na wygląd lub nawyki żywieniowe, a ich problemy są nierzadko bagatelizowane czy wyśmiewane (Stangl i in., 2019; Maloney i in., 2024). Do najczęściej spotykanych stereotypów należą te dotyczące płci, wyglądu i masy ciała osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania, a także uproszczone wyobrażenia na temat przyczyn choroby. W ich ramach osobom chorującym często przypisuje się winę za pojawienie się objawów, brak samokontroli czy słabą wolę (Crisp, 2005a; Crisp i in., 2005b). Istotną rolę odgrywają również stereotypy wynikające z różnic kulturowych i społeczno-ekonomicznych (por. Gordon i in., 2022; Huryk i in., 2021).

Stereotyp związany z płcią opiera się na powszechnym przekonaniu, że *zaburzenia odżywiania dotyczą przede wszystkim białych dziewcząt i kobiet*. Zgodnie z takim przekonaniem na zaburzenia odżywiania chorują głównie młode kobiety wywodzące się z zachodniego kręgu kulturowego i wyższych warstw społecznych (*Skinny White Affluent Girls* – SWAG) (Strobel, 2022; Halbeisen i in., 2022; Halbeisen i in., 2024). Natomiast mężczyźni z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania często naznaczeni są jako „zniewieściali” (stygmatyzacja zewnętrzna), a z kolei piętno to nasila psychopatologię i sprzyja autostygmatyzacji

(stygmatyzacja wewnętrzna) (por. Murray in., 2016; Hunt i Räisänen, 2014; Coopey i Johnson, 2022; Pearl i in., 2023). Mężczyźni są postrzegani jako „przypadki nietypowe”, rzadkie, cierpiący na chorobę, która „nie przystoi prawdziwemu mężczyźnie” (Sala i in., 2024). Stereotypowe postrzeganie sprawia, że mężczyźni często nie rozpoznają własnych chorobowych zachowań, takich jak: restrykcje jedzeniowe, nadmierna aktywność fizyczna, epizody objadania się i prowokowania wymiotów, jako objawów klinicznego zaburzenia. Świadomość problemu pojawia się zazwyczaj dopiero wtedy, gdy symptomy stają się skrajnie nasilone i przewlekłe (Cooper i Johnson, 2022). Wyniki badań Lehe i współautorów (2024) pokazują, że wśród mężczyzn wysoki poziom postrzeganego stygmatu silnie koreluje z niższą skłonnością do szukania pomocy, zwłaszcza gdy objawy mają charakter stereotypowo kojarzony z kobiecością, na przykład dążenie do szczupłości czy rygorystyczne ograniczanie jedzenia. Mężczyźni najbardziej obawiają się właśnie tych aspektów zaburzeń odżywiania, które w powszechnym odbiorze wiążą się z dewaluacją czy utratą męskości.

Przez wiele dekad zaburzenia odżywiania postrzegano jako problem charakterystyczny przede wszystkim dla białej młodzieży wychowanej w kulturze zachodniej. Ten utrwalony w świadomości społecznej stereotyp sprawił, że jeszcze na początku XXI wieku wiele osób – w tym także część lekarzy – kwestionowało możliwość występowania anoreksji czy bulimii wśród przedstawicielek mniejszości etnicznych, takich jak Afroamerykanki, Latynoski czy Azjatki, na porównywalną skalę jak u kobiet białych (Sala i in., 2013; Huryk i in., 2021; Gordon i in., 2022). W rezultacie osoby niebiałe często pozostawały niewidoczne w systemie opieki – ich zaburzenia odżywiania rzadziej rozpoznawano, a jeśli już, to znacznie później, po dłuższym okresie trwania choroby.

Od połowy pierwszej dekady XXI wieku coraz liczniejsze badania nad zaburzeniami odżywiania

w różnych grupach etnicznych i kulturowych potwierdzają, że częstość występowania tego typu zaburzeń jest porównywalna z populacją osób białych. Choć przejawy zaburzeń mogą przybierać odmienne formy w zależności od kontekstu kulturowego, a wzorce kulturowe (np. inne kanony urody) mogą wpływać na ekspresję objawów – niemniej żadna grupa etniczna nie jest obecnie „odporną” na zaburzenia odżywiania.

Na tle innych krajów Polska jest społeczeństwem dość jednorodnym etnicznie, co kształtuje specyfikę lokalnych stereotypów dotyczących zaburzeń odżywiania. W polskim dyskursie publicznym i naukowym częściej pojawia się narracja o zaburzeniach odżywiania jako o „zachodniej chorobie” lub konsekwencji globalizacji kulturowej – szczególnie przenikania zachodnich wzorców urody – niż odniesienia do kwestii rasowych. W latach 90. anoreksja była w Polsce postrzegana niemal jako zjawisko obce i egzotyczne. Pierwsze opisy przypadków często akcentowały wpływ MTV, magazynów modowych czy kultu szczupłości „importowanego” z Ameryki Północnej. Z biegiem czasu ten stereotyp stracił jednak aktualność – od końca lat 90. liczba diagnozowanych zaburzeń odżywiania w Polsce gwałtownie wzrosła. Obecnie świadomość społeczna dotycząca ich występowania jest znacznie większa, choć nadal brakuje badań obejmujących mniejszości etniczne, imigrantów i osoby wychowane w środowiskach wielokulturowych.

Podobne zależności można zaobserwować w relacji między zaburzeniami odżywiania a statusem społeczno-ekonomicznym. Badacze zwracają uwagę, że utrwalony mit o „chorobie dobrobytu” przyczynił się do błędów w diagnozowaniu i leczeniu – prowadząc do bagatelizowania objawów u osób z niższych klas społecznych i środowisk o niższym kapitale ekonomiczno-kulturowym. Skutkiem są zarówno stereotypowe założenia otoczenia, jak i nieprawidłowe oceny specjalistów. Badania Sonnevile i Lipson (2018) wykazały, że studenci z rodzin o wyższych dochodach niemal dwukrotnie częściej rozpoznawali u siebie problem

i szybciej trafiali na leczenie w porównaniu z rówieśnikami o niższym statusie społecznym. Wynika to m.in. z barier finansowych, braku wiedzy o zdrowiu psychicznym oraz ograniczonego dostępu do specjalistów w biedniejszych dzielnicach i na terenach wiejskich. W rodzinach o wysokim statusie społecznym kwestie zdrowia, odżywiania i wyglądu bywają często podkreślane – niekiedy nadmiernie, co może paradoksalnie nasilać presję na bycie „idealnym”. Z kolei w środowiskach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym priorytetem są zwykle potrzeby podstawowe, a problem zaburzeń odżywiania schodzi na dalszy plan lub pozostaje nierozpoznany. Młodzież ze wskazanych środowisk częściej doświadcza epizodów kompulsywnego objadania się (np. w reakcji na stres), podczas gdy w grupach uprzywilejowanych dominują zachowania restrykcyjne związane z kontrolą masy ciała. Co więcej, w biedniejszych środowiskach zaburzenia te łatwiej ukryć. Utrata wagi u nastolatki może zostać błędnie przypisana gorszemu odżywieniu z powodu sytuacji materialnej, a nie celowej głodówce. Podobnie objadanie się tanim, wysokokalorycznym jedzeniem nie budzi większego niepokoju niż w zamożnych rodzinach, gdzie standardy żywienia są inne. Niski status społeczny wiąże się ponadto z ograniczonym dostępem do pomocy specjalistycznej, niższą świadomością zdrowotną oraz większym ryzykiem lekceważenia objawów zaburzeń.

W Polsce dostępne dane są ograniczone, jednak wyniki pojedynczych badań i opinie ekspertów wskazują, że zaburzenia odżywiania częściej występują wśród młodzieży z rodzin o wyższym kapitale kulturowym. Przynależność do klasy średniej okazała się szczególnie typowa dla dziewcząt z anoreksją (Pilecki i in., 2016). Z kolei zaburzenia odżywiania związane z epizodami przejadania się – w tym zespół kompulsywnego objadania się – wydają się częściej pojawiać w niższych warstwach społecznych, choć obszar ten wciąż pozostaje słabo zbadany (Pilecki i in., 2016). Badania krakowskie wykazały, że matki dziewcząt chorujących na bulimię rzadziej

pracowały zawodowo, a same rodziny częściej były niepełne, co może wskazywać na istotne problemy społeczno-ekonomiczne w części przypadków. Ogólnie jednak obiektywne wskaźniki statusu społecznego – takie jak dochód czy poziom wykształcenia rodziców – nie różnicowały wyraźnie osób z zaburzeniami odżywiania od grup kontrolnych. Sugeruje to, że problem zaburzeń odżywiania występuje zarówno w rodzinach zamożnych, jak i wśród młodzieży z niższym statusem społeczno-ekonomicznym. Coraz więcej danych potwierdza, że wraz z upowszechnieniem kultu szczupłości zaburzenia odżywiania przeniknęły do wszystkich klas społecznych.

Równie szkodliwy jest stereotyp mówiący o tym, że *osoba z zaburzeniem odżywiania to wychudzona nastolatka*, jak i ten, który głosi, że *po wyglądzie widać, kto zmagają się z zaburzeniami odżywiania*. W rzeczywistości znaczna część osób cierpiących na zaburzenia odżywiania ma masę ciała mieszczącą się w normie – szczególnie w przypadku bulimii psychicznej czy napadowego objadania się. W badaniu Sali (2024) uczestnicy zdecydowanie częściej rozpoznawali objawy anoreksji psychicznej i bulimii psychicznej niż kompulsywnego objadania się, co może wynikać z faktu, że te pierwsze bardziej odpowiadają stereotypowemu obrazowi choroby (np. wychudzona czy bardzo szczupła sylwetka), podczas gdy kompulsywne objadanie się nie mieści się w tym schemacie. „Nietypowe objawy” opóźniają tym samym proces diagnozowania.

Stereotyp, według którego zaburzenia odżywiania są jedynie „kwestią stylu życia” lub kaprysem młodych ludzi, którzy „mogliby po prostu zacząć jeść albo przestać się objadać, gdyby chcieli”, przerzuca odpowiedzialność za chorobę na osobę chorującą. Tego rodzaju przekonanie sugeruje, że źródłem problemu są próżność, brak silnej woli lub potrzeba zwrócenia na siebie uwagi. Z tym wizerunkiem ściśle wiąże się stereotyp winy – osoby z zaburzeniami odżywiania są często postrzegane jako te, które „same są sobie winne”. Brelet i współpracownicy (2021) potwierdzają,

że przypisywanie winy osobom chorym jest powszechne – we wszystkich analizowanych próbach badani oceniali osoby z zaburzeniami odżywiania jako w dużym stopniu odpowiedzialne za swój stan. Konsekwencją stereotypu „sami jesteście sobie winni” jest bagatelizowanie powagi tych zaburzeń. W badaniu Aird i in. (2025) wykazano, że w porównaniu z depresją zaburzenia odżywiania są postrzegane jako mniej poważne i bardziej „zawinione”. Dotyczy to szczególnie zespołu kompulsywnego objadania się, który oceniano jako „mniej istotny problem” niż anoreksję czy bulimię. Chorzy z tym rozpoznaniem byli często odbierani jako osoby pozbawione silnej woli lub leniwe, które „po prostu za dużo jedzą”.

Takie przekonania prowadzą do szczególnej stygmatyzacji osób, u których objawy nie wiążą się z widoczną utratą masy ciała. Co więcej, stygmatyzacja nie ogranicza się jedynie do opinii społecznych – ma też głęboki wpływ na samych pacjentów. Młode osoby z zaburzeniami odżywiania często internalizują negatywne przekazy otoczenia, doświadczając wstydu, poczucia winy i niskiej samooceny, które z czasem mogą stać się elementem ich tożsamości. To zjawisko określa się mianem autostygmatyzacji (stygmatyzacji wewnętrznej) – procesu, w którym osoba chorująca uwewnętrznia przypisywane jej społecznie negatywne cechy i oceny (por. Hunt i Räisänen, 2014; Griffiths i in., 2015; Coopey i Johnson, 2022).

Badanie ankietowe z 2024 roku pokazało, że największą barierą w poszukiwaniu pomocy była obawa, iż „inni ludzie nie uznają zaburzeń odżywiania za prawdziwą chorobę” (Wall i in., 2024). Z kolei badania Griffithsa i współpracowników (2015, 2020) oraz Coopey i Johnson (2022) wykazały, że odczuwane piętno sprzyja poczuciu wyobcowania i izolacji społecznej, które z kolei nasilają objawy – m.in. epizody objadania się czy depresję towarzyszącą anoreksji. W efekcie powstaje błędne koło: im silniejszy autostygmat i wynikające z niego wycofanie, tym cięższy przebieg choroby, co dodatkowo wzmacnia negatywne przekonania pacjenta o sobie („Jestem beznadziejny, skoro

nie potrafię normalnie jeść”). Wyniki licznych badań potwierdzają, że autostygmatyzacja obniża dobrostan psychiczny, pogłębia objawy i znacząco osłabia motywację do leczenia.

Podsumowanie i zakończenie

Przegląd literatury naukowej dotyczącej postrzegania i doświadczania zaburzeń odżywiania przez młodzież pokazuje, że na przebieg choroby wpływają nie tylko czynniki medyczne, lecz także reakcje otoczenia, przekonania samych chorych oraz dostępność wsparcia. Z tej perspektywy wyłania się złożony obraz powiązań psychospołecznych, które mają istotne konsekwencje praktyczne.

Na pierwszy plan wysuwa się spirala wzajemnie wzmacniających się zjawisk: stygmatyzacji i niewystarczającej wiedzy. Stygmatyzacja sprzyja powstawaniu mitów, co ogranicza świadomość społeczną, a brak wiedzy prowadzi do utrwalania stereotypów i wzrostu lęku. W rezultacie młodzi ludzie doświadczają podwójnej presji – wewnętrznego wstydu i poczucia winy oraz zewnętrznego bagatelizowania i krytyki. To tłumaczy, dlaczego mimo szerokiego dostępu do informacji odsetek młodzieży korzystającej z profesjonalnej pomocy wciąż pozostaje niski (Nicula i in., 2022). Wyniki te potwierdzają badania Grennan i współpracowników (2022), którzy wskazali, że brak wsparcia społecznego i niski poziom wiedzy o zaburzeniach odżywiania stanowią kluczowe bariery w poszukiwaniu pomocy.

Kolejnym wnioskiem jest utrzymywanie się zawężonego obrazu zaburzeń odżywiania w świadomości społecznej – utożsamianych głównie z anoreksją psychiczną u młodych kobiet. Dopiero w ostatnich latach badania zaczęły uwzględniać inne grupy, w tym chłopców i mężczyzn, osoby LGBTQ+ oraz przedstawicieli mniejszości etnicznych. Równocześnie nierówności ekonomiczne powodują, że osoby zamożniejsze szybciej trafiają na leczenie, mimo podobnego nasilenia objawów. W związku z tym coraz częściej pojawia

się postulat „ED equity” – równości w dostępie do diagnostyki i terapii niezależnie od płci, pochodzenia czy statusu społecznego.

Kompetencje zdrowotne w obszarze zaburzeń odżywiania stanowią stosunkowo nowe, lecz dynamicznie rozwijające się pole badań i praktyki. Dostępne dane empiryczne potwierdzają, że zwiększanie wiedzy wśród młodzieży, rodziców i nauczycieli przynosi wymierne korzyści: ułatwia wczesne rozpoznanie problemu, ogranicza stygmatyzację i wzmacnia motywację do szukania pomocy. Liczne programy edukacyjne – od krótkich warsztatów po kompleksowe kursy szkolne – skutecznie podnoszą poziom wiedzy i redukują uprzedzenia.

Wyzwaniem na przyszłość jest jednak dotarcie z edukacją do wszystkich grup – zwłaszcza chłopców, mniejszości etnicznych i młodszych nastolatków – oraz utrzymanie efektów edukacyjnych w dłuższej perspektywie. Niezwykle ważne jest też włączenie tematyki zaburzeń odżywiania do szerszych programów promocji zdrowia psychicznego w szkołach. Choć samo podnoszenie poziomu wiedzy nie rozwiąże całego problemu, stanowi kluczowy element strategii ograniczania skali zaburzeń odżywiania.

Z przeglądu literatury wynika jednoznaczny wniosek: potrzebne jest systematyczne rozwijanie i kontynuowanie programów edukacyjnych zwiększających świadomość w tym obszarze. Im więcej młodych ludzi, rodziców i nauczycieli pozna fakty i odrzuci krzywdzące mity, tym większe będą szanse na wczesną interwencję i skuteczne leczenie.

Bibliografia

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B.K., Vokó, Z. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating Weight Disorder*, 21, 353–364.
- Aird, C.S., Reisinger, A.A.B., Webb, N.S., Gleaves, H.D. (2025). Comparing social stigma of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder: A quantitative experimental study. *Journal of Eating Disorders*, 13, 15.

- Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724–731.
- Banas, D.A., Redfern, R., Wanjiku, S., Lazebnik, R., Rome, E.S. (2013). Eating disorder training and attitudes among primary care residents. *Clinical Pediatrics*, 4, 355–361.
- Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B., Bensing, J. (2010). Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services*, 61(3), 250–257.
- Bullivant, B., Rhydderch, S., Griffiths, S., Mitchison, D., Mond, J.M. (2020). Eating disorders “mental health literacy”: A scoping review. *Journal of Mental Health*, 9(3), 336–349.
- Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P.-M., Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(8), 28–34.
- Campanino, C., Falone, A., Rossi, E., Angeletti, L., Cassioli, E., Gemignani, S., Brogioni, G., Castellini, G., Bonaccorsi, G., Mannucci, E., Ricca, V., Rotella, V. (2023). Health literacy in female patients affected by anorexia nervosa and bulimia nervosa: A cross-sectional study with pair-matched controls. *Eating Weight Disorder – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28, 59.
- Carpintero-Bla, G.E., Vélez-Vélez, E., Martínez-Miguel, E., Tovar-Reinoso, A., Del Pozo-Herce, P., González-Navajas, C., Gómez-Moreno, C. (2024). Understanding Family Experiences: A Study on Mental Health Literacy in Adolescent Eating Disorder Diagnoses. *Nursing Reports*, 14, 4145–4161.
- Chesney, E., Goodwin, G.M., Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153–160.
- Coopey, E., Johnson, G. (2022). “The male elephant in the room”: A qualitative evidence synthesis exploring male experiences of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10, 131.
- Corrigan, P.W., Druss, B.G., Perlick, D.A. (2012). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.
- Crisp, A.H. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review*, 13(3), 147–152.
- Devoe, D.J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D.K., Patten, S.B., Soumbasis, A. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal Eating Disorder*, 56, 5–25.
- Feldhege, J.M., Gulec, H., Moessner, M., Stieler, Ch., van Stipelen, J., Bauer, S. (2022). Stigmatization and attitudes toward eating disorders: a comparison between native German adolescents, Turkish immigrant adolescents in Germany, and native Turkish adolescent. *Journal of Mental Health*, 31(1), 99–108.
- Ferrari, M. (2015). Understanding the feasibility of integrating the eating disorders and obesity fields: The beyond obesity and disordered eating in youth. *Eating Weight Disorder*, 20(2), 257–269.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavollaci, P.M. (2019) Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 402–413.
- Golden, N.H., Katzman, D.K., Sawyer, S.M., Ornstein, R.M., Rome, E.S., Garber, A.K., Kohn, M.R. (2015). Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 121–125.
- Gordon, K.H., Perez, M., Joiner, T.E. (2002). The impact of racial stereotypes on eating disorder recognition. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 219–224.
- Górski, M., Całyniuk, B., Garbicz, J., Szynal, K., Górka, K., Polaniak, R. (2023). Wiedza studentów wybranych kierunków studiów na temat specyficznych zaburzeń odżywiania. *Annales Academiae Medicinae Silesiensis*, 77, 67–74.
- Godala, M., Karasińska, E., Trafalska, E., Kolmaga, A., Szatko, F. (2012). Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat zaburzeń odżywiania. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(1), 80–85.
- Grennan, L., Nicula, M., Pellegrini, D., Giuliani, K., Crews, E., Webb, Ch., Gouveia, M.-R., Loewen, T., Couturier, J. (2022). “I’m not alone”: A qualitative report of experiences among parents of children with eating disorders attending virtual parent-led peer support groups. *Journal of Eating Disorders*, 10.
- Griffiths, S., Mond, J.M., Zhicheng, Li., Gunatilake, S., Murray, B., Sheffield, T., Touyz, S. (2015). Self-stigma of seeking treatment and being male predict an increased likelihood of having an undiagnosed eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 48(6).
- Griffiths, S., Yager, Z. (2019). Gender, embodiment, and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 64(4).
- Griffiths, S., Murray, S.B. (2020). Eating Disorders in Men: A Review. *Current Psychiatry Report*, 22(4).
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11–53.
- Halbeisen, G., Brandt, G., Paslakis, G. (2022). A plea for diversity in eating disorders research. *Frontiers In Psychiatry*, 13.
- Halbeisen, G., Laskowski, N., Brandt, G., Waschescio, U., Paslakis, G. (2024). Eating disorders in men: An underestimated problem, an unseen need. *Deutsches Ärzteblatt International*, 121(3).
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., Thornicroft, G. (2017). Relationships between anti-stigma programme awareness, disclosure comfort and intended help-seeking regarding a mental health problem. *British Journal of Psychiatry*, 211(5), 316–322.
- Hunt, K., Räisänen, U. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: A qualitative interview study. *BMJ Open*, 4(4).
- Huryk, M.K., Drury, R.C., Loeb, L.K. (2021). Diseases of affluence? A systematic review of the literature on socioeconomic diversity in eating disorders. *Eating Behaviors*, 43.
- Hollett, K.B., Pennell, J.M., Carter, J.C. (2023). A vignette study of mental health literacy for binge-eating disorder in a self-selected community sample. *Journal of Eating Disorders*, 11(69).
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 66(4), 182–186.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: A review of literature. *Psychological Medicine*, 30(3), 467–475.
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*, 67(3), 231–243.
- Kaczor-Pyter, B., Januszewicz, P. (2018). Wiedza dotycząca zaburzeń odżywiania w opinii studentów pielęgniarstwa. *Medycyna Rodzinna*, 3, 199–207.
- Korpak, P., Korpak, A., Berski, W. (2019). Przekonania i stereotypy dotyczące anoreksji wśród studentów Akademii Ignatianum w Krakowie. *Żywność Człowieka i Metabolizm*, 1(46), 75–77.

- König, L. i in. (2024). Eating disorders and health literacy in Germany: Results from two representative samples of adolescents and adults. *Frontiers in Psychology*, 15.
- Keski-Rahkonen, A., Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion Psychiatry*, 29, 340–345.
- Koreshe, E. i in. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11, 38.
- Lehe, M.S., Halbeisen, G., Steins-Loeber, S., Paslakis, G. (2024). Invisible walls? Stigma-related perceptions are associated with reduced help-seeking intentions for disordered eating in men. *Journal of Eating Disorders*, 12, 1–14.
- Lopez-Gil, J.F., Garcia-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A.M. (2023). Global proportion of disordered eating in children and adolescents A systematic review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 177, 363–372.
- Maloney, R., Lunney, L., Lennox, O.-M., Vaughan, E., Kelly, C. (2024). Stigma Experience of Men with Eating Disorders: A Scoping Review. *Journal of Social Care*, 4(4), 1–31.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N.A., Druss, B., Wang, P.S. (2011). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 151–161.
- Mond, J., Mitchison, D., Hay, P. (2014). Eating disordered behavior in men: Prevalence, impairment in quality of life, and implications for prevention and health promotion. In: L. Cohn, R. Lemberg (Eds), *Current Findings on Males with Eating Disorders* (pp. 195–215). Taylor & Francis.
- McLean, C.P., Anderson, E.R. (2011). A moderated mediation model of the relationship between gender and eating disorders. *Eating Disorders*, 19(2), 139–155.
- McNaught, E., Treasure, J., Griffiths, J. (2023). *Eating Disorders: The Basics*. Imprint Routledge.
- Murray, S.B., Griffiths, S., Mond, J.M. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: conceptualizing muscularity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 414–415.
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K.M., Murray, S.B., Hay, P. (2019). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 981–990.
- Nakano, D., Muniz, Jr., J. (2018). Writing the literature review for an empirical paper. *Production*, 28, 1–9, 1–6.
- Nicula, M., Pellegrini, D., Grennan, L., Bhatnagar, N., McVey, G., Couturier, J., (2022). Help-seeking attitudes and behaviours among youth with eating disorders: A scoping review. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1–10.
- O'Brien, K.S., Hunter, J.A. (2007). The influences of weight stigma on the self-perception and health of individuals living with obesity: A systematic review. *BMC Public Health*, 7(1), 1–11.
- Parker, L.L., Harriger, J.A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: A review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–20.
- Pearl, L.R., Austin, S.B., Jebeile, H., D'Adamo, L., Wilfley, D. (2023). Opportunities to advance research, intervention, and policy on stigma, eating disorders, and body image. *Journal of Eating Disorders*, 11(132), 1–3.
- Pilecki, M.W., Kowal, M., Woronkiewicz, A., Kryst, Ł., Sobiecki, J. (2014). The socioeconomic status and family context of eating attitudes and dietary behaviours of children in Polish primary schools. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 5–13.
- Piran, N. (2016). Teachers: On “being” (rather than “doing”) prevention. *Eating Disorders*, 24(1), 54–62.
- Puhl, R.M., Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: A review and a solutions. *Obesity*, 17(5), 941–964.
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A.M., Trott, M., Firth, J. (2024). Outcomes in people with eating disorders: A transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23, 124–138.
- Sonneville, K.R., Lipson, S.K. (2018). Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *International Journal of Eating Disorder*, 51(6), 518–526.
- Sala, M., Reyes-Rodríguez, M.L., Bulik, C.M., Bardone-Cone, A. (2013). Race, Ethnicity, and Eating Disorder Recognition by Peers. *Eating Disorder*, 21(5), 423–436.
- Sala, M., Coll, S., Flamer, R. (2024). Gender stereotypes in eating disorder recognition. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia. Bulimia and Obesity*, 29, 423–436.
- Strobel, C.B.S. (2022). The Shadow that Hovered Over: Gender Salience in Eating Disorder Recovery. *Gender Issues*, 39, 368–386.
- Wall, P.L., Fassnacht, D.B., Fabry, E., O'Shea, A.E., Houlihan, C., Mulgrew, K., Ali, K. (2024). Understanding stigma in the context of help-seeking for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 12, 1–13.