

Elżbieta Nitendel-Bujakowa*, Leszek Szewczyk**

**WPLYW CZŁONKÓW RODZINY NA UJAWNIE NIE SIĘ
ZESPOŁU JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO.
CZĘŚĆ I: SAMOOCENA OSOBY CHOREJ NA ANOREKSJĘ
A OCENY DOKONANE PRZEZ JEJ RODZICÓW**

**THE IMPACT OF FAMILY MEMBERS ON ANOREXIA NERVOSA OUTCOME
PART I. SELF-EVALUATION OF AN ANORECTIC PATIENT
AND THE EVALUATION DONE BY HER PARENTS**

*Poliklinika Dziecięcego Szpitala Klinicznego AM w Lublinie

Kierownik: dr n. med. Jolanta Niewiedziół

*Specjalistyczna Poradnia Psychoprofilaktyki i Terapii Rodzin

Dyrektor: mgr Grażyna Soszyńska

**Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii AM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Leszek Szewczyk

**anorexia nervosa
self evaluation**

W artykule zostały przedstawione wyniki badań dotyczących obrazu samych siebie dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny. Porównano samoocenę dziewcząt chorych z ocenami tych samych cech dokonanymi przez ich matki i ojców.

Summary: The authors present the results of studies concerning self-evaluation of girls with anorexia nervosa and compare these opinions with evaluations of the same parameters expressed by their mothers and fathers. The study covered 38 girls with anorexia nervosa and 38 healthy girls of the same age selected in couples, who evaluated themselves by completing the Giessen Test (GT). Mothers and fathers evaluated their daughters by means of the same test. A statistically significant difference was observed with respect to the scale of social resonance — in the mothers' opinions, while according to the fathers, apart from social resonance, the difference also concerned a basic mood scale. Both mothers and fathers evaluated their daughters as more popular, esteemed, easily gaining other people's favour, perceived as valuable, taking care of their appearance, and effective in pursuing goals. This evaluation was higher, compared to that expressed by their daughters. Fathers perceived their daughters as less depressive than the girls perceived themselves. In the group of healthy girls self-evaluation was similar to the evaluation by their parents. This may be the cause of conflict situations between girls with anorexia and their parents.

Wstęp

Analizując literaturę psychologiczno-psychiatryczną dotyczącą jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) trudno stworzyć jednorodny obraz jego etiologii i przebiegu, ty-

powych cech osobowości chorych oraz skutecznych metod leczenia. W badaniach etiologii zwraca się uwagę na wiele czynników pozostających ze sobą w interakcji: fizycznych, psychicznych, socjokulturowych i rodzinnych. Podkreślane przez wielu autorów [1–4] cechy psychiczne takie, jak: perfekcjonizm, wysoki poziom aspiracji, przy braku zaufania do siebie i zaniżonej samoocenie, są cechami zwiększającymi ryzyko zachorowania na anoreksję. Stopień i rodzaj neurotyzmu cechującego osobowość tych chorych bywa różny: mogą dominować cechy anankastyczne z perfekcjonizmem, lub cechy hysteroidalne bądź tendencje depresyjne [5]. W zachowaniach społecznych osoby te są zazwyczaj introwertywne, skrupulatne i konformistyczne [6]. W ujawnieniu się i utrzymywaniu jadłowstrętu psychicznego ważną rolę odgrywa rodzina, a szczególnie relacje zachodzące pomiędzy chorą córką a jej rodzicami.

Celem pracy jest poznanie specyficznych relacji między chorą córką a jej rodzicami i próba określenia ich związku z objawami anoreksji.

Osoby badane

Badaniom poddano 38 dziewcząt chorych na anoreksję i 38 zdrowych, w wieku od 13 do 21 lat. Dziewczęta dobrano parami ze względu na wiek, miejsce zamieszkania, typ szkoły, pozycję wśród rodzeństwa, jego liczbę i płeć, oraz wykształcenie rodziców. W grupie dziewcząt chorych wszystkie prezentują anoreksję o typie ograniczającym (restricting type). Wyeliminowano z analiz osoby z anoreksją o typie żarłoczno-wydalającym (binge eating/purging type).

Opis osób badanych stanowi swoistą charakterystykę demograficzno-społeczną dziewcząt chorujących na jadłowstręt psychiczny i ich rodzin. W tabelach 1, 2, 3 przedstawiono cechy, które mogą też mieć związek z etiologią i przebiegiem choroby. Czas trwania choroby jest zróżnicowany — 18 dziewcząt (47,4%) podało, że choruje poniżej 1 roku (w tym 14 z nich jest w wieku od 15 do 19 lat i uczęszcza do szkoły średniej); 7 dziewcząt (18,4%) swój czas chorowania określa od 1 roku do 2 lat; 13 dziewcząt (34,2%) choruje powyżej 2 lat. W tej grupie większość (10) dziewcząt ma powyżej 19 lat. Najdłuższy czas trwania choroby wynosił 8 lat. Średni czas trwania choroby w badanej grupie to 5 lat i 4

Tabela 1

Charakterystyka grupy dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny ze względu na wiek, czas choroby i typ szkoły, do której uczęszczają

Wiek badanych dziewcząt	Czas choroby w latach			Typ szkoły					Razem	
	poniżej 1	1–2	powyżej 2	SP.	Olim.	LO	Tech.	Studia	L	%
13–14	4	1	0	3	2	0	0	0	5	13,2
15–19	14	3	3	0	0	11	3	0	20	52,6
Powyżej 20	0	3	10	0	0	0	0	6	13	34,2
Razem	L	18	7	13	3	2	11	3	6	
	%	47,4	18,4	34,2	7,9	5,3	28,9	7,7	15,8	

miesiące (tabela 1).

Większość dziewcząt uczęszcza do szkoły średniej (52,6%) lub studiuje (34,2%)

(tabela 1).

Jeśli chodzi o strukturę rodziny, przedmiotem zainteresowania było posiadanie rodzeństwa przez badane dziewczęta, a także pozycja wśród rodzeństwa. Połowa badanych dziewcząt chorych na anoreksję ma co najmniej 2 rodzeństwa. Tylko dwie są jedynaczkami, a 17 (44,7%) ma brata lub siostrę. Najwięcej dziewcząt — 15 (39,6%), jest najstarszych spośród rodzeństwa, 12 (31,5%) — jest najmłodszych, środkową pozycję wśród rodzeństwa

Tabela 2

Liczba rodzeństwa i pozycja badanych chorych na anoreksję wśród rodzeństwa

Wiek badanych dziewcząt	Liczba rodzeństwa			Pozycja wśród rodzeństwa				Razem	
	0	1	≥ 2 i więcej	Najstarsza	Środkowa	Najmłodsza	Jedynaczka	L	%
13—14	0	5	0	2	0	3	0	5	100
15—19	0	4	16	5	0	7	0	16	52,6
Powyżej 19	2	0	2	0	1	2	2	12	34,3
Razem	L	2	11	19	5	9	2	24	
	%	5,2	44,1	50,7	20,8	37,5	5,2	30	100

zajmuje 9 osób (23,6%) (tabela 2).

Dodatkowo przeanalizowano wykształcenie rodziców i miejsce zamieszkania osób badanych (tabela 3). Najczęściej rodzice dziewcząt chorych na anoreksję legitymują się wykształceniem średnim: 20 ojców (52,8%) i 21 matek (55,2%), następnie wyższym: 13

Tabela 3

Charakterystyka grupy dziewcząt chorych na anoreksję ze względu na wykształcenie rodziców i miejsce zamieszkania

Wiek badanych dziewcząt w latach	Wykształcenie rodziców								Miejsce zamieszkania	
	Ojciec				Matka				Miejsce	Wiosna
	Podst.	Zaw.	Śred.	Wyż.	Podst.	Zaw.	Śred.	Wyż.		
13—14	1	1	1	2	1	0	2	2	4	1
15—19	3	1	2	4	1	2	12	5	14	6
Powyżej 19	1	2	1	3	0	0	1	6	2	1
Razem	L	5	4	20	9	2	15	13	30	0
	%	18,1	13,5	52,8	28,6	5,2	5,2	55,2	34,3	21,1

matek (34,2%) i 9 ojców (23,6%). 30 rodzin (78,9%) mieszka w mieście, 8 (21,1%) na wsi.

Organizacja badań

Badania prowadzone były indywidualnie, zarówno z dziewczętami z grupy zasadniczej, jak i kontrolnej. Czas ich trwania nie był ograniczony. Giessen Test (GT) wypełniały dziewczęta chore i zdrowe oceniając siebie (samoocena) i swe matki oraz swych ojców.

Matki i ojcowie tych dziewcząt wypełniając test GT oceniali siebie, swego partnera w małżeństwie oraz swą córkę. Analiza związku pomiędzy obrazem siebie córek chorych na jadłowstręt psychiczny a obrazem siebie ich rodziców została opracowana odrębnie w części II. Oprócz wypełniania przez rodziców Testu GT, odbyto z nimi rozmowy, których przedmiotem była sytuacja rodzinna, stan zdrowia dziewcząt, ich sytuacja szkolna, pozwalające na wykluczenie zmiennych zakłócających (np. nie włączono do grupy badawczej rodzin niepełnych, zrekonstruowanych, dziewcząt dodatkowo chorych na inne niż anoreksja choroby itp.).

Metoda badań

Giessen Test został opracowany przez D. Beckmanna, E. Brahlera i H.-E. Richtera w 1964 roku; w badaniach została wykorzystana wersja w polskiej adaptacji A. Januszewskiego [7]. Pozwala on osobie badanej opisać siebie bezpośrednio w relacji z innymi ludźmi, z uwagi na pełnione przez nią standardowe role lub opisać inne osoby ze względu na te role. Głównym celem testu jest zebranie informacji o tym, jak osoba badana opisuje siebie (self-image) lub inną osobę (other-image), koncentrując się na cechach wewnętrznych i zewnętrznych. Skrajne i różne oceny mogą stanowić projekcję sfer konfliktów przeżywanego przez badanego.

Porównanie własnej samooceny i oceny dokonanej przez osoby trzecie może dostarczyć informacji o zachowaniach obronnych badanego.

Test zawiera 40 twierdzeń dwubiegunowych. Twierdzenia tworzą 6 skal: rezonansu społecznego, dominacji, kontroli, nastroju podstawowego, otwartości i możliwości społecznych, i obejmują:

- twierdzenia dotyczące przeżyć o treści emocjonalnej (niepokój, nastrój podstawowy i kontrola siebie), tj. bojaźliwość, depresyjność;
- twierdzenia o jakości ego (introspekcja, wyobraźnia i otwartość — dostępność, fantazja, wytrzymałość, przejrzystość),
- twierdzenia dotyczące kontaktów społecznych jednostki (emocjonalna bliskość, zaufanie, zależność), jej społecznych reakcji i rezonansu społecznego.

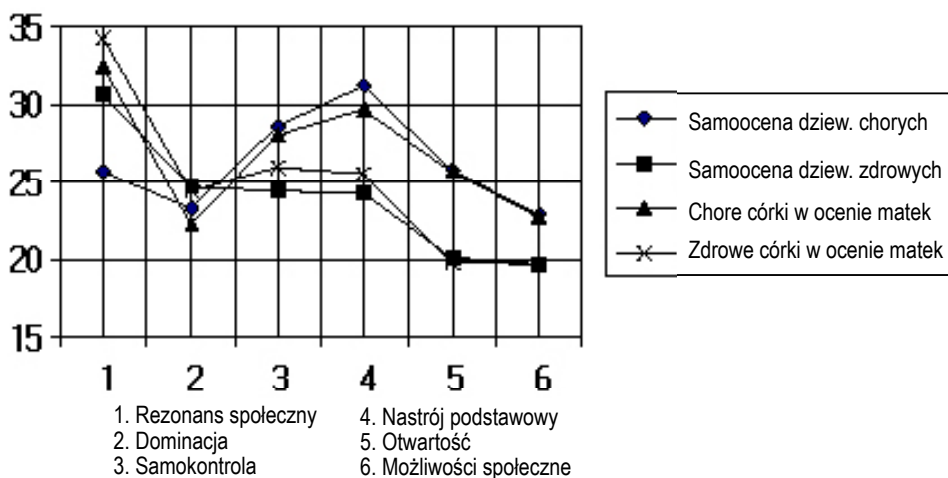
Wyniki badań

Na wykresie 1 przedstawiono zestawienie średniego nasilenia cech ujawnionych w samoocenach dokonanych przez dziewczęta chore („córka o sobie”) i ocenach dokonanych przez ich matki („matka o córce”), oraz tych średnich w odniesieniu do dziewcząt zdrowych.

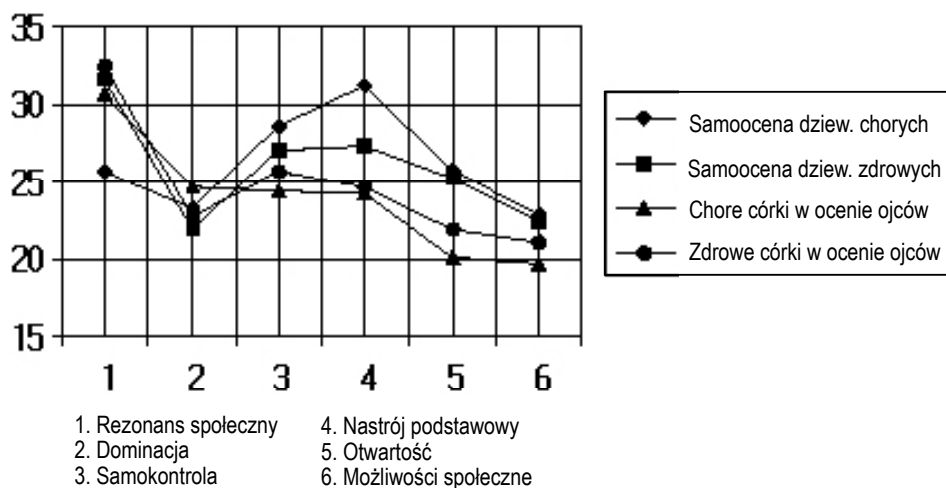
Większa różnica w obrazie „córka o sobie” — „matka o córce” w grupie dziewcząt chorych ($t = -5,829$; $p = 0,00000$), w porównaniu z grupą dziewcząt zdrowych ($t = -3,044$; $p = 0,00429$), w skali rezonansu społecznego może sugerować istnienie konfliktu pomiędzy matką a córką spowodowanego głównie projekcyjną oceną córek pochodzącą od matek. Wyobrażenie matek o umiejętnościach nawiązania i podtrzymania kontaktów towarzyskich przez ich chore córki nie odpowiada temu, co myślą na ten temat same córki.

Zestawienie ocen „córka o sobie” — „ojciec o córce” grupy dziewcząt chorych i zdro-

wych zamieszczono na wykresie 2. Największa różnica między samooceną dziewcząt chorych a oceną dokonaną przez ich ojców występuje w skali rezonansu społecznego

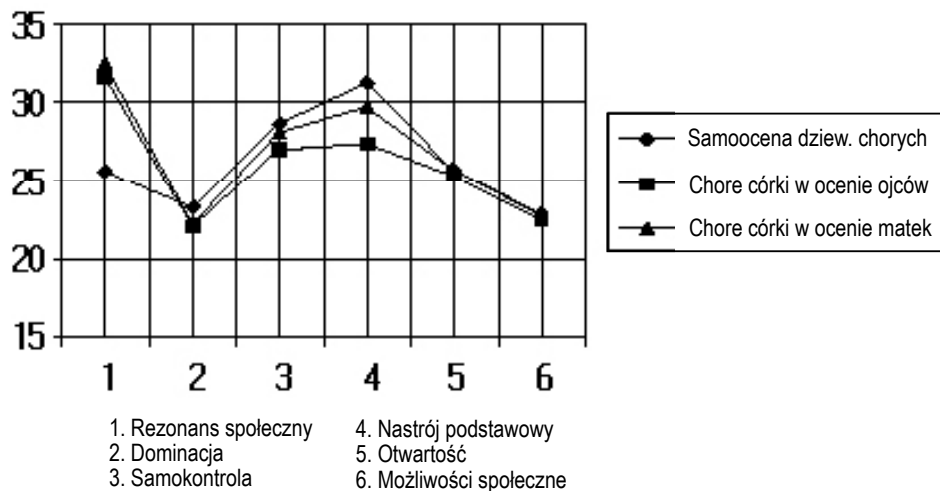


Wykres 1. Profil średnich wartości samooceny dziewcząt chorych na anoreksję i dziewcząt zdrowych oraz ocen dokonanych przez ich matki („córka o sobie” — „matka o córce”).

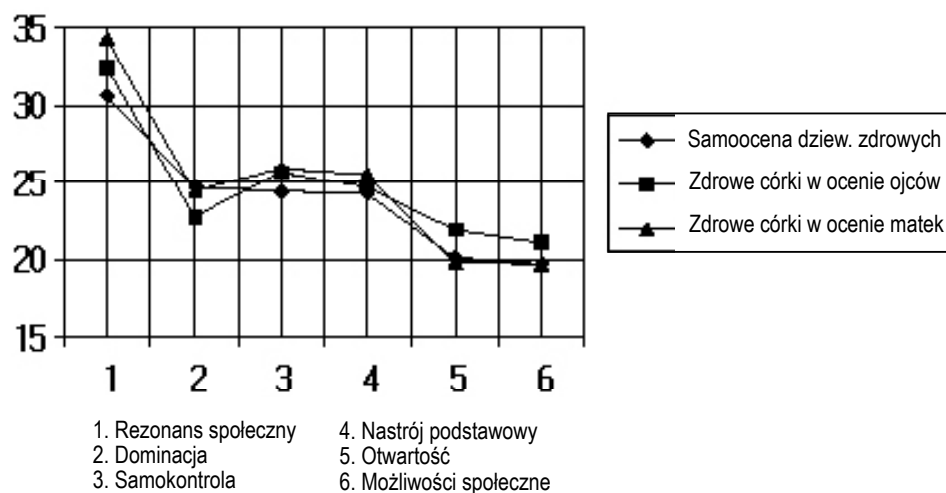


Wykres 2. Profil średnich wartości samooceny dziewcząt chorych na anoreksję i zdrowych oraz ocen dokonanych przez ich ojców („córka o sobie” — „ojciec o córce”).

($t = -5,148$; $p = 0,00001$) i nastroju podstawowego ($t = 3,105$; $p = 0,00364$). Chore dziewczęta są postrzegane przez swych ojców jako bardziej uspołecznione, a z drugiej strony mniej depresyjne niż one same sobie te cechy przypisują.



Wykres 3. Profil średnich wartości samooceny dziewcząt chorych na anoreksję i ocen dokonanych przez ich rodziców („córka o sobie” — „ojciec o córce” — „matka o córce”).



Wykres 4. Profil średnich wartości samooceny dziewcząt zdrowych i ocen dokonanych przez ich rodziców („córka o sobie” — „ojciec o córce” — „matka o córce”).

Wykres 3 przedstawia profile średnich wartości samooceny dziewcząt chorych na anoreksję i ocen dokonanych przez matkę i ojca. Podobną analizę przeprowadzono w grupie dziewcząt zdrowych, co przedstawiono na wykresie 4.

Analizując średnie profile samooceny dziewcząt chorych na anoreksję i ocen podanych przez ich rodziców (wykres 3) należy podkreślić różnicę w skali rezonansu społecznego. Rodzice zgodnie oceniają swe chore córki jako bardzo skuteczne w oddziaływaniach na środowisko, w kontaktach towarzyskich, czego one same nie doświadczają i doznają często frustracji w relacjach społecznych. Większa różnica między obrazem „córka o sobie” — „matka o córce” w porównaniu z różnicą obrazu „córka o sobie” — „ojciec o córce” świadczy o silniejszym udziale czynnika projekcji matek niż ojców w kształtowaniu się specyficznej samooceny córek, gdy chodzi o ich funkcjonowanie społeczne. Może to być powodem sytuacji konfliktowych między dziewczętami, a szczególnie, ich matkami. Ponadto tylko ojcowie przypisują swym chorym córkom lepszy, mniej depresyjny nastrój podstawowy niż ich matki oraz niż dziewczęta same sobie.

W grupie dziewcząt zdrowych ich samoocena jest zbliżona do oceny nasilenia cech dokonanej przez ojców i matki (wykres 4).

Interpretacja wyników i dyskusja

Rozbieżności w ocenach „córka o sobie”, „matka o córce”, „ojciec o córce” mogą być źródłem nieporozumień rodzinnych na tle oczekiwania innych zachowań u córki. Matki oceniając swe chore córki jedynie w skali rezonansu społecznego, oceniają je bardziej pozytywnie niż one same oceniają siebie (wykres 1). Przypisują im większą popularność, większą atrakcyjność społeczną, zdolność do postawienia na swoim oraz nadmierne zainteresowanie swoim wyglądem zewnętrznym. Zwłaszcza ta rozbieżność dotycząca dbania o wygląd zewnętrzny oddaje istotę konfliktu między matką a córką. Ich obrazy tego samego ciała, stanowiącego dla córki bardzo ważny element jej „ja”, a postrzeganego przez troskliwą matkę jako li tylko organizm fizyczny, nie przystają do siebie, gdyż funkcjonują w różnych płaszczyznach — u córki w płaszczyźnie psychologicznej, u matki zaś w płaszczyźnie biologicznej. Dopóki matka i córka nie zaczną mówić o tym samym, nie ma możliwości rozwiązania konfliktu.

Stosunkowo nieznaczne różnice wyników w pozostałych wymiarach relacji ujmowanych testem GT w samoocenach córek i ocenach ich przez matki mogą świadczyć, że relacje między dziewczętami chorymi i ich matkami układają się na ogół poprawnie i opinie córek o sobie stanowią odbicie matrycowe tego, co sądzą o nich matki.

Jakubczyk i Żechowski [8] piszą, że niezależnie od tego, jaka jest matka w rzeczywistości, dla pacjentki z anoreksją jest ona pozbawiona wad. Jeśli cokolwiek dzieje się pomiędzy nimi, to odpowiedzialność za to przejmuje na siebie chora córka. Proces taki jest ściśle powiązany z mechanizmami rozszczepionymi i konieczny jest do tego, by uchronić dobry obraz matki, a także z mechanizmami wypierania (między innymi zaprzeczaniem trudnościom w relacjach z matkami). Wydaje się, że pomoc matce i córce w oddzieleniu się i rozróżnieniu może być czynnikiem zdrowienia, stwierdzają Van Furth i wsp. [9].

Istotne rozbieżności między córką a ojcem dotyczyły również oceny rezonansu społecznego, a także nastroju podstawowego (wykres 2). Ojcowie oceniali swe chore córki jako bardziej atrakcyjne, lubiane, szanowane, doceniane niż one same widzą te cechy u siebie (w grupie zdrowych te różnice nie występują). Oceniając nastrój podstawowy ojcowie postrzegają swe córki jako mniej przygnębione, bardziej odważne, raczej niezależne niż one same o sobie sądzą (w grupie zdrowych tych rozbieżności brak).

To, co ojciec jako mężczyzna sądzi o atrakcyjności swej dorastającej córki, o jej społecznym funkcjonowaniu, niekoniecznie wyrażając to wprost, werbalnie, może być w jej przekonaniu prototypem patrzenia na nią przez rówieśników płci męskiej. Jeśli ten obraz jest klarowny i jednoznaczny, córki bez większych psychicznych oporów mogą go interioryzować i tak samo się oceniać. Niestojność i niestabilność tych ojcowskich ocen, brak potwierdzenia w codziennym życiu przekonań ojca o atrakcyjności córki nie utrwała w niej jednoznacznego obrazu siebie, a wprost przeciwnie — wzbudza u nadwrażliwej nastolatki podejrzenia, że coś jest nie tak. Z przypisywanych przez ojca cech wybiera i interioryzuje tylko te opinie, które są zgodne z jej samooceną, a odrzuca, ze względu na zbyt dużą różnicę, te które są niezgodne. Efektem konieczności odrzucenia tych niektórych opinii ojca jest utrata zaufania do jego szczerości i prawdomówności, i utwierdzenie się w przekonaniu, że w poznawaniu prawdy o sobie „można liczyć tylko na siebie”.

Rolę ojca w kształtowaniu się osobowości młodych dziewcząt analizują m.in. Fitzgerald i Lane [10] pisząc, że w literaturze przedmiotu rola ojca w etiologii zaburzeń rozwojowych dziewcząt jest często niedoceniana. U podstaw takiego przekonania może leżeć opinia, że matka dzięki instynktowi macierzyńskiemu lepiej potrafi zajmować się dzieckiem niż ojciec. Jest też uważana za ważniejszą osobę w życiu małego dziecka. Jeśli matka z tej dominującej roli nie potrafi zrezygnować, hamuje proces indywidualizacji dziecka i umiejętności nawiązywania kontaktów z osobami płci przeciwnej, a przez to utrudnia proces identyfikacji seksualnej. Taki zdominowany, wycofujący się ojciec, pomimo przyjaznego i pozbawionego ambiwalencji stosunku do córki, nie potrafi jej pomóc w okresie dorastania [11, 12].

Podsumowanie

Badaniom poddano 38 dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny i, dobranych parami, ich 38 zdrowych rówieśniczek, które wypełniały Giessen Test (GT) oceniając siebie. Matki i ojcowie tych dziewcząt oceniali za pomocą tego samego testu swe córki. Istotna statystycznie różnica wystąpiła w skali rezonansu społecznego — w ocenie matek — natomiast w ocenie ojców różnica dotyczyła, oprócz skali rezonansu społecznego, również skali nastroju podstawowego. Zarówno matki, jak i ojcowie spostrzegają swoje córki jako popularne, doceniane, łatwo pozyskujące innych, uchodzące za wartościowe, dbające o swój wygląd, skuteczne w dążeniu do celu. Ocena ta jest wyższa od tej, jaką córka ma o sobie sama. Ojcowie postrzegają swoje córki jako mniej depresyjne niż one same widzą siebie. W grupie dziewcząt zdrowych ich samoocena jest zbliżona do oceny dokonanej przez ich rodziców. Może to być powodem sytuacji konfliktowych między chorymi dziewczętami a ich rodzicami.

Piśmiennictwo

1. Bomba J, Mamrot E, Orwid M. Anorexia nervosa. W: Orwid M, red. Zaburzenia psychiczne u młodzieży. Warszawa: PZWL; 1981.
2. Bryant-Waugh R. Anorexia nervosa. W: Fisher S, Reason J, red. Handbook of life stress. Cognition and health. John Wiley and Sons Ltd.; 1988.
3. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 468-476.
4. Wolska M. Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja

i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: Collegium Medicum UJ, Kraków 1996; s. 60–65.

5. Szewczyk L, Krzaczek E. Zmiany stanu emocjonalnego u dziewcząt z zespołem anorexia nervosa w trakcie psychoterapii. W: Skłodowski M, red. Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych świata. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 1996, 84–87.
6. Szewczyk L, Jankowska H, Krzaczek E, Tarkowska A. Zmiany stanu emocjonalnego i aktywności opioidowej u dziewcząt z anorexia nervosa podczas terapii. Now. Lek. 1997; 66, suplement I: 80–83.
7. Januszewski A. Test Giessen (GT). Wprowadzenie do polskiej adaptacji (nie publ.). Lublin 1992.
8. Jakubczyk A, Żechowski C. Psychoanalityczne poglądy na zaburzenia odżywiania się. W: Namysłowska I, red. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2000, 95–106.
9. Van-Furth EF, van-Strien DC, Martina LM, van-Son MJ, Hendricks JJ, van-Engeland H. Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. Int. Eat. Disord. 1996; 20, 1: 19–31.
10. Fitzgerald JF, Lane RC. The role of the father in anorexia. J. Contemp. Psychother. 2000; 30, 1: 71–84.
11. Orwid M, Pietruszewski K. Psychiatria dzieci i młodzieży. Kraków: Collegium Medicum UJ; Kraków, 1993.
12. Iniewicz G, Józefik B, Namysłowska I, Ułasińska R. Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – cz. II. Psychiatr. Pol. 2002; XXXVI, 1: 65–81.

Adres: Specjalistyczna Poradnia Psychoprophylaktyki i Terapii Rodzin

