

## WYBRANE ASPEKTY TOŻSAMOŚCI PŁCIOWEJ DZIEWCZĄT CHORYCH NA JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY

### SOME ASPECTS OF SEXUAL IDENTITY OF GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA

Instytut Psychologii Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dyrektor: dr hab. Władysław Łosiak

**anorexia nervosa**  
**sexual identity**  
**self-esteem**

*Autorka przedstawia różne ujęcia problematyki tożsamości płciowej, która stanowi jeden z istotnych elementów obrazu siebie i jego składowych: ja „realnego”, ja „idealnego” oraz samooceny. Te aspekty obrazu siebie stanowią podstawę prezentowanych przez Autorkę badań nad oceną siebie w kategorii „męskość-kobiecość” oraz stosunkiem dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny do własnej kobiecości.*

**Summary.** The article presents the results of an empirical research on sexual identity of girls suffering from anorexia nervosa. The author introduces the theoretical concept of sexual identity. In the structure of sexual identity, which is one of the most important kinds of the individual's social identities, three aspects have been isolated, namely, a phenomenological aspect of sexual identity, conceptual aspect of sexual identity and the behavioral aspect of sexual identity. The second one, which includes self-esteem in the area of features related with sex, was the main object of interest in the study. 30 girls suffering from anorexia nervosa according to DSM-IV and 30 girls without eating problems were examined. The method used in the study was the Q technique. A significantly lower level of self-esteem in the area of features related with sex was observed in anorectic patients in comparison with girls without eating problems. Moreover, some incoherence in the content of the conceptual aspect of sexual identity in anorectic girls was revealed.

### Tożsamość płciowa

Tożsamość płciowa jest jednym z ważniejszych rodzajów tożsamości społecznej człowieka. Jest ona wyznaczana wiedzą jednostki o przynależności do określonej grupy płciowej. Autorzy zajmujący się analizą tożsamości płciowej często zawężają tę problematykę do fenomenologicznych doświadczeń lub do samowiedzy człowieka. Przykładowo, Woods [1] definiuje tożsamość płciową jako „doświadczane bycie mężczyzną lub kobietą”, „świadomość bycia rodzaju męskiego lub żeńskiego” [1, s. 24–30]. Spotyka się jednak w literaturze również szersze podejście do problematyki tożsamości płciowej, które ujmuje tożsamość jako pewną całościową, złożoną strukturę, w skład której wchodzi zarówno przeżycia, jak i pewna wiedza, a także zachowania pozostające ze sobą w określonych związkach. Ich treść miałyby decydować o unikatowym, specyficznym dla jednostki, stylu funkcjonowania psychospołecznego [2]. Zgodne z tym opisem jest szerokie ujęcie problematyki tożsamości płciowej przedstawione przez Miluską [3], która w strukturze tożsamości płciowej wyróżnia trzy aspekty: fenomenologiczny aspekt tożsamości płciowej, koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej oraz behawioralny aspekt tożsamości płciowej.

Fenomenologiczny aspekt tożsamości płciowej (poczucie tożsamości płciowej) definiuje Miluska jako „fundamentalne, egzystencjalne poczucie czyjejs męskości lub kobiecości, wiążące się z akceptacją własnej płci na psychologicznym poziomie” [s. 24]. Jest to więc „uświadomiona i uznana przynależność do grupy płciowej, wyznaczana na podstawie kryterium, jakim jest płeć biologiczna jednostki” [s. 24]. Tak zdefiniowane poczucie tożsamości płciowej jest rodzajem przedwiedzy, nieprzekładalnej na język koncepcji.

Koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej jest to ten obszar obrazu siebie, który — zorganizowany wokół kategorii płci — odzwierciedla stopień identyfikacji ze społecznym modelem kobiecości i (lub) męskości.

Pojęcia kobiecości i męskości są zwykle używane potocznie w znaczeniu czysto opisowym i teoretycznym, jako etykieta tych atrybutów, które w ramach stereotypów danej kultury w większym stopniu przysługują jednej płci niż drugiej. Wyrazem prób nadania tym pojęciom wymiaru teoretycznego jest tworzenie na gruncie naukowym modeli kobiecości i męskości. Do połowy lat siedemdziesiątych powszechnie akceptowany był model jednoczynnikowy, który zakładał, że istnieje jednoznaczny związek między płcią biologiczną a psychologiczną charakterystyką osoby. Wszystkie atrybuty, które uważano za bardziej charakterystyczne dla mężczyzn niż kobiet, traktowano w ramach tego modelu jako wskaźnik męskości, natomiast ich brak — za wskaźnik kobiecości, i odwrotnie. Model jednoczynnikowy nie przewidywał więc syntezy cech uważanych za męskie z cechami traktowanymi jako kobiece w charakterystyce tej samej osoby.

Krytyka powyższego modelu doprowadziła do wyłonienia nowego, dwuczynnikowego modelu kobiecości i męskości. Zakłada on, że każda osoba może być opisywana jednocześnie na dwóch skalach: skali męskości i kobiecości. Konfiguracja wyników na tych skalach pozwala wyróżnić cztery typy osób, które określa rodzaj relacji między ich płcią biologiczną a cechami psychicznymi. Są to: 1) osoby określone płciowo, u których cechy psychiczne odpowiadają ich płci biologicznej; 2) osoby androgyniczne, charakteryzujące się dużym nasileniem zarówno cech męskich, jak i kobiecych; 3) osoby nieokreślone płciowo, które w małym stopniu mają ukształtowane cechy zarówno męskie, jak i kobiece oraz 4) osoby krzyżowo określone płciowo, które charakteryzuje większy stopień nasilenia cech psychicznych odpowiadających płci przeciwnej niż ich płeć biologiczna. Takiej typologii osób, posługującej się dwuczynnikowym modelem kobiecości i męskości, dokonuje S.L. Bem [za: 4] w ramach swej teorii schematów płci.

Podsumowując: koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej to koncepcja własnych cech jednostki odzwierciedlająca stopień identyfikacji ze społecznym modelem kobiecości i (lub) męskości. Immanentnym składnikiem koncepcyjnego aspektu tożsamości płciowej jest samoocena wyrażająca wartość, jaką jednostka przypisuje posiadanym przez siebie cechom związanym z płcią oraz stopień zadowolenia z nich.

Trzeci z wyróżnionych przez Miluską aspektów tożsamości płciowej — aspekt behawioralny — jest „projekcją fenomenologicznego i koncepcyjnego wymiaru tożsamości w świat działań”. Ujawnia się on w odmiennych zachowaniach i odmiennym sposobie funkcjonowania psychospołecznego mężczyzn i kobiet, najwyraźniej zaś — w podejmowaniu ról płciowych.

Poruszając zagadnienie uwarunkowań tożsamości płciowej, można z dużym uproszczeniem powiedzieć, że wyznaczone biologicznie różnicowanie obu płci wzmacniane jest czynnikami społeczno-kulturowymi, do których należą stereotypy płci i role płciowe.

Stereotyp definiowany jest w literaturze jako zespół przekonań o osobistych atrybutach określonej grupy osób (w przypadku stereotypów płci — kobiet i mężczyzn), które cechuje uproszczenie i sztywność [3]. Pojęcie „atrybut” oznacza tu cechę osobowości stanowiącą podstawę — różnicującego obie płcie zachowania.

Stereotypy płci stanowią ideologiczne uzasadnienie dla ról płciowych, które — posługując się definicją roli społecznej podaną przez Mikę [5] — można opisać jako zbiór przepisów określający, jak powinny zachowywać się osoby identyfikowane jako kobiety i mężczyźni.

Odnosząc podane definicje stereotypów płci i ról płciowych do koncepcji tożsamości płciowej J. Miluskiej, można powiedzieć, że stereotypy warunkują koncepcyjny aspekt tej tożsamości, role płciowe zaś związane są z jej behawioralnym aspektem.

W naszej kulturowej tradycji role kobiece i męskie były ściśle określone i odmienne. Tradycyjną rolę męską wiązano z pracą zarobkową, robieniem kariery zawodowej i dążeniem do awansu społecznego. Stereotyp męskości zawierał takie cechy, jak: aktywność, pewność siebie, niski poziom lęku, egocentryzm i zdolność do stałego kontrolowania własnych emocji. Tradycyjne role kobiece ograniczały się do rodzenia dzieci oraz do opieki nad domem i rodziną. „Kobiecość” utożsamiano między innymi z biernością (pasywnością), uległością, niedojrzałością, małą zdolnością do kontroli własnych emocji, niskim poziomem aspiracji [6, 7]. Takie zróżnicowanie atrybutów kobiecych i męskich wyjaśniano czynnikami dziedzicznymi i uwarunkowaniami natury czysto biologicznej (esencjalizm biologiczny), co pociągało za sobą przekonanie o uniwersalności i stałości owego zróżnicowania.

Do zmiany perspektywy w podejściu do problematyki różnic płciowych w dużym stopniu przyczyniły się publikacje K. Horney [za: 8] dotyczące kulturowych uwarunkowań osobowości kobiety oraz międzykulturowe badania prowadzone przez M. Mead [9]. Pod ich wpływem zaczęto stopniowo odchodzić od esencjalizmu biologicznego i uznano wagę mechanizmów społecznych dla kształtowania ról płciowych i związanych z nimi stereotypów płci. Taka zmiana podejścia dokonująca się w nauce przebiegała równoległe ze zmianami cywilizacyjnymi oraz z silnymi tendencjami emancypacyjnymi kobiet. Wszystkie te czynniki spowodowały, że w krajach kultury zachodniej, w ciągu ostatniego półwiecza, zaczęły dokonywać się przeobrażenia w zakresie tradycyjnych ról płciowych i stereotypów płci. Nowe myślenie o naturze kobiecości i męskości wyraża się w przekonaniu, że różnice pomiędzy obiema płciami są o wiele mniejsze niż sądzono dawniej. Rola kobiety zaczęła się zbliżać do roli mężczyzny, czemu towarzyszy tendencja do podkreślania podobieństw pomiędzy obiema płciami [10].

Ze względu na silne ugruntowanie i trwałość stereotypów, proces zmian dokonujących się w ich obrębie jest procesem długotrwałym i trudnym. Tradycyjne stereotypy są nadal szeroko rozpowszechnione i funkcjonują obok nowoczesnych wzorców ról płciowych. Powoduje to konflikt pomiędzy tradycją a nowoczesnością, utrudniający podejmowanie ról płciowych oraz osiągnięcie tożsamości płciowej w jej wymiarze koncepcyjnym i behawioralnym [3, 10, 11]. Ponieważ największe przeformułowania dokonują się w obrębie stereotypu kobiecości, wydaje się zatem, że na owe trudności w większym stopniu narażone są kobiety.

### Koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej — obraz siebie

Koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej, będący jednym z obszarów obrazu siebie, można opisywać za pomocą charakterystyk, które odnoszą się do obrazu siebie jako całości.

Kulas [12] definiuje obraz siebie jako „całokształt wiedzy, wyobrażeń i pojęć jednostki o sobie, tworzący względnie trwałe system poglądów, a także — powstały na jego bazie — stosunek uczuciowy do samej siebie związany z samooceną” [s. 17]. Tak rozumiany obraz siebie nie jest strukturą jednolitą. Zazwyczaj wyróżnia się w nim trzy podstawowe komponenty: „ja realne”, „ja idealne” i samoocenę.

„Ja realne” zawiera informacje o tym, jaki jest obecnie podmiot, jakie są jego cechy i możliwości, co osiągnął itp.

„Ja idealne”, nazywane też ideałem własnej osoby, obejmuje te wszystkie cechy, które jednostka chciałaby mieć, oraz te, które w jej przekonaniu powinna mieć, w świetle jej ideałów, pragnień, wyobrażeń i norm moralnych. Zgodnie z tą definicją Kulas [12] wyróżnia dwa elementy składające się na „ja idealne”: element pragnieniowy („ja idealne” pragnieniowe) będący zbiorem informacji o tym, jaki człowiek chciałby być, oraz element postulatyczny („ja idealne” postulatyczne), na który składają się informacje o tym, jaki, z różnych względów, powinien on być. „Ja idealne” u różnych ludzi zawiera te dwa elementy w różnych proporcjach.

Dla prawidłowego funkcjonowania i rozwoju człowieka ważny jest stopień zwartości i uporządkowania ideału samego siebie. Jak twierdzi Brzezińska [13], sprzeczne treści wewnątrz „ja idealnego” są przyczyną lekkości jednostki, osłabiają kontrolę zachowania, utrudniają racjonalne rozwiązywanie problemów i blokują dążenia do rozwoju własnej osobowości.

Trzeci składnik obrazu własnej osoby to samoocena, definiowana zazwyczaj w literaturze jako zespół sądów, opinii i ocen, które jednostka odnosi do własnej osoby [12, 14, 15]. Ocenianie samego siebie dokonuje się zawsze na podstawie porównywania siebie z pewną miarą, z jakimś wzorcem. W literaturze wskazuje się na istnienie dwóch kryteriów, według których człowiek dokonuje samooceny. Pierwsze to kryterium zewnętrzne, w którym podstawą do wartościowania samego siebie są inni ludzie. Samoocena w tym wypadku opiera się, z jednej strony, na porównywaniu własnych cech, zachowań i osiągnięć z osiągnięciami innych, z drugiej — podstawą oceny samego siebie są oceny i opinie wyrażane o jednostce przez innych ludzi. Drugie kryterium oceny samego siebie to kryterium wewnętrzne. W tym przypadku ocena siebie dokonuje się poprzez porównanie „ja realnego” z „ja idealnym”. Stopień rozbieżności między tymi strukturami jest wyznacznikiem samooceny. Należy zaznaczyć, że rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” pełni ważną funkcję w procesie kierowania własnym rozwojem, wywołuje bowiem napięcie motywacyjne, stymulujące działania, których celem jest zmniejszenie owej rozbieżności poprzez dążenie do ideału własnej osoby. Nie bez znaczenia jest tu jednak wielkość owej rozbieżności. Zbyt mała rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”, wiążąca się często z zawyżoną samooceną, może prowadzić do bezkrytycznego samozadowolenia, co z kolei może pociągać za sobą zahamowanie procesu samowychowania. Natomiast zbyt

duża rozbieżność pomiędzy tymi dwoma elementami obrazu siebie, wiążąca się na ogół z niską samooceną, prowadzi do wycofania się z życia i ograniczenia aktywności — aż do zupełnego jej zahamowania [12, 14]. W badaniach stwierdzono, że istnieją znaczne różnice indywidualne pod względem stopnia rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”. Jak podaje Brzeziński [16], u osób poprawnie funkcjonujących społecznie współczynniki korelacji pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” wahają się od 0,50 do 0,60 i są znacznie wyższe niż u osób z zaburzeniami emocjonalnymi.

### **Problematyka tożsamości płciowej w jadłowstręcie psychicznym**

Trudności w osiągnięciu tożsamości płciowej traktowane są jako istotne czynniki w powstawaniu i rozwoju anoreksji, zarówno na gruncie podejścia psychodynamicznego, jak i poznawczo-behawioralnego, a także w ramach rodzinnego i społeczno-kulturowego rozumienia tego zaburzenia. Dostrzeżenie wagi tych kwestii wiąże się z wieloma obserwacjami dotyczącymi natury anoreksji i funkcjonowania pacjentek. Zwraca się uwagę, że jadłowstręt psychiczny pojawia się najczęściej w okresie dojrzewania, który jest kluczowym okresem w procesie osiągnięcia tożsamości, w tym również tożsamości płciowej. Dokonujący się wówczas gwałtowny rozwój fizyczny stawia zagadnienia związane z płcią w centrum uwagi młodych ludzi. Konfrontowani są oni w tym czasie z własną seksualnością i zmuszani do podjęcia nowych ról społecznych oraz sprawdzenia swoich możliwości jako kobiety lub mężczyzny.

Autorzy dostrzegający wagę zagadnień związanych z tożsamością płciową w problematyce jadłowstrętu psychicznego często poddają również pod rozagę fakt zaniku i nieregularności cykli menstruacyjnych oraz obojętnego stosunku pacjentek do tej sprawy [17, 18]. Interpretuje się, że taki stan rzeczy jest wyrazem braku akceptacji własnej seksualności i sposobem na odroczenie dorosłości. Podobnie, zanik kobiecych kształtów dokonujący się na skutek gwałtownego spadku wagi ciała, jaki ma miejsce w anoreksji, interpretuje się jako wyraz potrzeby zamrożenia własnego rozwoju psychoseksualnego.

Istnieją również liczne doniesienia świadczące o nieprawidłowościach w podejmowaniu ról związanych z płcią przez dziewczęta chore na anoreksję [18, 19]. Dziewczęta te rzadko tworzą trwałe związki czy wychodzą za mąż. Często wykluczają posiadanie dzieci. Cechuje je na ogół brak zainteresowań seksualnych, a sytuacje życiowe związane z możliwością podjęcia współżycia seksualnego stanowią niejednokrotnie początek dekompensacji. Znaczną trudność sprawia im podejmowanie ról partnerskich opartych na więzi uczuciowej, intymności oraz emocjonalnej i fizycznej bliskości z drugim człowiekiem. Stąd też realizują się one raczej w rolach hierarchicznych, jak na przykład rola uczennicy czy rola zawodowa.

Odnosząc powyższe rozważania do tego, co zostało wcześniej powiedziane o tożsamości płciowej, można stwierdzić, że ci autorzy, którzy podkreślają brak akceptacji własnej kobiecości przez dziewczęta chore na anoreksję, odnoszą się do fenomenologicznego aspektu ich tożsamości płciowej. Badania nad podejmowaniem ról płciowych i angażowaniem się w zachowania związane z płcią dotyczyłyby behawioralnego aspektu tej tożsamości. Niniejsze badanie poświęcone zostało koncepcyjnemu aspektowi tożsamości płciowej pacjentek.

Wcześniej wspomniano o dokonujących się współcześnie przeobrażeniach w obrębie stereotypów płci, głównie w obrębie stereotypu kobiecości. Wydaje się, że dziewczęta chorujące na anoreksję mogą być tymi, dla których fakt istnienia sprzecznych oczekiwań w zakresie wzorca kobiecości może być szczególnie kłopotliwy. Stwierdzona u tych dziewcząt niska samoocena [por. 20, 21], połączona z wysokimi aspiracjami i perfekcjonizmem, może powodować, że perspektywa wolności osobistej i wielkich możliwości proponowanych kobietom w dzisiejszym świecie będzie dla nich przytłaczająca i będzie budzić lęk. Trudności w zakresie integracji koncepcyjnego aspektu tożsamości płciowej mogą być u nich dodatkowo pogłębione ze względu na, opisywaną w literaturze, ich silną zależność emocjonalną od matek, dużą potrzebę uzyskiwania akceptacji z ich strony, oraz ogólną zależność sylwetkę osobowości. Dziewczęta te przejawiają silne skłonności do zaspokajania potrzeb innych ludzi [por. 22, 23], sprzeczne zatem oczekiwania w zakresie stereotypów płci i ról kobiecych mogą sprawiać, że nie są one w stanie dokonać takiej integracji w zakresie treści i struktury ich obrazu własnej osoby, która zapewniłaby im osiągnięcie dojrzałej tożsamości płciowej.

### **Problematyka badawcza, hipotezy i pytania badawcze**

Przedmiotem badań był koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny. Badano trzy składowe tego aspektu: „ja realne”, „ja idealne” pragnieniowe oraz „ja idealne” postulatywne. Korelacje pomiędzy „ja realnym” a pozostałymi strukturami traktowano jako wyznacznik oceny siebie jako kobiety. Badano, w jakim stopniu cechy zawarte we wszystkich trzech składowych koncepcyjnego aspektu tożsamości płciowej dziewcząt chorych na anoreksję zgodne są ze społecznymi stereotypami kobiecości i męskości. Przyjmując dwuczynnikowy model kobiecości i męskości uznano, że dziewczęta chore na anoreksję mogą włączać do swojego koncepcyjnego aspektu tożsamości płciowej zarówno cechy „męskie”, jak i „kobiece”. Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Dziewczęta cierpiące na anoreksję charakteryzują się niższą samooceną w zakresie cech składających się na koncepcyjny aspekt ich tożsamości płciowej niż dziewczęta zdrowe. Oznacza to, że:

1a — rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” pragnieniowym w zakresie cech składających się na społeczne modele męskości i kobiecości (stereotypy płci) są większe u dziewcząt chorych na anoreksję niż u dziewcząt zdrowych;

1b — rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” postulatycznym w zakresie cech składających się na społeczne stereotypy płci są większe u dziewcząt chorych na anoreksję niż u dziewcząt zdrowych.

Poza hipotezami, w badaniu postawiono również pytania badawcze dotyczące treści konstytuujących koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny i stopnia ich zgodności ze społecznymi stereotypami płci. Czy stopień zgodności cech zawartych w koncepcyjnym aspekcie tożsamości płciowej ze społecznie wyznaczonymi stereotypami kobiecości i męskości różnicuje znacząco dziewczęta chore na anoreksję psychiczną i ich zdrowe rówieśniczki, jeśli chodzi o:

(a) stan rzeczywisty i obecny, a więc o to, jak dziewczęta te opisują siebie („ja realne”)

- (b) własne pragnienia tych dziewcząt, a więc o to, jakie chcą one być („ja idealne” pragnieniowe)
- (c) oczekiwania kierowane w ich stronę, a więc o to, do czego czują się one zobligowane („ja idealne” postulatywne)?

### **Material i metoda**

#### Osoby badane

Grupa badana: 30 dziewcząt chorych na anoreksję psychiczną według rozpoznania zgodnego z kryteriami zawartymi w DSM-IV [24].

Grupa kontrolna: 30 dziewcząt niemających problemów dotyczących odżywiania się. Dobór do grupy był celowy: aby uzyskać jak największe podobieństwo do grupy badanej, kontrolowano zmienną wieku, typu szkoły, a także liczbę, płeć i wiek rodzeństwa oraz fakt wychowywania się w rodzinie pełnej lub rozbitej.

Wiek osób badanych w obu grupach wahał się od 13 do 20 lat, ze średnią wieku wynoszącą 16,06 roku.

#### Narzędzia

Badanie przeprowadzono wykorzystując technikę Q, którą szczegółowo opisuje Brzeziński [16]. Jej istota polega na zastosowaniu procedury sortowania (porządkowania) zbioru kartek z wypisanymi na nich stwierdzeniami czy przymiotnikami (tzw. Q-sortu) do kilku rozłącznych kategorii, rozłożonych wzdłuż k-punktowego continuum. Krańce owego continuum oznaczają: a) lewy kraniec: całkowity brak zgodności danego stwierdzenia z kryterium sortowania — przypisuje się mu najniższą punktację, tj. „0” punktów, oraz b) prawy kraniec: całkowitą zgodność danego stwierdzenia z kryterium sortowania — przypisuje się mu najwyższą punktację, tj. „k - 1” punktów. W badaniu dobrano 9-punktowe continuum, natomiast do zbioru pozycji Q-sort dobrano listę takich atrybutów (cech osobowości), które w kulturze zachodniej definiują męskość oraz kobiecość. Atrybuty te zaczerpnięto z dwóch źródeł: z Inwentarza do Oceny Płci Psychologicznej (IPP) oraz z Kwestionariusza Cech Osobistych.

Inwentarz do Oceny Płci Psychologicznej (IPP) został skonstruowany w Polsce przez A. Kuczyńską [4] na podstawie założeń testu Bem Sex-Role Inventory, autorstwa S. L. Bem. W inwentarzu wyodrębniono 20 cech wchodzących w skład stereotypu kobiecości oraz 32 cechy, które można uznać za należące do stereotypu męskości. Większość z tych cech włączono do listy pozycji składających się na Q-sort. Listę uzupełniono atrybutami z Kwestionariusza Cech Osobistych Spence’a i Janet, zawierającego Skalę Atrybutów Kobiecych i Skalę Atrybutów Męskich. Kwestionariusz ten stosowany był w Polsce do badań koncepcyjnego aspektu tożsamości płciowej mężczyzn i kobiet przeprowadzonych przez J. Miluską [3].

Tak skonstruowana lista zawierała 60 atrybutów, z których połowę stanowiły cechy osobowe wchodzące w skład stereotypu kobiecości, drugą połowę natomiast — cechy składające się na stereotyp męskości. Lista w swym ostatecznym kształcie zamieszczona została w Aneksie.

### Procedura badawcza

Badane dziewczęta proszone były o uporządkowanie podanego im zestawu atrybutów trzykrotnie, według trzech różnych kryteriów:

1. Badanie „ja realnego”: badane dziewczęta dokonywały sortowania cech odpowiadając na pytania „Jaka jestem?”, „Jaką jestem kobietą?”;
2. Badanie „ja idealnego” pragnieniowego: badane dziewczęta odpowiadały na pytania „Jaki jest mój ideał kobiety?”, „Jaką kobietą chciałabym być?”;
3. Badanie „ja idealnego” postulatycznego: badane dziewczęta odpowiadały na pytania „Jaki jest ideał kobiety mojej matki?”, „Jaką kobietą powinnam być, aby zaspokoić jej oczekiwania?”.

Wyniki otrzymane z każdego z trzech kolejnych sortowań, czyli liczba punktów (umiejscowienie na continuum) przypisanych przez osobę badaną każdej z 60 cech składających się na Q-sort, nanoszone były na specjalnie przygotowany arkusz wyników. Dla każdej z badanych dziewcząt otrzymywano trzy zbiory wyników, obrazujących natężenie poszczególnych cech w ich „ja realnym”, „ja idealnym” pragnieniowym i „ja idealnym” postulatycznym.

### Wyniki

Poziom zgodności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” pragnieniowym badanych dziewcząt oceniano porównując ze sobą wyniki otrzymane z pierwszego i drugiego sortowania cech. Jako miary podobieństwa obu zbiorów użyto współczynnika korelacji r-Pearsona. Współczynnik ten obliczano oddzielnie dla każdej osoby badanej, następnie obliczono oddzielnie średni współczynnik korelacji dla grupy dziewcząt chorych oraz dla dziewcząt z grupy kontrolnej. Poziom istotności otrzymanej różnicy testowano posługując się testem t przy przyjętym kryterium istotności  $p < 0,05$ .

Zgodnie z oczekiwaniami wyniki badań pokazały, że w grupie dziewcząt chorych na anoreksję zgodność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” pragnieniowym w zakresie cech związanych z płcią jest istotnie mniejsza niż w grupie dziewcząt zdrowych. Wyniki te obrazuje Tabela 1.

Tabela 1

#### Stopień zgodności „ja realnego” z „ja idealnym” pragnieniowym w grupie dziewcząt chorych na anoreksję i w grupie kontrolnej

Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Różnica (test t)
średni współczynnik korelacji	s	średni współczynnik korelacji	S	
0,38	0,29	0,53	0,18	t = -2,28 p < 0,03023*

\* - różnica istotna statystycznie na poziomie  $p < 0,05$

Stopień zgodności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” postulatycznym, przy którego obliczaniu zestawiano ze sobą wyniki pierwszego i trzeciego sortowania cech, również okazał się niższy w grupie dziewcząt chorych na anoreksję niż w grupie dziewcząt zdrowych. Różnice międzygrupowe okazały się jednak nieistotne. Wyniki te obrazuje tabela 2.



Tabela 2

**Stopień zgodności „ja realnego” z „ja idealnym” postulatycznym w grupie dziewcząt chorych na anoreksję i w grupie kontrolnej**

Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Różnica (test t)
średni współczynnik korelacji	s	średni współczynnik korelacji	S	
0,28	0,30	0,38	0,29	t = - 1,24 p < 0,226433*

\* – różnica nieistotna statystycznie na przyjętym poziomie istotności ( $p < 0,05$ )

Chcąc poznać natężenie cech „męskich” i „kobiecych” w koncepcyjnym aspekcie tożsamości płciowej badanych dziewcząt, sumowano wartości przypisywane przez nie poszczególnym cechom z obu zbiorów („męskie”, „kobiece”) w każdym z trzech kolejnych sortowań. Stwierdzono, że:

1. W „ja realnym” dziewcząt z obu grup, badanej i kontrolnej, przeważają cechy, które w ramach tradycyjnych stereotypów płci uważane są za kobiece. Porównując ze sobą dziewczęta z obu grup można stwierdzić, że dziewczęta chore na anoreksję oceniają siebie jako znacznie bardziej „kobiece” i istotnie mniej „męskie” niż dziewczęta zdrowe.
2. W „ja idealnym” pragnieniowym dziewcząt z obu grup przeważają cechy uznawane w społeczeństwie za „męskie”, a poziom natężenia tych cech nie różnicuje znacząco dziewcząt z obu badanych grup.
3. W „ja idealnym” postulatycznym dziewcząt chorych na anoreksję natężenie cech „kobiecych” jest większe niż natężenie cech „męskich”. Według opinii tych dziewcząt ich matki oczekiwałyby od nich, aby rozwijały one cechy należące do stereotypu kobiecości w większym stopniu niż cechy „męskie”. Odwrotnie rzecz się miała w grupie kontrolnej: większe natężenie zyskały tu cechy „męskie”. Omawiana różnica pomiędzy grupami nie została co prawda potwierdzona na przyjętym poziomie istotności  $p < 0,05$ , ale utrzymywała się na poziomie wyraźnej tendencji ( $p < 0,08$ ).

Omawiane rezultaty treściowej analizy koncepcyjnego aspektu tożsamości płciowej prezentuje tabela 3.

### Omówienie wyników

Hipoteza pierwsza, mówiąca o tym, że u dziewcząt chorych na anoreksję rozbieżności pomiędzy a) „ja realnym” a „ja idealnym” pragnieniowym oraz b) „ja realnym” a „ja idealnym” postulatycznym w zakresie cech związanych z płcią są większe niż u dziewcząt zdrowych, potwierdziła się w badaniach jedynie częściowo. U dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” pragnieniowym jest rzeczywiście znacząco większa niż u dziewcząt niemających tego typu problemów. Nie wykryto jednakże istotnych różnic pomiędzy obiema grupami, jeśli chodzi o poziom rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” postulatycznym. Przyjęto wcześniej, że poziom rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”, zarówno pragnieniowym, jak i postulatycznym, jest jednym z głównych wyznaczników samooceny jednostki. Po-

Tabela 3

**Natężenie cech „męskich” oraz „kobiecych” w „ja realnym”, „ja idealnym” pragnieniowym i „ja idealnym” postulatycznym dziewcząt z obu badanych grup**

	Zmienna	Grupa badawcza			Grupa kontrolna			Różnica między grupami
		Suma	Średnia	s	Suma	Średnia	s	
„Ja realne”	Wartości przypisywane cechom „męskim”	3285	109,5	10,92	3447	114,9	12,14	162 $p < 0,0377^*$
	Wartości przypisywane cechom „kobiecy”	3915	130,5	10,92	3753	125,1	12,14	
	Zmienna	Grupa badawcza			Grupa kontrolna			Różnica między grupami
		Suma	Średnia	s	Suma	Średnia	s	
„Ja idealne” pragnieniowe	Wartości przypisywane cechom „męskim”	3628	120,9	11,04	3725	124,2	9,30	97 $p < 0,113^{**}$
	Wartości przypisywane cechom „kobiecy”	3572	119,1	11,04	3475	115,8	9,30	
	Zmienna	Grupa badawcza			Grupa kontrolna			Różnica między grupami
		Suma	Średnia	s	Suma	Średnia	s	
„Ja idealne” postulatyczne	Wartości przypisywane cechom „męskim”	3533	117,8	10,97	3649	121,6	10,83	116 $p < 0,0878^{**}$
	Wartości przypisywane cechom „kobiecy”	3667	122,2	10,97	3551	118,4	10,83	

\* - różnica istotna statystycznie na poziomie  $p < 0,05$

\*\* - różnica nieistotna statystycznie na poziomie  $p < 0,05$

nieważ nie wykryto znaczących różnic pomiędzy dziewczętami chorymi na anoreksję a dziewczętami zdrowymi, jeśli chodzi o poziom rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” postulatycznym, więc za główny czynnik różnicujący samoocenę należy przyjąć rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” pragnieniowym. Ze względu

na to, że rozbieżność ta okazała się znacząco większa w grupie pacjentek z anoreksją, należy wnioskować, że samoocena tych dziewcząt w zakresie cech związanych z płcią jest istotnie niższa niż samoocena dziewcząt zdrowych.

Ciekawych wyników dostarczyła analiza treści składających się na koncepcyjny aspekt tożsamości płciowej dziewcząt z obu grup.

Jeśli chodzi o „ja realne”, to cechy zawarte w tej strukturze zarówno u dziewcząt chorych na anoreksję, jak i u dziewcząt zdrowych, w większym stopniu pokrywają się z tradycyjnym stereotypem kobiecości niż męskości. Różnica pomiędzy nasileniem cech „kobiecych” a nasileniem cech „męskich” w „ja realnym” dziewcząt chorych na anoreksję jest jednak znacząco większa niż ma to miejsce u dziewcząt zdrowych. Cechy „męskie” w „ja realnym” chorych dziewcząt mają bardzo małe natężenie. Dziewczeta te uważają się za mniej: towarzyskie, pewne siebie, odporne psychicznie, wykazujące poczucie humoru, eksperymentujące w życiu seksualnym, odważne, pogodne, sprytnie czy mające mniejszą siłę przebicia niż dziewczeta zdrowe. Jeśli chodzi o cechy należące do stereotypu kobiecości, to dziewczeta z anoreksją przypisały je sobie w znacznie większym stopniu niż ich zdrowe rówieśniczki. Chore dziewczeta uważają się za bardziej: płaczące, słabe i wymagające opieki, wstydliwe, uległe, kapryśne, podporządkowujące się, wrażliwe, gospodarne i dbające o czystość niż dziewczeta zdrowe. Tylko w zakresie dwóch cech „kobiecych”: „kokieteryjna” i „ciepła w stosunku do innych” dziewczeta z anoreksją oceniły się niżej niż ich zdrowe rówieśniczki.

Jeśli chodzi o „ja idealne” pragnieniowe, to cechy zawarte w tej strukturze nie różnicują znacząco dziewcząt chorych i ich zdrowych rówieśniczek. Dziewczeta z obu tych grup zadeklarowały chęć posiadania w większym stopniu cech należących do stereotypu męskości niż cech tradycyjnie uważanych za cechy kobiece. Ze względu na to, że dziewczeta chore na anoreksję mają w rzeczywistości więcej cech „kobiecych” niż cech „męskich”, i że natężenie cech „męskich” jest w ich „ja realnym” znacznie mniejsze niż w „ja realnym” dziewcząt, wydaje się, że dziewczętom tym byłoby trudniej osiągnąć swój ideał oparty na „męskim” stereotypie płci.

Ciekawe spostrzeżenie poczyniono w wyniku przeanalizowania treści „ja idealnego” postulatywnego badanych dziewcząt. Mianowicie, o ile „ja idealne” postulatywne dziewcząt zdrowych jest treściowo zgodne z ich „ja idealnym” pragnieniowym, o tyle u dziewcząt chorych na anoreksję wykryto w tym zakresie pewne niezgodności. W „ja idealnym” postulatywnym dziewcząt zdrowych, podobnie jak to było w przypadku ich „ja idealnego” pragnieniowego, większe nasilenie zyskały cechy należące do społecznego stereotypu męskości. Tymczasem u dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny, których „ja idealne” pragnieniowe przesyczone było cechami „męskimi”, w „ja idealnym” postulatywnym wyższy poziom natężenia zyskały cechy „kobiece”. Pomimo że tendencja ta, zdająca się różnicować obie badane grupy, nie została potwierdzona statystycznie na założonym poziomie istotności, wydaje się ona warta odnotowania i dalszej weryfikacji. Jej potwierdzenie rzuciłoby ważne światło na kwestię trudności w osiągnięciu tożsamości płciowej przez dziewczeta chore na anoreksję. Istnienie tych trudności dałoby się wówczas powiązać z występowaniem treściowej sprzeczności w „ja idealnym” chorych dziewcząt. Ich pragnienia, aby rozwijać w sobie cechy „męskie”, pozostawałyby w znacznej sprzeczności z oczekiwaniami ich matek. Powstały w ten sposób dylemat mógłby być trudny

do rozwiązania, ponieważ dla pacjentek z jądłowstrętem psychicznym matki są na ogół osobami bardzo znaczącymi, a potrzeba uzyskiwania aprobaty z ich strony jest u tych dziewcząt bardzo silna [22, 23].

### Wnioski

Badania pozwoliły uchwycić kilka ciekawych prawidłowości w koncepcyjnym aspekcie tożsamości płciowej dziewcząt chorych na anoreksję, co może rzucać pewne światło na zagadnienie trudności w osiągnięciu przez nie tożsamości płciowej. Niska samoocena w zakresie cech związanych z płcią, istniejące rozbieżności treściowe pomiędzy „ja realnym”, „ja idealnym” pragnieniowym a „ja idealnym” postulatywnym stwierdzone u tych dziewcząt mogą utrudniać im wypracowanie jednej spójnej koncepcji siebie jako kobiety, co z kolei utrudniałoby im podjęcie ról płciowych i osiągnięcie dojrzałej tożsamości płciowej. W takim przypadku jednym z możliwych sposobów radzenia sobie z istniejącymi trudnościami mogłoby być skoncentrowanie się jedynie na zewnętrznych atrybutach płci, takich jak własny wygląd, a także przyjęcie na siebie roli chorej, która do pewnego stopnia zwalnia dziewczęta z konieczności podjęcia ról płciowych.

Z powyższych rozważań wynika, że w terapii dziewcząt chorych na anoreksję nie powinno zabraknąć miejsca na pracę nad ich koncepcją kobiecości. Uświadomienie i ujednoczenie tej koncepcji, a także praca nad podwyższeniem oceny siebie jako kobiety mogłyby okazać się ważnymi czynnikami leczącymi. Ważne wydaje się również uwolnienie chorych dziewcząt spod presji oczekiwań innych oraz kształtowanie w nich odwagi do stawania się takimi kobietami, jakimi one same chcą być. W ramach terapii rodzinnej korzystne może okazać się negocjowanie kwestii związanych z kobiecością i oczekiwaniami związanymi z tym obszarem.

### Piśmiennictwo

1. Woods R. O miłości, która nie śmiała wymówić swojego imienia. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1993.
2. Witkowski L. Tożsamość i zmiana. Wstęp do epistemologicznej analizy kontekstów edukacyjnych. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 1988.
3. Miluska J. Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza; 1996.
4. Kuczyńska A. Inwentarz do oceny płci psychologicznej. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1992.
5. Mika S. Psychologia społeczna. Warszawa: PWN; 1981.
6. Lew-Starowicz Z. O seksie, partnerstwie i obyczajach. Warszawa: Wydawnictwo Współczesne; 1988.
7. Lew-Starowicz Z. Kobieta i eros. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich — Wydawnictwo; 1991.
8. Horney K. Psychologia kobiety. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1997.
9. Mead M. Trzy studia. Płeć i charakter w trzech społeczeństwach pierwotnych. Tom III. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1986.
10. Hurlock EB. Rozwój dziecka. Warszawa: PWN; 1985.

11. Oleszkowicz A. Kryzys młodości — istota i przebieg. Prace Psychologiczne nr XXI. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1995.
12. Kulas H. Samoocena młodości. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1986.
13. Brzezińska A. Struktura obrazu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie. Kwart. Pedagog. 1973; 3: 87–97.
14. Niebrzydowski L. Psychologia wychowawcza. Warszawa: PWN; 1989.
15. Koziński J. Psychologiczna teoria samowiedzy. Warszawa: PWN; 1986.
16. Brzeziński J. Elementy metodologii badań psychologicznych. Warszawa: PWN; 1984.
17. Bomba J, Józefik J, red. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: Co, kiedy, komu. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003.
18. Romejko-Borowiec A. Zaburzenia odżywiania się jako specyficzny sposób rozwiązania kryzysu tożsamości płciowej. Psychoter. 2004; 1: 13–21.
19. Golczyńska M. Anorexia nervosa — psychospołeczne tło zaburzeń. Nowa Med. 1996; 17: 11–16.
20. Talarczyk-Więckowska M, Rajewski A. Ocena poziomu intelektualnego oraz poziomu aspiracji i samoakceptacji u dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny. Nowa Med. 1996; 17: 62–67.
21. Putyński L, Zarzycki J. Charakterystyka obrazu ciała i samooceny u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i otyłością prostą. Padiatria Pol. 1994; 6: 45–420.
22. Jakubczyk A, Żechowski C. Anoreksja jako przejaw „pogranicznej” (borderline) struktury osobowości. Nowa Med. 1996; 17: 18–24.
23. Wolska M. Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999, s. 63–68.
24. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.

Adres: ul. Szczuki 2/22  
02-776 Warszawa

#### ANEKS

##### Wykorzystana w badaniu lista cech związanych z płcią:

###### Cechy męskie:

- 1) samowystarczalna
- 2) mająca zdolność przekonywania
- 3) konsekwentna
- 4) mająca skłonność do nałogów
- 5) pewna siebie
- 6) odporna psychicznie
- 7) arogancka
- 8) opanowana emocjonalnie
- 9) sprytna
- 10) rywalizująca
- 11) łatwo podejmująca decyzje

###### Cechy kobiece:

- 1) angażująca się w sprawy innych
- 2) ufna
- 3) płaczliwa
- 4) kokieterijna
- 5) mająca poczucie estetyki
- 6) kapryśna
- 7) zdolna do poświęceń
- 8) zgodna, układna
- 9) nastawiona na dom i rodzinę
- 10) uległa
- 11) nastrojowa

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 12) eksperymentująca w życiu seksualnym   | 12) uczuciowa                   |
| 13) mająca dobrą kondycję fizyczną        | 13) wrażliwa na potrzeby innych |
| 14) skryta, nieujawniająca uczuć          | 14) refleksyjna                 |
| 15) towarzyska                            | 15) łagodna                     |
| 16) otwarta na świat zdarzeń zewnętrznych | 16) naiwna                      |
| 17) dominująca                            | 17) czuła                       |
| 18) mająca siłę przebicia                 | 18) uprzejma                    |
| 19) mająca poczucie humoru                | 19) gospodarna                  |
| 20) szorstka w stosunkach z ludźmi        | 20) podporządkowująca się       |
| 21) egoistyczna                           | 21) dbająca o swój wygląd       |
| 22) odważna                               | 22) lubiąca intrygi             |
| 23) wymagająca                            | 23) delikatna                   |
| 24) niezależna                            | 24) troskliwa, opiekuńcza       |
| 25) aktywna                               | 25) znająca się na modzie       |
| 26) nastawiona na sukces                  | 26) słaba, wymagająca opieki    |
| 27) pomysłowa                             | 27) dbająca o czystość          |
| 28) wygodna                               | 28) wstydliva                   |
| 29) angażująca się w sprawy publiczne     | 29) ciepła w stosunku do innych |
| 30) pogodna                               | 30) wrażliwa                    |