

Anna Brytek

KONSEKWENCJE PSYCHOLOGICZNE ANOREKSJI: POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI, STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM ORAZ EKSPRESJA ZŁOŚCI

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF ANOREXIA NERVOSA: SELF-ESTEEM, STRATEGIES OF COPING AND FEELING OF ANGER

Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Kierownik: prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek

anorexia nervosa
self-esteem
coping
anger
eating disorders

Autorka przedstawia wyniki własnych badań porównawczych, których celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy istnieją podobieństwa i różnice dotyczące strategii radzenia sobie ze stresem, poczucia własnej wartości i ekspresji złości u osób chorych na anoreksję psychiczną i osób zdrowych. W badaniach wykorzystano anonimową ankietę dotyczącą życia rodzinnego, stanu zdrowia i przebiegu choroby, kwestionariusz Self-Esteem Inventory Coopersmitha (1984), kwestionariusz Brief COPE Carvera (1997) oraz Self-Expression Control Scale Van Elderen et al. (1997).

Summary

Aim. The aim of this study is to evaluate self-esteem, coping strategies and feeling of anger in populations with anorexia nervosa.

Method. Thirty adolescents with anorexia nervosa treated in the Erickson Institute of Katowice and the Psychiatric Department of the Hospital of Sosnowiec (all recently hospitalised) were investigated. The control group consisted of 60 students of the University of Silesia. All the participants filled in an anonymous questionnaire form concerning family life, state of health and course of illness, the Self Esteem Inventory by Coopersmith (1984), the Brief COPE by Carver (1997) and the Self Expression Control Scale by Van Elderen et al. (1997).

Results. Anorectic adolescents show low familial, professional and general self-esteem. They can be described as making more use of seeking social support for instrumental reasons, seeking social support for emotional reasons, disengagement and denial as their coping strategies and usually they do not turn to religion. Anorexics conceptualise their anger against themselves (the interiorisation of anger).

Conclusions. In the process of therapy we should take into consideration the large role of low self-esteem (especially in the family aspect), using of anger-in and less adaptive strategies of coping.

Wstęp

Zainteresowanie problematyką zaburzeń odżywiania się w ciągu ostatnich lat niezmiernie wzrosło. Istotę jadłowstrętu psychicznego stanowią konflikty wewnętrzne, z którymi dziewczęta nie są w stanie sobie poradzić, a nie kwestia pożywienia, wagi czy wymiarów

ciała. Problem niskiego poczucia własnej wartości wydaje się jednym z kluczowych elementów w powstawaniu i utrzymywaniu się anoreksji [1, 2].

Niejedzenie staje się formą walki z licznymi problemami natury psychologicznej: potrzebą określenia własnej tożsamości, niską samooceną, poczuciem braku skuteczności własnego działania, zniekształconym obrazem swojego ciała. Poczucie własnej wartości nie jest jedynie związane z samooceną jednostki. Na stopień samozadowolenia wpływa również (u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się w głównej mierze) ich obraz w oczach innych ludzi. W tym ujęciu, percepcja samego siebie zdeterminowana jest oceną drugiego człowieka (i to ona podnosi albo obniża poczucie własnej wartości).

Subiektywny osąd własnych zalet, które uwidaczniają się w postawach samoakceptacji, miłości i szacunku do samego siebie, określić można, za Coopersmithem [3], poczuciem własnej wartości. Poza tym, autor ten podkreśla, iż osądy, jakie człowiek ma o samym sobie, niezależnie od okoliczności, pozwalają upewniać go i wierzyć we własne możliwości i zdolności, tak społeczne, jak i osobiste, wynikające z zachowań adaptacyjnych w związku z codziennymi sytuacjami (życie społeczne, rodzinne, zawodowe). Zatem, poszczególne sfery, z którymi na co dzień spotyka się jednostka, wypełniają jej poczucie wartości. W artykule wykorzystałam metodę opracowaną przez Coopersmitha i przyjąłam jego wyjaśnienie pojęcia własnej wartości. Ponadto rozumiem poczucie własnej wartości jako odgrywające fundamentalną rolę dla samopoczucia emocjonalnego, psychicznego i fizycznego, ponieważ to właśnie dzięki niemu człowiek określa swoją wartość oraz uczucia, jakie żywi do samego siebie. Niezależnie od stosowanych metod pomiaru samooceny, autorzy są zgodni, że niskie poczucie własnej wartości charakteryzuje osoby z zaburzeniami odżywiania się oraz że jest ono jednym z czynników ryzyka rozwoju zarówno anoreksji, jak i bulimii psychicznej.

Radzenie sobie ze stresem (coping) Lazarus i Folkman [4] określają jako poznawcze i behawioralne procesy skierowane na opanowanie, zredukowanie lub tolerowanie wymagań zewnętrznych i wewnętrznych, które oceniane są przez jednostkę jako zagrażające lub przekraczające jej zasoby. W zależności od odpowiedzi jednostki na sytuację stresową, istnieją trzy rodzaje strategii radzenia sobie ze stresem [5]: pierwsza skoncentrowana jest na problemie, czyli na odpowiedziach skierowanych na samo wydarzenie (uporanie się z problemem — źródłem stresu; rozwiązanie sytuacji, doprowadzenie do zmiany). Druga dotyczy emocji, to znaczy odpowiedzi zorientowanych na reakcje emocjonalne (w kierunku stanu wewnętrznego osoby). Jednostka koncentruje się na własnych przeżyciach poprzez ekspresję lub tłumienie emocji (np. złości, poczucia winy). Trzecia skoncentrowana jest na unikaniu. Polega na skupianiu się na czynnościach zastępczych, które mają na celu wystrzeżenie się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresującej (myślenie o sprawach przyjemnych, sen, towarzystwo). Ten rodzaj strategii będzie bardziej efektywny i skuteczniejszy w przypadku sytuacji stresowej o krótkim czasie działania i natężenia, w chwili, gdy podejmowane działania będą mogły ulegać zmianom i jednocześnie nie będzie żadnej możliwej kontroli sytuacji.

W literaturze przedmiotu prace badawcze dotyczące strategii radzenia sobie ze stresem są liczne. Wyniki badań przeprowadzonych przez Ghaderi [2] wykazały, iż chore na jadłowstręt psychiczny stosują częściej strategie skoncentrowane na unikaniu problemu/sytuacji stresującej aniżeli grupa kontrolna (w badaniu wykorzystano Ways of Coping Question-

naire Folkmana i Lazarusa, 1988¹). Dodatkowo autorka tych badań określiła predykatory powstawania zaburzeń odżywiania się: niskie poczucie własnej wartości, niskie wsparcie rodzinne, nadmierna uwaga poświęcona ciału i strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na unikaniu. Drugorzędny czynnikiem ryzyka, według niej, było stosowanie diety. Badania przeprowadzone przez Troopa i wsp. [6] również dowiodły stosowania przez osoby z zaburzeniami jedzenia strategii, które miały na celu unikanie problemu (w badaniu skorzystano z Coping Strategies Interview Bifulco'a i Browna, 1996²). Ponadto, autorzy ci wysunęli wniosek, iż osoby z jadłowstrętem psychicznym stosują dezadaptacyjne zachowania w celu pokonania sytuacji stresowej.

Do ważnej zmiennej związanej z anoreksją psychiczną należy również ekspresja złości. Badania Gellera i wsp. [7], w których wzięło udział 21 dziewcząt cierpiących na to zaburzenie i w których wykorzystano State-Trait Anger Expression Inventory Spielberga i wsp. (1985)³ dowiodły, że trudności związane z uzewnętrznieniem własnych emocji, w tym również złości, występują znacznie częściej u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym aniżeli wśród zdrowej populacji. Podobne wyniki otrzymał Horesh i wsp. [8]: interioryzacja złości była istotnie statystycznie wyższa u hospitalizowanych adolescentek niż w grupie kontrolnej (w badaniu posłużono się Anger Expression Scale Spielberga, 1980⁴).

Jako że w literaturze przedmiotu istnieje wiele badań dotyczących aspektów psychologicznych jadłowstrętu, przeprowadziłam badania porównawcze w celu uzyskania odpowiedzi na pytanie, czy istnieją podobieństwa i różnice dotyczące strategii radzenia sobie ze stresem, poczucia własnej wartości i ekspresji złości u osób chorych na anoreksję psychiczną⁵ i u osób zdrowych.

Grupa badana i metoda badań

Do badań zakwalifikowano 30 dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym. Badania przeprowadzono w Instytucie Ericksonowskim w Katowicach, jak i również wśród byłych pacjentek Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu. Grupa kontrolna liczyła 60 studentek Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (tabela 1 — patrz: aneks).

Badanie, na które wszystkie dziewczęta wyraziły zgodę, poprzedziła anonimowa ankieta składająca się z czterech części. Pierwsza dotyczyła ogólnych danych osobowych (prezentacja osoby): płci, wieku, wykształcenia. Druga skoncentrowana była na życiu rodzinnym: sytuacji rodzinnej, posiadaniu rodzeństwa, sytuacji rodziców (życie razem,

¹ Folkman S, Lazarus RS. Ways of Coping Questionnaire, permission set, manual, test booklets, scoring key. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1988.

² Bifulco A, Brown GW. Cognitive coping response to crises and onset of depression. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1996; 31: 163–172.

³ Spielberger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane JR, Jacobs GA, Worder TJ. The experience and expression of anger: Construct validation of an anger expression scale. In Chesney MA, Roseman RA, eds. Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioural Disorders. New York: McGraw; 1985, 5–30.

⁴ Spielberger C. Preliminary manual for the state-trait anger scale. Tampa, Florida: University of South Florida Human Resources Institute; 1980.

⁵ Rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego ustalono na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994).

rozwód, śmierć). Trzecia obejmowała styl życia: stosowanie diety (kiedykolwiek i obecnie), rezygnację z posiłków (rano, po południu i wieczorem) i jej częstotliwość, codzienne sprawdzanie masy ciała, (nie)zadowolenie z własnej sylwetki. Ostatnia zaś część dotyczyła danych medycznych (stanu zdrowia): wagi, wzrostu, czasu istnienia problemów związanych z zaburzeniem, zdiagnozowania zaburzenia, hospitalizacji oraz opieki psychologicznej bądź psychiatrycznej.

Dane dotyczące życia rodzinnego, stylu życia oraz stanu zdrowia badanych zawarte zostały w tabeli 2 (patrz: aneks).

Oprócz tego, w pracy wykorzystano następujące kwestionariusze:

1. Self-Esteem Inventory Coopersmitha⁶ [3], który dotyczy ewaluacyjnych postaw i zachowań związanych z „ja” człowieka w sferze ogólnej (26 itemów), społecznej (8 itemów), rodzinnej (8 itemów) oraz zawodowej (szkolnej) (8 itemów). Dodatkowo autor stworzył podskalę kłamstwa (8 itemów), która powinna być traktowana jako wskaźnik postaw obronnych jednostki w odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu, a nie jako wskaźnik kłamstwa. Wynik najwyższy dla skali ogólnej wynosi 26, dla pozostałych skal 8. Ogólny wynik końcowy SEI równy jest 50. Osiągnięcie rezultatu 33 i poniżej świadczy o bardzo niskim poczuciu własnej wartości.

2. Kwestionariusz radzenia sobie ze stresem Brief COPE Carvera [9] (wersja sytuacyjna) zawierający 26 itemów zgrupowanych w 13 podskalach: (1) aktywna strategia radzenia sobie ze stresem (skoncentrowana na problemie); (2) planowanie; (3) szukanie wsparcia emocjonalnego; (4) szukanie wsparcia społecznego (porad, informacji, wskazówek); (5) wyrażanie uczuć i emocji; (6) dezorganizacja zachowania (obniżenie wysiłków mających na celu pokonanie sytuacji stresowej); (7) wycofanie się; (8) pozytywna reinterpretacja; (9) poczucie humoru; (10) zaprzeczanie; (11) akceptacja; (12) religia oraz (13) używanie substancji psychoaktywnych.

3. Self-Expression Control Scale Van Elderena i wsp. [10], która wyznacza cztery wymiary: (1) interioryzację złości (anger-in); (2) eksterioryzację złości (anger-out); (3) kontrolę uwewnętrznienia złości (control anger-out); oraz (4) kontrolę uzewnętrznienia złości (control anger-in). W celu sprawdzenia przydatności kwestionariusza SECS w warunkach polskich i dokonania jego walidacji zastosowałam analizę czynnikową [11]. Spójność każdego z czynników testowana była za pomocą rachunku współczynnika rzetelności alpha Cronbacha. W wyniku analizy czynnikowej powstały cztery podskale: eksterioryzacja złości: $\alpha = 0,81$; interioryzacja złości: $\alpha = 0,65$; kontrola uzewnętrznienia złości: $\alpha = 0,75$ oraz kontrola uwewnętrznienia złości: $\alpha = 0,73$.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SPSS wersja 12.0 (2004) oraz programu umożliwiającego obliczenie danych statystycznych (logiciel informatique de lecture optique) Formic. W obliczeniach statystycznych posłużono się analizą wariancji ANOVA. W kolejnym etapie pracy obliczono współczynniki korelacji r Pearsona między

⁶ Polska adaptacja narzędzi oraz tłumaczenie kwestionariuszy zostały przedstawione w pracy doktorskiej autorki: „Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles”. Maszynopis pracy dostępny jest w Bibliothèque Universitaire de l'Université Paul Verlaine - Metz, Ile du Saulcy, 57045 Metz Cedex 01, France.

strategiami radzenia sobie ze stresem a poczuciem własnej wartości oraz ekspresją złości. Przyjęty poziom istotności p wynosił 0,05.

Wyniki

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w wymiarach poczucia własnej wartości, strategii radzenia sobie ze stresem oraz ekspresji złości. W porównaniu z grupą kontrolną, dziewczęta z anoreksją mają znacznie niższe poczucie własnej wartości dotyczące aspektu rodzinnego „ja”, zawodowego/szkolnego „ja” oraz „ja” ogólnego. W podskali kłamstwa uzyskały również niższy wynik (tabela 3, patrz: aneks).

W porównaniu z grupą kontrolną pacjentki z jadłowstrętem psychicznym częściej używają strategii radzenia sobie ze stresem skierowanych na poszukanie wsparcia emocjonalnego oraz wsparcia społecznego. Stosują też częściej strategię skoncentrowaną na wycofaniu się i na zaprzeczaniu. Jeśli chodzi zaś o religię, jako jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem, osiągnęły niższy wynik (tabela 4 — patrz aneks).

W wymiarze ekspresji złości, badane uzyskały większy wynik w uwewnętrznieniu poczucia złości aniżeli grupa kontrolna (tabela 5 — patrz aneks).

Kolejnym analizowanym problemem były związki między strategiami radzenia sobie ze stresem a poczuciem własnej wartości (współczynniki korelacji r Pearsona). Analiza tych związków wykazała istotne statystycznie zależności (tabela 6 — patrz aneks).

U kobiet z jadłowstrętem psychicznym strategii radzenia sobie ze stresem wiązały się istotnie statystycznie z różnymi typami poczucia własnej wartości. Statystycznie istotne dodatnie zależności pokazały, że badane dziewczęta cechowało tym wyższe poczucie własnej wartości (w sferze ogólnej, społecznej, rodzinnej czy zawodowej/szkolnej), im więcej miały wypracowanych różnego typu strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Ujemny znak współczynnika korelacji wskazywał, że im częściej dziewczęta używały danej strategii, tym mniejsze cechowało je poczucie własnej wartości (ogólne, społeczne, rodzinne bądź zawodowe/szkolne). W porównaniu z grupą kontrolną, u chorych na anoreksję więcej zmiennych wiązało się z „ja” ogólnym, społecznym oraz rodzinnym. Warto zauważyć, że wszystkie sfery poczucia własnej wartości korelowały dodatnio ze strategią skoncentrowaną na planowaniu działań, które miały na celu przezwyciężenie sytuacji dyskomfortowej (pacjentki z anoreksją) oraz korelowały ujemnie z dezorganizacją zachowania, czyli obniżeniem wysiłków prowadzących do rozwikłania sytuacji stresowej (obydwie grupy).

Następnym etapem pracy było zbadanie związków między strategiami radzenia sobie ze stresem a ekspresją złości. Analiza tych związków wykazała istotne statystycznie zależności (tabela 7 — patrz aneks).

U pacjentek z jadłowstrętem psychicznym żadna zmienna nie wiązała się z uzewnętrznieniem złości. Natomiast kontrola zarówno uwewnętrznienia, jak i uzewnętrznienia złości korelowała z większą liczbą strategii radzenia sobie ze stresem, inaczej niż w grupie kontrolnej. Warto zwrócić uwagę na fakt, że wartości współczynników korelacji wiążących kontrolę eksterioryzacji złości ze strategiami radzenia sobie ze stresem są zdecydowanie wyższe w przypadku wyrażania uczuć i emocji. Wartości współczynników korelacji wiążących kontrolę interioryzacji złości ze strategiami radzenia sobie ze stresem są zdecydowanie wyższe w przypadku traktowania sytuacji stresującej z humorem.

Ostatnim etapem pracy było zbadanie związków między ekspresją złości a poczuciem własnej wartości. Analiza tych związków wykazała istotne statystycznie zależności (tabela 8 — patrz aneks).

W porównaniu z grupą kontrolną, u osób z anoreksją więcej zmiennych wiązało się ze wszystkimi typami poczucia własnej wartości. „Ja” społeczne, rodzinne i zawodowe/szkolne korelowało ujemnie z kontrolą eksterioryzacji złości. Najwyższe wartości zmienna ta osiągnęła w porównaniu ze społecznym poczuciem własnej wartości.

Reasumując otrzymane wyniki, stwierdzić można, że w badanej populacji dziewcząt z anoreksją aktywne radzenie sobie ze stresem (skoncentrowane na problemie) koreluje dodatnio z „ja” ogólnym i „ja” społecznym, negatywnie zaś z uwewnętrznieniem złości oraz kontrolą jej uzewnętrzniania. Planowanie łączy się dodatnio z czterema wymiarami poczucia własnej wartości, negatywnie zaś z interioryzacją złości i kontrolą jej eksterioryzacji. Poszukiwanie wsparcia społecznego — istotnie statystycznie ujemnie koreluje z „ja” ogólnym, rodzinnym i zawodowym. Wyrażanie uczuć i emocji pozytywnie koreluje z „ja” społecznym badanych, kontrolą interioryzacji złości, negatywnie natomiast z kontrolą jej uzewnętrzniania. Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy dezorganizacją zachowania a uwewnętrznieniem złości, ujemna z poczuciem własnej wartości w sferze ogólnej, społecznej, rodzinnej i zawodowej/szkolnej. Problemy w relacjach interpersonalnych (słabe „ja” społeczne), brak zarówno wsparcia ze strony rodziny, jak i kontaktów (słabe „ja” rodzinne) oraz niezadowolenie z aktywności zawodowej/szkolnej („ja” zawodowe/szkolne) powodują, że badane unikają podejmowania jakichkolwiek działań w celu zredukowania sytuacji dyskomfortowej. Wycofanie się koreluje dodatnio z „ja” społecznym dziewcząt cierpiących na jadłowstręt, negatywnie zaś z uwewnętrznieniem złości. Pozytywna reinterpretacja istotnie statystycznie dodatnio koreluje z kontrolą interioryzacji złości, negatywnie z „ja” ogólnym oraz kontrolą uzewnętrzniania złości. Poczucie humoru dodatnio koreluje z kontrolą interioryzacji złości, negatywnie natomiast z kontrolą jej eksterioryzacji. Między strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na zaprzeczaniu a kontrolą uwewnętrzniania złości istnieje dodatnia korelacja, natomiast między ogólnym a rodzinnym poczuciem własnej wartości — korelacja ujemna. Akceptacja łączy się pozytywnie z kontrolą uwewnętrzniania złości, negatywnie z „ja” ogólnym i kontrolą eksterioryzacji złości.

Mimo że badane grupy różniły się między sobą (dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym versus zdrowa populacja), zauważono, że zachodzą podobieństwa między wymiarami poczucia własnej wartości a strategiami radzenia sobie ze stresem. W obydwu grupach dotyczyły one dodatnich korelacji pomiędzy „ja” w sferze ogólnej a aktywnym radzeniem sobie ze stresem i planowaniem, negatywnych zaś — między czterema wymiarami poczucia własnej wartości a dezorganizacją zachowania, jak również między „ja” ogólnym a zaprzeczaniem. Podobieństwa istnieją także między ekspresją złości a strategiami radzenia sobie ze stresem. W obydwu grupach wystąpiły te same dodatnie korelacje między interioryzacją złości a dezorganizacją zachowania i pozytywną reinterpretacją oraz negatywne korelacje między interioryzacją złości a planowaniem oraz wyrażaniem uczuć i emocji. Jeśli chodzi zaś o korelacje pomiędzy poczuciem własnej wartości a ekspresją złości — występują jednakowe, negatywne korelacje między „ja” rodzinnym a uwewnętrznieniem złości oraz między „ja” społecznym a uwewnętrznieniem złości.

Omówienie wyników

Niskie poczucie własnej wartości, jakie stwierdziłam u badanych dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym, jest cechą potwierdzoną przez innych autorów [1, 2, 11-16] — to dotyczące sfery rodzinnej, według mnie, świadczy i zarazem potwierdza nieprawidłowe funkcjonowanie tzw. rodziny anorektycznej. Bezpośredni wpływ na kształtowanie się samooceny u pacjentek z anoreksją mają wzorce rodzinne. W związku z tym, że są one dysfunkcjonalne (wzajemna ingerencja członków rodziny w swoje przeżycia psychiczne, nadmierna protekcja dziecka i w konsekwencji brak rozwoju jego autonomii, nieprawidłowo zdefiniowane role, rola dominującej matki i słabego mężczyzny jako partnera i ojca, podporządkowanie i tłumienie indywidualnych dążeń, silne przywiązanie do utrzymania niezmiennego status quo rodziny, maskowanie, zaprzeczanie i skrywanie istotnych konfliktów) — obniżają „ja” rodzinne chorych na jadłowstręt psychiczny.

Niskie wyniki dotyczące poczucia „ja” w sferze zawodowej/szkolnej, jakie uzyskały chore na anoreksję, świadczyć mogą o braku (bądź niedosycie) zadowolenia z własnych osiągnięć, pracy, nauki, a co za tym idzie — chęci zwiększenia swojej aktywności intelektualnej oraz owocniejszego wykonywania pracy itp. Potrzeba osiągnięć niewątpliwie wiąże się z osobowością pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Rozwój intelektualny jest dla nich niesłychanie ważny. Autorzy często podkreślają, iż dziewczęta te cechuje hiperaktywność, zarówno intelektualna (nauka dla nauki), jak i fizyczna (długie spacerowanie, sporty: pływanie, taniec, gimnastyka) [17, 18], perfekcjonizm [15, 19], pilność i skrupulatność w nauce, przywiązywanie dużej wagi do osiągniętych wyników oraz wysoka ambicja [20].

Zachowania pacjentek łączą się w różnym stopniu z radzeniem sobie z sytuacją stresową. Struktura „ja” odgrywa fundamentalną rolę w ich zachowywaniu się w sytuacjach dyskomfortowych. Niskie poczucie własnej wartości prowadzi w obliczu stresu do wzrostu poczucia osobistego zagrożenia, negatywnych emocji i dezorganizacji zachowania oraz do rezygnacji z wykonywania czynności, prowadzących do osiągnięcia celu, i wycofania się z sytuacji stresującej. Wysokie poczucie własnej wartości wiąże się z adaptacyjnymi i skutecznymi strategiami radzenia sobie ze stresem. U kobiet z jadłowstrętem psychicznym wszystkie wymiary poczucia własnej wartości mają istotne, zarówno pozytywne, jak i negatywne, znaczenie dla stosowania strategii radzenia sobie ze stresem.

Zaburzenia odżywiania się mogą odgrywać rolę mechanizmów obronnych przed reakcją na sytuacje stresowe, konfliktowe, przykre, z którymi osoba chora nie potrafi sobie poradzić. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem wiąże się z podejmowaniem działań, których celem nie jest wyjście z sytuacji dyskomfortowej czy planowanie kolejnych etapów rozwiązania problemu, lecz jej unikanie. W porównaniu z grupą kontrolną, badane dziewczęta poszukują więcej wsparcia emocjonalnego (pragną wsparcia moralnego, zrozumienia ze strony innych, a także ich sympatii) oraz społecznego (szukanie porad, uzyskiwanie informacji). Używają częściej strategii dotyczących zaprzeczania. Negują sytuację stresową (bądź zwyczajnie chorobę) i konsekwencje z nią związane (zmęczenie, problemy somatyczne), nie rozpoznają własnego problemu, albo wciąż nie chcą zdać sobie z niego sprawy. Reagując w taki właśnie sposób, unikają tym samym sytuacji, które doprowadziły do napięcia emocjonalnego. Ponadto wykazują większe zaangażowanie w podejmowaniu działań zastępczych (np. pójście do kina, oglądanie telewizji, praca) i niekonfrontowaniu się bezpośrednio z nieprzyjemną sytuacją. Przypuszczać można, że nie czują się zdolne do

znalezienia adekwatnego rozwiązania. W sytuacjach stresowych, w porównaniu z badanymi studentkami, dziewczęta z jadłowstrętem rzadziej zwracają się ku religii.

Jak wynika z badań zaprezentowanych w niniejszym artykule, osoby z anoreksją bardziej uwewnętrzniają swoją złość niż grupa kontrolna. Uważają, że są dużo bardziej rozgniewane niż uważają inni i im samym się to wydaje, zamykają się w sobie, nie stawiają innym zarzutów, wewnątrznie są bardzo rozłoszczone, ale nic nie dają po sobie poznać. Otrzymane wyniki są zgodne z innymi doniesieniami [7–8]. W badaniach przeprowadzonych wśród 235 adolescentek wykazano, że im wyższe wyniki osiągają dziewczęta w skalach dotyczących zaburzeń odżywiania się (w tym badaniu Stirling Eating Disorder Scale Williamsa i wsp., 1994⁷), tym bardziej interioryzują negatywne emocje (ekspresja złości mierzona była w omawianym badaniu za pomocą State-Trait Anger Expression Inventory Spielberga i wsp., 1985⁸ [20]). Otrzymane przez mnie wyniki wskazują, że uzewnętrznienie złości u dziewcząt z anoreksją psychiczną koreluje negatywnie z ogólnym i rodzinnym poczuciem własnej wartości. Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy uwewnętrznieniem złości a „ja” zawodowym, negatywna natomiast z „ja” społecznym. Pomiedzy kontrolą eksterioryzacji złości a „ja” społecznym, rodzinnym i zawodowym występuje negatywna korelacja. Kontrola interioryzacji złości łączy się pozytywnie ze społecznym poczuciem własnej wartości.

Wnioski

Z przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Jadłowstręt psychiczny jest nierozzerwalnie zespolony z niskim poczuciem własnej wartości odnoszącym się w głównej mierze do „ja” rodzinnego (a więc relacji, jakie panują między chorą a członkami rodziny) i „ja” zawodowego/szkolnego (aktywność i działalność intelektualna, ambicje zawodowe itp.).
2. Dezadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem bądź też niepodejmowanie jakichkolwiek działań powodują niemożność wyjścia z sytuacji dyskomfortowej w przypadku pacjentek cierpiących na zaburzenia odżywiania się.
3. Osoby z anoreksją psychiczną nie okazują swojej złości (uwewnętrzniają ją).

Piśmiennictwo

1. Eiber R, Vera L, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD. Estime de soi: étude comparative entre patients avec troubles de conduites alimentaires et phobiques sociaux. *L'Encéphale* 2003; 29: 34–41.
2. Ghaderi A. Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Beh.* 2002; 80: 1–10.
3. Coopersmith S. *Manuel d'Inventaire d'Estime de Soi*. Paris: CPA; 1984.
4. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
5. Endler NS, Parker JA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 58: 844–854.

⁷ Williams G, Power K, Miller H, Frejman C, Yellowlees A, Dowds T, Walker M, Parry-Jones W. Development and validation of the Stirling eating disorder scale. *Int. J. Eat. Dis.* 1994; 16: 35–43.

⁸ Spielberger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane JR, Jacobs GA, Worder TJ. The experience and expression of anger: Construct validation of an anger expression scale. In Chesney MA, Roseman RA, eds. *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioural Disorders*. New York: McGraw; 1985, 5–30.

6. Troop NA, Holbrey A, Treasure JL. Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *Int. J. Eating Dis.* 1998; 24, 157–166.
7. Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *Int. J. Eating Dis.* 2000; 28(1): 8–19.
8. Horesh N, Zalsman G, Apter A. Internalized anger, self-control, and mastery experience in inpatient anorexic adolescents. *J. Psychosom. Res.* 2000; 49: 247–253.
9. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int. J. Beh. Med.* 1997; 4: 92–100.
10. Van Elderen T, Maes S, Komproue I, Van Der Kamp L. The development of an anger expression and control scale. *Brit. J. Health Psychol.*, 1997; 2: 269–281.
11. Brytek A. Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles. Niepublikowana praca doktorska. Université Paul Verlain, Metz, France, 2005.
12. Ackard DM, Croll JK, Kearney-Cooke A. Dieting frequency among college females: association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *J. Psychosom. Res.* 2002; 52: 129–136.
13. Silverstone PH. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Med. Hypoth.* 1992; 39: 311–315.
14. Tyrka AR, Waldron I, Graber JA, Brooks-Gunn J. Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int. J. Eat. Dis.* 2002; 32: 282–290.
15. Williams G-J, Power KG, Millar HR, Freeman CP, Yellowlees A, Dowds T, Walker M, Campsie L, Macpherson F, Jackson MA. Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem and self-directed hostility. *Int. J. Eat. Dis.* 1993; 14: 27–32.
16. Bizeul C, Brun JM, Poupard AT, Rigaud D. Anorexie mentale: valeur pronostique du score initial au questionnaire Eating Disorder Inventory. *Cah. Nutr. Diét.* 2001; 36(6): 426–31.
17. Kohl M, Foulon C, Guelfi JD. Aspects comportementaux et biologiques de l'hyperactivité dans l'anorexie mentale. *L'Encéphale* 2004; 30, 492–499.
18. Moorey J. *Living with anorexia and bulimia*. New York: Manchester University Press; 1991.
19. Raimbault G, Eliacheff C. *Les indomptables. Figures de l'anorexie*. Paris: Odile Jacob; 1989.
20. Zitsoff SL, Geller J, Srikameswaran S. Silencing the self and suppressed anger: relationship to eating disorder symptoms in adolescent females. *Eur. Eat. Dis. Rev.* 2002; 10(1): 51–60.

Adres: Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Zakład Psychologii Ogólnej
ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice

ANEKS

Tabela 1

Charakterystyka badanych grup: pacjentek z anoreksją psychiczną i grupy kontrolnej
Pogrubioną czcionką zaznaczono istotność różnic w stosunku do grupy kontrolnej.

	Jadłowstręt psychiczny n = 30		Grupa kontrolna n = 60	
	M	SD	M	SD
Wiek w latach	20,17	1,44	20,57	1,81
Wskaźnik masy ciała (BMI)	16,52	0,81	20,65	2,48
Czas trwania choroby w miesiącach	32,69	11,06	-	-

Tabela 2

Porównanie wartości liczbowych i procentowych dotyczących ogólnych danych osobowych, życia rodzinnego, stylu życia oraz stanu zdrowia w obydwu badanych grupach

Dane	Jadłowstręt psychiczny n = 30		Grupa kontrolna n = 60	
	Liczba badanych	Procentowy rozkład liczebności	Liczba badanych	Procentowy rozkład liczebności
Wiek:				
a) 19 lat	11	37%	16	27%
b) 20 lat	10	33%	25	41%
c) 21 lat	6	20%	7	12%
d) 22 lata	2	7%	6	10%
e) 23 lata*	-	-	1	2%
f) 25 lat	-	-	2	3%
g) 26 lat	1	3%	3	5%
Nauka:				
a) liceum	1	3%	5	8%
b) studia	29	97%	51	85%
c) ukończone studia	-	-	4	7%
Posiadanie rodzeństwa	21	70%	47	57%
Rodzice:				
a) pełna rodzina	19	67%	51	85%
b) separacja / rozwód	2	7%	6	10%
c) śmierć ojca	9	30%	1	2%
d) śmierć matki	-	-	2	3%

Stosowanie diety kiedykolwiek	29	97%	32	53%
Stosowanie diety obecnie	13	43%	8	13%
Rezygnacja z posiłków:				
a) rano	27	90%	10	17%
b) po południu	27	90%	8	13%
c) wieczorem	28	93%	28	47%
Codziennie ważenie się	24	80%	6	10%
Niezadowolenie z własnej sylwetki	26	87%	25	42%
Hospitalizacja z powodu anoreksji	22	73%	-	-
Obecna opieka psychologiczna / psychiatryczna z powodu anoreksji	8	27%	-	-

* w grupie badanych nie było osób 24-letnich

Tabela 3

Średnie wyniki poczucia własnej wartości w grupie z jadłowstrętem psychicznym i w grupie kontrolnej

Poczucie własnej wartości	Jadłowstręt psychiczny n = 30		Grupa kontrolna n = 60	
	M	SD	M	SD
Ogólne poczucie własnej wartości	10,66**	4,14	18,00	6,00
Społeczne poczucie własnej wartości	5,53	1,87	6,10	1,66
Rodzinne poczucie własnej wartości	3,66**	2,08	5,56	2,42
Zawodowe/szkolne poczucie własnej wartości	4,10*	1,88	5,16	1,99
Skala kłamstwa	1,56**	1,27	2,61	1,63

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,001$

Tabela 4

Średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem w grupie z jadłowstrętem psychicznym i w grupie kontrolnej

Strategie radzenia sobie ze stresem	Jadłowstręt psychiczny n = 30		Grupa kontrolna n = 60	
	M	SD	M	SD
Aktywne radzenie sobie	2,63	0,60	2,63	0,53
Planowanie	2,63	0,60	2,69	0,63
Szukanie wsparcia emocjonalnego	3,15 *	0,41	2,78	0,66

Szukanie wsparcia społecznego	3,16 **	0,63	2,64	0,68
Wyrażanie uczuć i emocji	2,80	0,44	2,58	0,49
Dezorganizacja zachowania	1,43	0,43	1,60	0,60
Wycofanie się	2,88 **	0,36	2,53	0,62
Pozytywna reinterpretacja	2,46	0,69	2,64	0,77
Poczucie humoru	1,48	0,27	1,72	0,66
Zaprzeczanie	2,13 **	0,60	1,60	0,58
Akceptacja	2,33	0,54	2,34	0,54
Religia	1,65 *	0,55	2,02	0,69
Używanie substancji psychoaktywnych	1,45	0,40	1,47	0,59

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,001$

Tabela 5

Średnie wyniki ekspresji złości w grupie z jądłowstrętem psychicznym i w grupie kontrolnej

Ekspresja złości	Jądłowstręt psychiczny n = 30		Grupa kontrolna n = 60	
	M	SD	M	SD
Eksterioryzacja złości	1,96	0,13	2,16	0,67
Interioryzacja złości	2,40 *	0,45	2,04	0,58
Kontrola eksterioryzacji złości	2,27	0,39	2,54	0,49
Kontrola interioryzacji złości	4,10	1,88	5,16	1,99

Legenda: $p \leq 0,05$

Tabela 6

Korelacje poczucia własnej wartości ze strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie z jądłowstrętem psychicznym i w grupie kontrolnej

Strategie radzenia sobie ze stresem	Jądłowstręt psychiczny (n = 30)				Grupa kontrolna (n = 60)			
	OGÓLNE poczucie własnej wartości	SPOLECZNE poczucie własnej wartości	RODZINNE poczucie własnej wartości	ZAWODOWE poczucie własnej wartości	OGÓLNE poczucie własnej wartości	SPOLECZNE poczucie własnej wartości	RODZINNE poczucie własnej wartości	ZAWODOWE poczucie własnej wartości
Aktywne radzenie sobie	0,36 *	0,65 **	0,25	0,33	0,35 **	0,13	0,21	0,60 **
Planowanie	0,66**	0,83 **	0,59 **	0,65 **	0,30 *	0,13	0,13	0,29 *

Szukanie wsparcia emocjonalnego	-0,03	0,26	-0,05	-0,02	0,04	0,25*	-0,17	-0,09
Szukanie wsparcia społecznego	-0,67 **	-0,32	-0,43 *	-0,38 *	-0,13	-0,04	-0,12	0,09
Wyrażanie uczuć i emocji	-0,18	0,40 *	-0,01	0,19	-0,05	0,17	-0,09	0,07
Dezorganizacja zachowania	-0,64 **	-0,36 *	-0,46 **	-0,32 *	-0,46 **	-0,37**	-0,36 **	-0,27*
Wycofanie	0,34	0,52 **	0,21	0,26	0,09	0,05	0,11	0,13
Pozytywna reinterpretacja	-0,38 *	0,00	-0,30	-0,27	0,18	0,16	0,21	0,16
Poczucie humoru	0,06	0,34	0,10	0,10	0,07	0,10	0,22	0,04
Zaprzeczanie	-0,65 **	-0,26	-0,40 *	-0,30	-0,40 **	-0,19	-0,24	-0,06
Akceptacja	-0,41 *	-0,07	-0,24	-0,20	-0,02	-0,08	-0,16	-0,14
Religia	-0,08	-0,04	-0,04	-0,14	0,28 **	0,23	0,22	-0,00
Używanie substancji psychoaktywnych	0,09	-0,17	-0,32	-0,31	-0,28 *	-0,04	-0,26 *	-0,33 **

Uzyskano następujące wartości dla wyników istotnych statystycznie: **p ≤ 0,001; *p ≤ 0,05

Tabela 7

Korelacje ekspresji złości ze strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie z jądłowstręt psychiczny i w grupie kontrolnej

Strategie radzenia sobie ze stresem	Jądłowstręt psychiczny (n = 30)				Grupa kontrolna (n = 60)			
	EKSTERIORYZACJA złości	INTERIORYZACJA złości	KONTROLA w EKSTERIORYZACJI złości	KONTROLA w INTERIORYZACJI złości	EKSTERIORYZACJA złości	INTERIORYZACJA złości	KONTROLA w EKSTERIORYZACJI złości	KONTROLA w INTERIORYZACJI złości
Aktywne radzenie sobie	-0,08	-0,53 **	-0,38 *	0,25	0,06	-0,07	-0,21	0,22
Planowanie	-0,34	-0,37*	-0,58 **	0,41 *	0,24	-0,32 *	0,15	0,14

Szukanie wsparcia emocjonalnego	0,09	-0,32	-0,26	0,05	0,15	-0,25 *	0,11	0,11
Szukanie wsparcia społecznego	0,27	-0,04	-0,05	0,01	0,11	-0,01	-0,09	0,24
Wyrażanie uczuć i emocji	-0,11	-0,29	-0,62 **	0,60 **	0,37 **	-0,33 **	0,16	-0,01
Dezorganizacja zachowania	-0,04	0,43 *	-0,09	0,25	-0,03	0,36 **	-0,23	-0,07
Wycofanie się	-0,08	-0,43 *	-0,28	0,11	0,23	-0,10	0,34 **	-0,18
Pozytywna reinterpretacja	-0,01	0,11	-0,49 **	0,42 *	-0,13	-0,00	-0,13	0,38 **
Poczucie humoru	-0,16	-0,08	-0,58 **	0,80 **	0,13	-0,08	0,17	-0,00
Zaprzeczanie	-0,05	0,19	-0,23	0,40 *	0,27 *	0,04	0,01	-0,07
Akceptacja	-0,07	0,18	-0,52 **	0,58 **	0,07	-0,01	0,03	0,03
Religia	0,06	0,22	-0,22	0,25	-0,16	-0,13	-0,02	0,27 *
Używanie substancji psychoaktywnych	0,28	0,05	0,23	-0,35	0,27 *	0,11	0,23	-0,15

Uzyskano następujące wartości dla wyników istotnych statystycznie: *p ≤ 0,005; **p ≤ 0,001

Tabela 8

Korelacje poczucia własnej wartości z ekspresją złości w grupie z jądłowstrętem psychicznym i w grupie kontrolnej

Ekspresja złości	Jądłowstręt psychiczny (n = 30)				Grupa kontrolna (n = 60)			
	OGÓLNE poczucie własnej wartości	SPOLECZNE poczucie własnej wartości	RODZINNE poczucie własnej wartości	ZAWODOWE poczucie własnej wartości	OGÓLNE poczucie własnej wartości	SPOLECZNE poczucie własnej wartości	RODZINNE poczucie własnej wartości	ZAWODOWE poczucie własnej wartości
Eksterioryzacja złości	-0,42 *	-0,29	-0,41 *	-0,25	-0,21	-0,11	-0,27 *	-0,03
Interioryzacja złości	-0,08	-0,43 *	-0,12	0,65 **	-0,23	-0,27 *	-0,19	-0,16
Kontrola eksterioryzacji złości	-0,32	-0,56 **	-0,40 *	-0,48 **	0,02	0,13	0,01	-0,14
Kontrola interioryzacji złości	0,17	0,38 *	0,26	0,21	0,2	0,20	0,16	0,26 *

*p ≤ 0,005; **p ≤ 0,001