

Ziółkowska, Beata

## Uwarunkowania ekspresji syndromu gotowości anorektrycznej

*Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická.* 2000, vol. 48, iss. P4, pp. [35]-55

ISBN 80-210-2516-6

ISSN 1211-3522

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/114403>

Access Date: 16. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

BEATA ZIÓŁKOWSKA

## UWARUNKOWANIA EKSPRESJI SYNDROMU GOTOWOŚCI ANOREKTRYCZNEJ

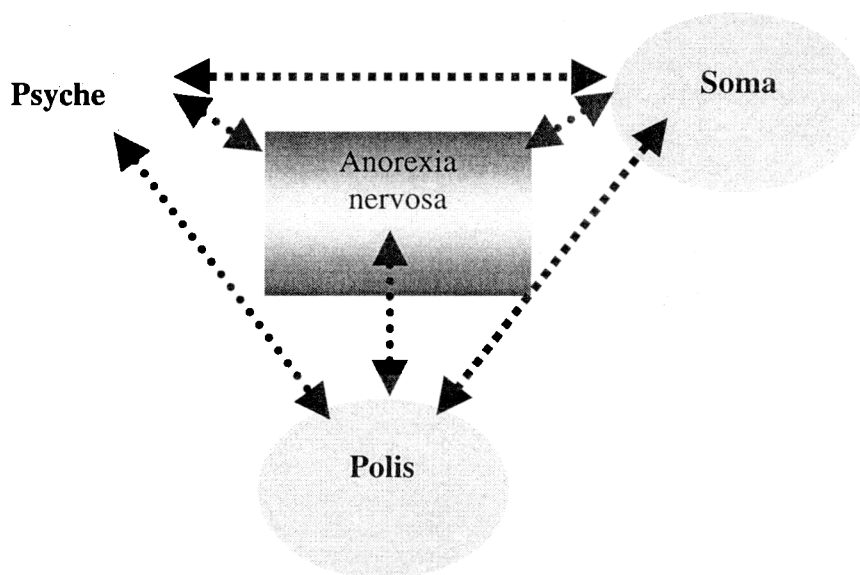
(Determinants of Anorexia Readiness Syndrom (ARS) expression)

### Wprowadzenie

*Anorexia Nervosa* zatacza coraz to większe kręgi zbierając obfite i tragiczne zarazem żniwo. W latach 1982–1992 oszacowano, że liczba zaburzeń jedzenia wzrosła o połowę (Seligmann, Rogers, Annin, 1994). Dotykają one szczególnie środowiska modelek i fotomodelek, aktorek, gimnastyczek, zapaśników i dżokejów. Anoreksja była udziałem takich znanych nam wszystkim postaci, jak: Audrey Hepburn, Franz Kafka, Celine Dion, Kate Moss. Przy udziale massmediów zagraża jednak głównie szerokim rzeszom młodych dziewcząt zaczynających interesować się własnym wyglądem i kreowaniem swojego wizerunku według propagowanych kanonów urody. Na wpływ tej choroby – o czym ostatnio mówi się coraz bardziej otwarcie – narażone jest środowisko homoseksualistów, którzy znacznie częściej niż heteroseksualni mężczyźni okazują niezadowolony ze swojego ciała (Striegel-Moore, Tucker, Hsu, 1990).

Odczuwanie i zaspakajanie głodu to jedna z najbardziej naturalnych potrzeb człowieka. Przygotowywanie posiłków, karmienie, wspólne spożywanie pokarmów jest oznaką więzi, dostarczać ma przyjemności i uzupełniać towarzyskie spotkania będąc ich dodatkową atrakcją (przyjęcia weselne, urodzinowe, bankiety z różnych okazji). Jedzenie może jednak ograniczać naszą wolność stanowiąc źródło chronicznego i patologicznego zarazem „pocieszania się“ (skrajnie: *Bulimia Nervosa*) lub będąc naszym wrogiem i zbędnym dodatkiem do życia (skrajnie: *Anorexia Nervosa*).

Analiza schematu (Rys.1) dowodzi niewątpliwie faktu, iż nerwicowy brak łaknienia uznać możemy za zaburzenie psychosomatyczne, w którego etiologii upatrujemy znacznego udziału czynnika zarówno fizjologicznego (np. zaburzenia neurohormonalne), jak i psychospołecznego (np. nieprawidłowości w kontakcie rodzice – dziecko).



**Rys. 1. Trzy źródła *Anorexia nervosa* (za: Ziółkowska, 2000)**

W rozwoju zaburzenia (tu: *Anorexia nervosa*) nie ma znaczenia fakt, który z nich ujawnił się jako pierwszy. Anoreksję bowiem mogła zainicjować choroba somatyczna (np. żółtaczka zakaźna, zapalenie wyrostka robaczkowego) wymagająca od pacjentki przestrzegania ścisłej diety, co pociągnęło za sobą zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym. Innym razem, czynnikiem ryzyka prowadzącym do zareagowania jądłowstrętem psychicznym mogła być niska samoocena pacjentki zrodzona z powodu braku akceptacji w rodzinnym domu, co uruchomiło z kolei ciąg nieprawidłowości w sferze funkcjonowania fizjologicznego. Stąd, udział każdego z wymienionych czynników w ekspresji anoreksji i wzmacnianiu jej symptomów wydaje się być prawdopodobny. Niniejszy tekst jest próbą ujęcia tytułowego zaburzenia, w tle którego pozostaje nieodłącznie system rodzinny wraz ze swoimi zasobami, ale także wszelkimi nieprawidłowościami.

## 2. Problem

### 2.1. *Syndrom gotowości anorektycznej (SGA) – nowy konstrukt w klasyfikacji zaburzeń jedzenia*

Współcześnie *Anorexia nervosa* staje się faktem społecznym, na którego obraz składa się m.in. znaczne obniżenie się granicy wieku ofiar zaburzeń jedzenia, rosnąca liczba męskich anorektyków, pojawianie się nowych odmian nieprawidłowości w sferze przyjmowania pokarmów, spostrzegania własnego ciała oraz oceny jego atrakcyjności. Mechanizm eskalacji tego zjawiska zainspirował nas do zdiagnozowania i zanalizowania wskaźników oraz determinant sprzyja-

jących wystąpieniu u niektórych młodych kobiet tego rodzaju sposobu radzenia sobie z intrapsychicznymi i interpersonalnymi problemami. Interesujący bowiem wydaje się fakt podatności jedynie niektórych spośród dorastających dziewcząt i młodych kobiet na reagowanie restrykcyjnymi głodówkami, uwarunkowany fizjologicznie, psychologicznie i społecznie. Czym bowiem można wytłumaczyć to, że w pewnego rodzaju trudnych sytuacjach, część omawianej populacji znacznie ogranicza spożywanie posiłków? W jaki sposób uzasadnić można znaczną podatność części populacji na wpływy kultury masowej dotyczące kreowania swojego wizerunku kosztem zdrowia a nawet życia? Jaka wiązka czynników jest zatem za ten fakt odpowiedzialna ?

Aby odpowiedzieć na to pytanie zasadne wydaje się zdefiniowanie konstruktów, którego powołanie miałyby współuczestniczyć w wyjaśnianiu tego złożonego i niepokojącego zagadnienia. Konstruktem tym jest *Syndrom gotowości anorektycznej* oraz pojęcia jemu pokrewne ( tutaj: *Pogotowie anorektyczne, Poziom gotowości anorektycznej, Zachowania anorektyczne*) umożliwiające jego definiowanie oraz wyjaśnianie jego regulacyjnego charakteru dla funkcjonowania jednostki (Ziółkowska, 2000).

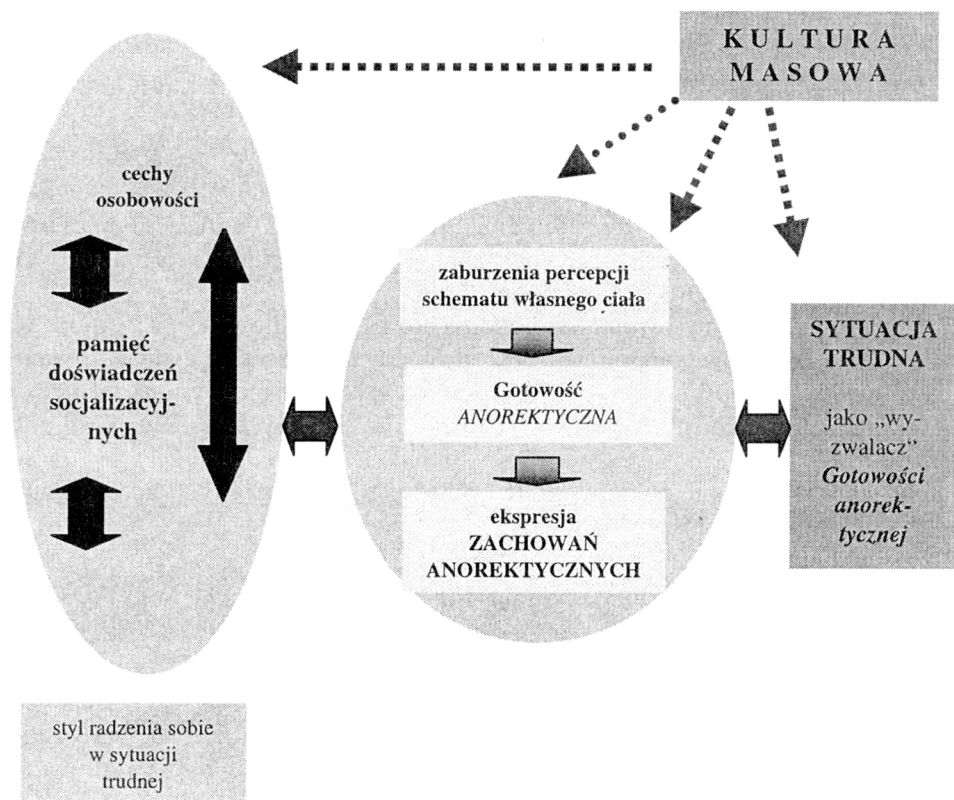
Zespół objawów nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała nazywamy *Syndromem gotowości anorektycznej* (SGA). Będzie się on ujawniał się będzie poniższą listą diagnostycznych wskaźników – tak zwanych *zachowań anorektycznych*:

- zainteresowanie pokarmami, ich wartością kaloryczną i/lub liczenie kalorii spożywanych posiłków,
- wzmagająca się okresowo aktywność ruchowa,
- przesadna dbałość o wygląd i skupienie na własnym ciele oraz porównywanie się z ideałami kobiecej urody lansowanymi m.in. w mediach,
- **skłonność do kontrolowania swojej wagi i wymiarów ciała, czemu towarzyszy napięcie emocjonalne,**
- tendencja do przeceniania rozmiarów swojego ciała oraz jego wagi,
- skłonność do rywalizacji,
- potrzeba perfekcjonizmu,
- potrzeba kontroli,
- podatność na wpływy kultury masowej, zwłaszcza reklamy wizualnej,
- labilność emocjonalna, warunkowana głównie stosunkiem do jedzenia i do ciała.

*Wszystkie te objawy będą miały tendencję do okazjonalnego ujawniania się, podyktowanego np. obniżeniem nastroju na skutek przeżywanego stresu. Zatem osobniczej podatności na reagowanie tego rodzaju zaburzeniami w interpretowaniu i realizowaniu potrzeby pokarmowej nazywać będziemy Poziomem gotowości anorektycznej — PGA (lub inaczej: Pogotowiem anorektycznym).*

Rys. 2 prezentuje interakcje czynników determinujących hipotetycznie ekspresję *zachowań anorektycznych*, będących wskaźnikami nienaturalnego stosunku do jedzenia, własnego ciała oraz zaburzeń w sferze odczuwania i reali-

zowania potrzeby pokarmowej. Ważnym czynnikiem wywołującym ekspresję zachowań anorektycznych jest wyuczony styl reagowania w trudnych sytuacjach, który u niektórych osób, szczególnie w okresie kryzysów rozwojowych podnosi poziom gotowości anorektycznej czyli8i tendencji do nieprawidłowego zaspakajania potrzeby pokarmowej z jednoczesną skłonnością do wzmoczonej krytyki własnej fizyczności i przeceniania roli wyglądu fizycznego w życiu kobiety.



Rys. 2. Uwarunkowania *Syndromu gotowości anorektycznej* (SGA) (Ziółkowska, 2000)

Ogólnie przyjmuje się, iż na zaburzenia jedzenia cierpią te osoby, które cechuje jednocześnie silna potrzeba perfekcjonizmu oraz niskie poczucie własnej wartości, czego korzenie znajdujemy najczęściej w nieprawidłowych relacjach panujących w mikrośrodku rodzinnym. Przeprowadzone przez Irenę Pufal – Struzik w 1995 roku badania dotyczące młodzieży, zaowocowały m. in. istotnym wnioskiem, iż współcześnie pokolenie adolescentów pełne jest obaw i niepokojów związanych z zagrożeniem uniwersalnych wartości, takich jak zdrowie

i bezpieczeństwo. W rodzinach zajętych pomnażaniem dóbr (Brejak, 1993) dziecku brakuje oparcia w kimś bliskim. Odczuwa ono deficyt wiary w siebie i swoje siły, a z upływem lat doświadcza rosnącego osamotnienia i pustki. Z tego też względu w przyszłości młodzież antycypuje liczne trudności w realizacji celów życiowych, które często stają się w sposób realny ich udziałem. Rozwojowi i ekspresji zaburzeń w sferze nieprawidłowego stosunku do jedzenia oraz własnego ciała sprzyjać będą zatem nieprawidłowe postawy rodziców względem ich dzieci, czego żywym dowodem jest zaburzony dystans między uczestnikami interakcji. Najczęściej nieprawidłowy stosunek do jedzenia dotyczy dzieci rodziców, którzy przejawiają wygórowane wobec nich wymagania, wspierają dążenie do perfekcjonizmu i rywalizację nie licząc się z ich możliwościami, decyzjami i wyborami. *Syndrom gotowości anorektycznej* ujawniać mogą ponadto te osoby, które zaznaczyć chcą swą obecność czy niedojrzałość, brak przygotowania do dorosłego i samodzielnego życia i pełnienia związanych z tym ról społecznych. Nieprawidłowy stosunek do pokarmu i własnej fizyczności ujawniają się czasami jako manifestacja buntu dzieci wobec nieprawidłowych stosunków między domownikami, manipulowania emocjami dziecka w trakcie kłótni małżeńskich rodziców, niesprzyjającemu rozwojowi układowi sił w rodzinie.

Ogólnie rzecz ujmując (za: Minuchin, 1978) rozwojowi zaburzeń psychosomatycznych, w tym ekspresji *Syndromu gotowości anorektycznej*, sprzyja m.in. interakcja następujących czynników:

- fizjologiczna podatność dziecka na zaburzenia psychosomatyczne,
- nadopiekuńcza rodzina o sztywnej strukturze uniemożliwiająca rozwiązanie istniejącego problemu,
- wykorzystywanie choroby dziecka jako pretekstu do nierozwiązywania realnego konfliktu panującego w rodzinie.

## 2.2. Styl funkcjonowania rodziny jako determinanta

### *SGA oraz Anorexia nervosa*

Zdaniem Ericha Fromma (1970) człowiek przychodzi na świat z tendencją do zdrowia, wzrostu i rozwoju. By jednak owa potencja mogła być realizowana, muszą zostać spełnione określone zewnętrzne warunki, pośród których autor wymienia:

- ciepły, uczuciowy kontakt z innymi ludźmi w okresie dzieciństwa,
- wolność i niestosowanie gróźb w procesie wychowania,
- stymulujący wpływ i wrażliwe reagowanie opiekunów.

Istnienie takich determinant służących prawidłowemu wzrostowi i rozwojowi dziecka zapewnić ma – zdaniem autora – kształtowanie się charakteru biofilicznego tzn. zorientowanego na życie, którego przeciwieństwem jest charakter nekrofiliczny zorientowany na śmierć. Ten drugi formuje się wówczas, gdy naturalne dążenie człowieka do życia i miłości zostaje zahamowane czy niweczone. Destrukcyjna tak rozumiana i ugruntowana za sprawą niesprzyjających optymalnemu rozwojowi zewnętrznych warunków i związa-

nych z nimi doświadczeń, może przerodzić się w miarę stałą tendencję czy skłonność realizowaną poprzez — w tym kontekście istotne — wytwarzanie restrykcyjnych nawyków żywieniowych osłabiających na poziomie fizjologicznym, społecznym i psychicznym szeroko pojmowaną radość życia oraz progres.

Psychologiczne koncepcje somatyczne i charakterologiczne akcentują, w jaki sposób intensywnie powtarzający się układ czynników prowadzących do frustrowania ujawnianych i komunikowanych przez dziecko potrzeb (w tym potrzeby pokarmowej) indukować może powstawanie u niego określonych behawioralnych, emocjonalnych, a nawet poznawczych reakcji. Jeśli owe sygnały nie spowodują zmiany zachowania otoczenia względem dziecka, możliwe jest zanegowanie przez nie swoich potrzeb, a skrajnie samego siebie. Jedynie bowiem „fałszywa Jaźń“ pozwoli mu przetrwać w tak trwale niekorzystnych warunkach. Zarówno u kobiet, jak i mężczyzn dotkniętych anoreksją, niemałą rolę w jej ekspresji odgrywa d o m. Napięte sytuacje życia rodzinnego często rozładowuje się poprzez jedzenie będące oznaką więzi emocjonalnej (Eibl-Eibesfeldt, 1987). Zaburzenia jedzenia mogą być wywołane (Seligmann, Annin, Rogers, 1994):

- rozdzieleniem z rodziną,
- znalezieniem się w zupełnie nowym otoczeniu,
- koniecznością rozpoczęcia samodzielnego życia.

Przegląd literatury nasuwa szereg pomysłów, co do przyczyn formowania się oraz ekspresji symptomów nerwicowego braku łaknienia. Problem analizowano — jak dotąd — przede wszystkim na gruncie nauk społecznych i medycznych. Wśród tych pierwszych znajdujemy hipotezy mające źródło w psychologii wychowania i psychologii rozwoju człowieka. I tak współczesna nauka zajmująca się problematyką zaburzeń łaknienia uznaje, iż anoreksja może być (Starzomska, 1996) zarówno depresją maskowaną, jak i chorobą systemu rodzinnego, wyrazem identyfikacji dziewczyny z chorą na anoreksję matką.

Jedna z tez wyjaśniających etiopatogenezę opisywanej formy zaburzeń łaknienia zakłada, że anorektyczki to osoby wykazujące nadmierne zainteresowanie pokarmami, lęk przed otyłością i / lub pochodzą ce z rodzin, w których do jedzenia i przygotowywania posiłków przywiązywano szczególne — nadmierne znaczenie (Jablow, 1993). Dane pochodzące z wywiadów rodzinnych (Golczyńska, 1996) nasuwają przypuszczenie, iż wielokrotnie w rodzinach przyszłych anorektyczek jedzenie odgrywało specyficzną rolę, stanowiąc np. system kar i nagród w procesie wychowania. Trudno jednak ustalić, na ile zwyczaje rodziny dotyczące nawyków żywieniowych kształtują myślenie przyszłej anorektyczki na temat jedzenia, na ile zaś sama anorektyczka -ujawniająca już wcześniej specyficzny stosunek do spożywania pokarmów — wpływa na kształt rodzinnych tradycji i rytuałów w tej sferze.

Kolejna ze szczegółowych hipotez upatrująca źródeł *Anorexia nervosa* w funkcjonowaniu systemu rodzinnego mówi, że częstokroć dziewczęta obawiają się ujawnienia drugorzędowych cech płciowych (*nie chcą dorosnąć, nie chcą być samodzielną*). Taką postawę prowo-

kują — z jednej strony — patologiczne procesy toczące się w mikrospołeczności rodzinnej, zwłaszcza zaś zaburzone kontakty z ojcem lub innym opiekunem tej płci (Ruszkowska, 1991). Innym uzasadnieniem dla powstrzymywania procesu dojrzewania jest (Jakubczyk, Żechowski, 1996) ochrona matki przed aspektami własnego dojrzewania. Powodem takiej postawy anorektyczki jest nadmierna, ujawniana wobec niej opiekuńczość ze strony matki, dla której chcą zachować jak najdłuższą pozycję oraz *physis* dziecka.

Jest niemal regułą, że jałdówstręt psychiczny pojawia się w tych rodzinach, w których rodzice nie potrafią z sobą otwarcie rozmawiać, unikają konfliktów. W momencie, gdy dziecko zaczyna przysparzać im problemów (np. zapada na anoreksję), ich wysiłki jednoczą się w jego ratowaniu. Nowy przedmiot zaabsorbowania małżonków pozwala im zarzucić dotychczasowe waśnie i spory małżeńskie. Taka postawa nie sprzyja jednak wyleczeniu ich dziecka, dopóki leżące u podstaw tej patologicznej sytuacji problemy nie zostaną skutecznie rozstrzygnięte. Jeśli zaś nie doczekają się rychłego rozwiązania, istnieje niebezpieczeństwo nawrotu choroby lub wystąpienia bulimii, szczególnie pod wpływem silnego stresu (Jablow, 1993). Matka oferująca dziecku jedzenie bez radości, przekazuje mu niezdolność do rozkoszowania się podstawowymi, naturalnymi aspektami życia. Stąd oralna satysfakcja jest przez nie odczuwana jako niezgodna z potrzebą bezpieczeństwa i autonomii. Czasami młode kobiety, u których występują zaburzenia jedzenia mają nadmiernie surowe matki krytykujące ich wygląd i wagę, gdyż w młodości one same cierpiały na zaburzenia odżywiania się (Abraham, Llewelyn-Jones, 1999) i same nie akceptowały swojego ciała. Thoma (za: Ruszkowska, 1991), analizując źródła jałdówstrętu psychicznego wysuwa tezę, iż jest to „zaburzenie instynktu“ związane z oralną ambiwalencją wykształconą drogą o r a l n e j d e p r y w a c j i, po której następowały okresy bliskości z matką i gratyfikacji potrzeb. Tego rodzaju sytuacje zwiększają prawdopodobieństwo regresji do tej fazy życia w sensytywnym dla ekspresji symptomów anoreksji stadium rozwoju — adolescencji.

Karanie dziecka za płacz i inne komunikaty sygnalizujące głód lub niereagowanie na nie, może skrajnie przyczynić się — o czy mowa była już wcześniej — do zaprzeczanie potrzebie pokarmowej już na poziomie popędu, a zatem do znacznie zredukowanej jego realizacji (Dollard, Miller, 1967). Szczególnie groźnie przedstawiają się tego rodzaju zachowania karmicieli w stadium inkorporatywnym, kiedy to — zdaniem Eriksona (za: Sękowa, 1998) — ustami i całym ciałem dziecko poznaje świat i zdobywa doświadczenia.

Nieprawidłowe postawy rodzicielskie, także w innych stadiach rozwojowych, częstokroć implikują zaburzenia odczuwania i realizowania potrzeby pokarmowej jako patologicznego sposobu radzenia się w przewlekłych lub rytmicznie powtarzających się sytuacjach trudnych. Owe błędy wychowawcze zasadzają się — mówiąc najogólniej — na wadliwym dystansie rodzic-dziecko. Nadmierny dystans to termin opisujący kontakt agresywny z jednej strony, aż po jego unikanie w jakiegokolwiek formie — z drugiej. Nadmierna koncentracja manifestuje się z kolei w kontak-



cie uporczywie korygującym lub zbyt bliskim — na poziomie wcześniejszej fazy rozwojowej (Ziemska, 1973). Nadmierna koncentracja na dziecku przyczyniać się może do opóźnienia jego dojrzałości emocjonalnej, infantylnizmu społecznego, braku inicjatywy i ustępliwości. Z kolei wygórowane wymagania opiekunów implikują zazwyczaj u dziecka brak wiary w siebie, niepewność, lękliwość, obsesyjność, przewrażliwienie. Ów skrajny dystans rodziców względem dzieci, widoczny jest ze swymi negatywnymi konsekwencjami w postawie:

- *usidlającej* — wszyscy w rodzinie żyją nawzajem swoim życiem, role społeczne są zaburzone, a ich granice niejasne, zatracą się indywidualność członków takiego systemu,
- *nadopiekuńczej* — wszyscy domownicy troszczą się wzajemnie o siebie co wypływa z przeświadczenia o licznych niebezpieczeństwach i zagrożeniach płynących z otaczającego świata,
- *sztynnej* — *panowanie nad sobą* jest tutaj nadrzędnym celem osobistego rozwoju, członkowie rodziny próbują unikać problemów, rodzice mają skłonność do angażowania dzieci w konflikty małżeńskie.

W takich warunkach życia i wzrastania, głodzenie się to nic innego jak *krzyk rozpaczy*, często próba wyzwolenia się spod kontroli rodziców, akt podświadomej zemsty: *teraz ja kontroluję was, manipuluję waszym lękiem i bezradnością* (Józefik, 1996). Zbyt silne więzi rodzinne mogą bowiem w okresie dorastania utrudnić lub wręcz uniemożliwić osiągnięcie przez dziecko autonomii, a pierwsze jej przejawy niweczyć może w sposób nadopiekuńczy, sztywny czy też usidlający — rodzina.

Korzystając z modelu Chandlera (za: Maurer, 1993) przyjąć możemy, iż traumatyczne wydarzenia mające źródło w nieprawidłowych relacjach pomiędzy dzieckiem i rodzicami szczególnie silnie dotyczą tych spośród nich, których zachowanie się opisać można jako *zahałmowane* lub *zależne*. Rys osobowości ujawniany w zachowaniu się tychże w wielu aspektach przypomina postawy anorektyczek. Pośród właściwości dzieci *zahałmowanych* znajdujemy takie, jak (za: Maurer, 1993): wrażliwość (szczególnie na zranienie ze strony otoczenia społecznego), nieustanne martwienie się, brak zaufania do siebie, brak równowagi psychicznej, lęk przed nowymi sytuacjami. Z kolei charakterystyka dzieci *zależnych* obejmuje listę takich ich cech, jak: sporadyczne ujawnianie swojej woli, brak zaufania do siebie, deficyt niezależności, trudności w przyjmowaniu i znoszeniu krytyki ze strony innych ludzi. Anorektyczni pacjenci bardzo — podobnie jak dzieci z wymienionych grup — obawiają się (Żok — Jaroszewska, 1996) nowych sytuacji, wszelkich zmian oraz zadań, przed którymi są stawiani, ponieważ brakuje im własnych, wewnętrznych drogowskazów, nadmiernie opierają się na pochwałach i akceptacji innych osób.

Podobieństwo zachowania się dziewcząt anorektycznych do tych z wyżej wyłonionych kategorii rysują się dość wyraźnie prawdopodobnie z tego powodu, iż matki anorektycznych dziewcząt prezentują w swoim sposobie zachowania się agresywna nadopiekuńczość będącą widomym skutkiem niezdolności ze strony opiekunki do uznania autonomii i niezależności swojego dziecka. Z warunkami systemowymi rozwoju i wzrostu człowieka koresponduje styl ży-

cia preferowany w rodzinie i indukowany dziecku. Styl życia – zgodnie z koncepcją Bronfenbrennera (za: Pietrasiński, 1982) – to świadomy wybór odpowiedniego – zdaniem jednostki – sposobu działania i kierowania się określonymi wartościami. I tak styl perfekcjonistyczny zdaje się w największym stopniu predestynować jednostkę do reagowania zaburzeniami jedzenia w sytuacjach trudnych, charakteryzujące go bowiem zmienne, cechujące także psychologiczny obraz *Anorexia nervosa*, to m.in.:

- trwałe wartości moralne,
- życie podporządkowane zasadom i wzorowemu przestrzeganiu norm,
- silna wola,
- zdolność do poświęceń i wyrzeczeń,
- satysfakcja moralna,
- doskonalenie się.

Zdaniem Adlera (1947) każde dziecko skazane jest na poczucie niższości ze względu na swą bezradność i uzależnienie od innych, a cywilizacja dodatkowo narzuca i wzmacnia to poczucie poprzez kultywowanie ducha współzawodnictwa: wyścigi w wiedzy, sprawności fizycznej, wydajności pracy, urodzie itp.

Obecna i ugruntowana w naszym kręgu kulturowym filozofia poświęcania się kobiet, też nie jest tu bez znaczenia. Córki uczą się rezygnowania z pragnień, wrażliwości na innych, tego, że szlachetniej jest dawać niż brać (Józefik, 1996). Postawa umartwiania się bliska jest anorektyczkom, nie tylko powodując ekspresję oraz wzmacnianie istniejących symptomów zaburzenia, ale i wzmacniając je (*im więcej wytrzymam, im bardziej wyrzekać się będę przyjemności, tym większa będzie moja satysfakcja i moralna oraz przewaga nad innymi ludźmi*).

Struktury rodzinne (Jakubczyk, Zechowski, 1996) nie zapewniają rosnącym w nim dzieciom możliwości wytworzenia własnej, odrębnej i dobrze odgraniczonej od świata tożsamości. Zachowanie za wszelką cenę lojalności wobec członków systemu rodzinnego, jak i doznawanie poczucia bliskości stają w opozycji wobec takich wartości ważkich dla spontanicznego rozwoju człowieka, jak: autonomia, prawo do samostanowienia oraz określenie i manifestowanie własnego *Ja*.

Celem leczenia *Anorexia nervosa* jest nauczenie pacjentki, jak ma się odżywiać, aby jej waga utrzymywała się w normie (Abraham, Llewelyn – Jones, 1999), a ponadto zaakceptowanie swojej fizyczności i opanowanie podstawowych umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami i trudnymi sytuacjami. Pojawienie się pierwszej miesiączki to widomy dowód postępu w leczeniu. Przywrócenie prawidłowej gospodarki hormonalnej i funkcjonowania jajników trwa jednak najczęściej parę lat.

Z punktu widzenia terapii rodzin rozważającej etiopatogenezę *Anorexia nervosa*, jej determinanty, mechanizm, a nadto terapię konieczne jest dla prawidłowego przebiegu leczenia zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny. Systemowy model leczenia to nie tylko bowiem technika terapeutyczna, ale przede wszystkim nowy sposób postrzegania i rozumienia zaburzeń, w tym zaburzeń odżywiania się.

Terapia systemowa w przypadku zaburzeń jedzenia napotyka jednak na wiele problemów do których zaliczyć możemy (za: Małkiewicz – Borkowska, 1996):

- kłopoty ze zsynchronizowaniem postępowania medycznego i psychoterapeutycznego,
- zaakceptowanie przez rodzinę konieczności uczestnictwa w psychoterapii i systematyczne spotkania z terapeutą,
- konieczność oddzielenia pacjentki od rodziny zwłaszcza w przypadku dziewcząt z bezwzględnym wskazaniem do hospitalizacji.

Proces readaptacji pacjentki możliwy jest jednak tylko w przypadku zerwania niszczących więzi podtrzymujących symptomy choroby, ustalenie na nowo prawidłowych relacji w rodzinie, jasny podział ról i zadań z nimi związanych, a nade wszystko otwarty i szczery kontakt domowników. W zmienionej na korzyść strukturze rodzinnej (Jakubczyk, Żechowski, 19) pacjentka ma większe szanse na dokonanie procesu separacji-indywidualizacji i wykształcenia własnego, autentycznego *Ja*.

### 2.3. Problemy i hipotezy badawcze

*Zamierzeniem badawczym było znalezienie odpowiedzi na następujące problemy badawcze:*

Jakiego rodzaju doświadczenia rodzinne z okresu wczesnego dzieciństwa ujęte systemowo (styl socjalizacji, pozycja w rodzinie, role społeczne, więzi, układ sił w rodzinie itp.) zachowane w pamięci osoby badanej, mogą stać się czynnikami wyzwalającymi tendencję do zaburzeń jedzenia w postaci *Syndromu gotowości anorektycznej*, na przełomie adolescencji i wczesnej dorosłości?

Jakiego rodzaju zachowania uznać można za diagnostyczne dla rozpoznania *Syndromu gotowości anorektycznej* u kobiet w okresie przejścia od adolescencji do wczesnej dorosłości?

W jakim stopniu właściwości obrazu własnego ciała oraz ocena poziomu własnej atrakcyjności są czynnikami sprzyjającymi powstawaniu i uruchamianiu *Syndromu gotowości anorektycznej* w sytuacjach trudnych?

Próbą odpowiedzi na tak sformułowane pytania badawcza są odpowiednio trzy hipotezy, trafność których oceniano w kolejnych fazach empirycznej eksploracji problemu.

H.1. Ujawnieniu się skłonności młodych kobiet do reagowania zaburzeniami jedzenia w postaci *Syndromu gotowości anorektycznej* sprzyjają w znacznej mierze usidlające, szywne lub nadopiekuńcze zachowania ich rodziców, manifestujące się nieprawidłowym (zbyt bliskim lub zbyt odległym) dystansem psychologicznym rodziców wobec córek.

H.2. Za diagnostyczne dla ekspresji *Syndromu gotowości anorektycznej* uznać można:

odmawianie przyjmowania pokarmów; liczenie kalorii; zwiększenie aktywności ruchowej; przesadną dbałość o wygląd; wyrzucanie, gromadzenie, chowanie jedzenia; wydzielanie sobie racji pokarmowych i zachęcanie innych do jedze-

nia; częste kontrolowanie wagi i wymiarów ciała, czemu towarzyszy strach, niepokój, napięcie; tendencję do przeceniania rozmiarów swojego ciała oraz wagi; przyjmowanie środków przeczyszczających i moczopędnych; sporadyczne odczuwanie głodu i ssania w żołądku.

H.3. Wystąpieniu objawów *Syndromu gotowości anorektycznej* sprzyja nieadekwatna percepcja własnego ciała ze skłonnością do przeceniania jego masy oraz gabarytów, a także poczucie niskiej atrakcyjności.

### 3. Metoda

#### 3.1. Cele trzech etapów projektu badawczego

Badania nad *Syndromem gotowości anorektycznej* realizowane są przez autorkę pod opieką Pani Prof. Anny Brzezińskiej od roku 1996. Ten długofalowy projekt badawczy składa się z trzech części. Etapy i cele badań prezentuje tabela 1.

W niniejszym tekście przedstawić jednak pragnę tylko wyniki wstępnego etapu prac empirycznych – badań pilotażowych<sup>1</sup>.

**Tab.1. Etapy i cele projektu badawczego**

rodzaj badania	etap badania	cel badania	liczba osób	narzędzia badawcze
badanie pilotażowe	pierwszy	<ul style="list-style-type: none"> <li>weryfikacji konstruktu teoretycznego <i>Syndrom gotowości anorektycznej</i>,</li> <li>weryfikacji narzędzi badawczych.</li> </ul>	50 kobiet	<ul style="list-style-type: none"> <li>rozmowa kliniczna dotycząca domu rodzinnego (pamięć doświadczeń socjalizacyjnych)</li> <li>kwestionariusz do badania obrazu ciała i poczucia własnej atrakcyjności (wersja A i B)</li> <li>kwestionariusz do badania <i>Syndromu i Poziomu gotowości anorektycznej</i> (wersja A i B)</li> </ul>
badanie właściwe przesiewowe	drugi	<ul style="list-style-type: none"> <li>wyłonienie grupy ujawniającej <i>Syndrom gotowości anorektycznej</i></li> <li>sprawdzenie, na ile problem omawianych zaburzeń obecny jest w naszym społeczeństwie</li> </ul>	410 kobiet	<ul style="list-style-type: none"> <li>kwestionariusz do diagnozowania wskaźników zaburzeń</li> <li>w realizowaniu potrzeby pokarmowej</li> </ul>

<sup>1</sup> Obszerną analizę wyników badań pilotażowych opublikowano w pracy: Ziółkowska, B. (1998). Uwarunkowania gotowości organizmu do reagowania zaburzeniami jedzenia w sytuacjach trudnych. *Czasopismo Psychologiczne*, 4, 2, 136-145

rodzaj badania	etap badania	cel badania	liczba osób	narzędzia badawcze
badanie właściwe kliniczne	trzeci	<ul style="list-style-type: none"> <li>• szczegółowa analiza determinant sprzyjających ekspresji <i>Syndromu gotowości anorektycznej</i>:</li> <li>• -funkcjonowanie systemu rodzinnego,</li> <li>• -obraz ciała,</li> <li>• -symptomy <i>Syndromu gotowości anorektycznej</i>,</li> <li>• -radzenie sobie w trudnych sytuacjach</li> </ul>	43 kobiety	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozmowa kliniczna dotycząca domu rodzinnego (pamięć doświadczeń socjalizacyjnych)</li> <li>• kwestionariusz do badania obrazu ciała i poczucia własnej atrakcyjności</li> <li>• Q-sort do badania <i>Zachowań anorektycznych</i></li> </ul>

### 3.2. Osoby badane

Osobami badanymi w I etapie badań zrealizowanych w roku 1997 były młode kobiety w wieku od 16 do 24 lat. Grupa liczyła 50 osób dobieranych w sposób losowy. Rekrutowały się one spośród uczennic szkół średnich oraz studentek. Badane podzielono losowo na dwie podgrupy. Grupa 1 badana była rozmową psychologiczną oraz wersjami A kwestionariusz I i II, a grupa 2 — rozmową psychologiczną i wersjami B obu kwestionariuszy.

### 3.3. Narzędzia badawcze

Przeprowadzenie badań poprzedził etap opracowania narzędzi badawczych. Celem tego etapu pracy było przygotowanie takiej metody, która w sposób w miarę sprawny i rzetelny monitorowała będzie środowisko młodych polskich kobiet pod kątem wskaźników nasuwających podejrzenie istnienia w ich funkcjonowaniu skłonności do reagowania zaburzeniami jedzenia o podłożu psychologicznym manifestującej się *Syndromem gotowości anorektycznej*. Procedura badań pilotażowych polegała na równoległym realizowaniu badań w oparciu o dwa rodzaje metod badawczych do diagnozowania tych samych problemów w dwóch grupach młodych kobiet. Zabieg ten służył ustaleniu, jaki typ technik badawczych daje bogatszy i pełniejszy obraz interesujących nas zaburzeń. Uznano, iż pośród wielu przyczyn *Anorexia nervosa*, jak i *Syndromu gotowości anorektycznej*, znaczące miejsce zajmują warunki rodzinne ujęte systemowo oraz nieadekwatne – nierealistyczne oraz nadmiernie krytyczne — spostrzeganie obrazu własnego ciała. Podczas badań wykorzystano specjalnie dla ich celów opracowane metody diagnostyczne, które umożliwić miały zdiagnozowanie oraz przeanalizowanie:

- warunków wzrastania i rozwoju w systemie rodzinnym na podstawie przechowywanego w pamięci obrazu socjalizacji,
- tendencji w spostrzeganiu schematu własnego ciała i ewentualnych zaburzeń w tym zakresie,

- typu oraz nasilenia skłonności nasuwających podejrzenie *Syndromu gotowości anorektycznej*.

Szczegółowo zaś, na tym etapie poszukiwań posłużono się następującymi narzędziami badawczymi:

- rozmową kliniczną, która prowadzona była ściśle wg przygotowanego scenariusza, dotyczyła zaś przechowywanego w pamięci obrazu rodziny,
- kwestionariuszem I do ilościowego i jakościowego badania Syndromu gotowości anorektycznej (wersja A i B),
- kwestionariusz II do badania zaburzeń w sferze spostrzeganiu schematu własnego ciała i prywatnej oceny jego atrakcyjności (wersja A i B) (por. Tiggeman et al., 1990; Whitehouse et al., 1988).

Rozmowa psychologiczna była dla wszystkich osób pierwszym etapem procedury badawczej. Jak wspomniano, realizowano ją zgodnie ze szczegółowo opracowanym planem -*Scenariuszem do badania przechowywanego w pamięci obrazu doświadczeń socjalizacyjnych w rodzinie*. Omawiana część procedury dotyczyła różnych obszarów problemowych mogących mieć wpływ na reagowanie *Syndromem gotowości anorektycznej* w sytuacjach stresowych. Interesowały nas następujące sfery życia zachowane we wspomnieniach badanych:

- postać matki w relacji z dzieckiem,
- postać ojca w relacji z dzieckiem,
- relacje między rodzicami,
- styl wychowania i życia preferowany w rodzinie,
- stosunek domowników do jedzenia,
- stosunek do ciała i zainteresowanie wyglądem,
- potrzeba rywalizacji wzbudzana i wzmacniana m.in. przez rodzinę.

W kolejnym etapie dziewczęta wypełniały po dwa kwestionariusze. Celem *Kwestionariusza do badania wskaźników Syndromu gotowości anorektycznej* było ustalenie typu indywidualnych skłonności oraz ich nasilenia w obszarze realizowania potrzeby pokarmowej. Kwestionariusz I — jak wspomniano wcześniej — opracowany został w dwóch wersjach. Pierwsza z nich skonstruowana została w postaci trzydziestu twierdzeń. Zadanie badanych polegało na zaznaczeniu na skali, w jakim stopniu dane twierdzenie opisuje ich skłonności oraz zachowania związane z odczuwaniem i realizowaniem potrzeby pokarmowej. Graficzne kontinua dawały możliwość następujących odpowiedzi:

- nigdy (takie zachowanie w ogóle mnie nie dotyczy),
- czasami (zdarza się, że tak się zachowuję, odczuwam w podobny sposób),
- często (zazwyczaj zachowuję się w podobny sposób),
- bardzo często, zawsze (takie zachowanie najdokładniej mnie opisuje).

Twierdzenia zaś dotyczyły następujących obszarów funkcjonowania :

- odczuwanie i zaspakajanie głodu w sytuacjach stresowych (objadanie się w obliczu trudności czy zaniechanie jedzenia w stresie, jedzenie słodczy podyktowane napięciem),
- formy racjonowania żywności (liczenie kalorii spożywanych

posiłków, wyrzucanie, chowanie jedzenia, picie dużych ilości płynów, ograniczanie lub zaniechanie spożywania tłuszczu i węglowodanów),

- formy „zbijania wagi“ (środki przeczyszczające, moczopędne, wzmożona aktywność fizyczna),
- częstość odczuwania głodu i ssania w żołądku,
- emocje a jedzenie (autoagresja w przypadku „przejadania się“ czy innej formy złamania reżimu, uczucie lekkości i euforii pod wpływem zadowolenia się małymi porcjami jedzenia).

*Wersja B tego samego kwestionariusza obejmowała dwanaście pozycji, z których każda zawierała cztery twierdzenia obrazujące zachowania i emocje w pewnej kategorii sytuacji związanych z jedzeniem. Kolejne pozycje badały takie obszary, jak w wersji A. Zadanie badanej polegało na uporządkowaniu twierdzeń w ramach każdej pozycji. Rangę pierwszą otrzymać miało to zdanie, które w największym stopniu charakteryzowało badaną. Rangę czwartą z kolei to zdanie, które badanej dotyczyło w najmniejszym stopniu.*

*Celem Kwestionariusza do badania obrazu własnego ciała było zdiagnozowanie sposobu spostrzegania schematu własnego ciała osób badanych i ewentualnych zaburzeń w tym aspekcie. Podobnie jak poprzedni, kwestionariusz ten sporządzony został w dwóch wersjach, z których pierwsza (wersja A) liczyła 25 twierdzeń. Na umieszczonych przy każdym z nich skalach należało określić stopień, w jakim kolejne zdania charakteryzują badaną. Podobnie jak w wersji A poprzedniego kwestionariusza, istniały do wyboru cztery alternatywne sposoby odpowiedzi (nigdy, czasami, często, bardzo często/zawsze). Twierdzenia te rozwijały i obrazowały następujące obszary problemowe:*

- kontrolowanie wagi i wymiarów ciała z tendencją do ich przeceniania,
- ocena własnej atrakcyjności fizycznej,
- tendencja do ukrywania lub obnażania ciała,
- ocena proporcjonalności własnej sylwetki,
- potrzeba zmiany swojego fizycznego wizerunku,
- uznanie zewnętrznej atrakcyjności jako klucza do osiągnięcia powodzenia życiowego
- emocje, jakie wzbudza własna sylwetka.

Wersja B skonstruowana została na zasadzie testu wyboru. Liczył on 15 niedokończonych zdań, które należało uzupełnić jedną z zamieszczonych wersji a), b) lub c).

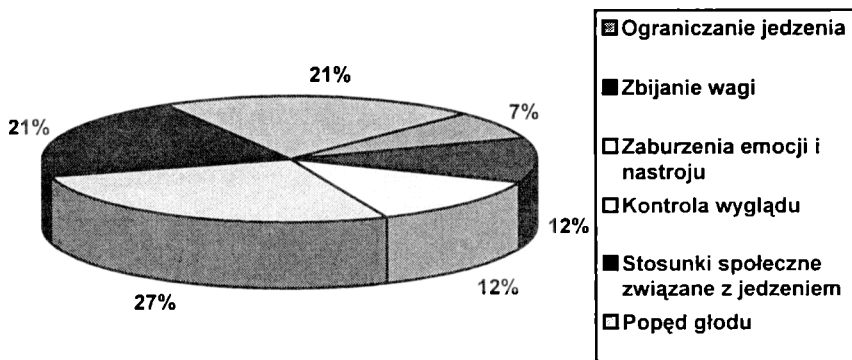
W części drugiej prac badawczych wykorzystano samodzielnie opracowaną metodę diagnostyczną, sporządzoną dla celów badań przesiewowych. Metoda ta zatytułowana *Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia* zbudowana jest z dwudziestu twierdzeń, które dotyczą 4 rodzajów zmiennych. Wyróżnione zmienne obrazują indywidualną tendencję w zakresie stosunku do jedzenia, jak i własnego ciała. Pierwsza z nich – diagnostyczna dla formowania się *Syndromu gotowości anorektycznej* – nazwana została *formy zbijania wagi* i obejmowała szereg zdań dotyczących sposobów redukcji masy ciała. W tej grupie twierdzeń znajdziemy takie, jak np.: *Zażywałam środki odchudzające / obniżające łaknienie, Staram się ograniczać tłuszcze i węglowodany.*

Druga zmienna — za pomocą zdań typu: *Złuszczę się gdy zjem za dużo, W moim domu wiele uwagi poświęca się jedzeniu*, opisywała stosunek do jedzenia badanych dziewcząt. Z kolei trzecia grupa zdań typu: *Czuję się w pełni akceptowana przez rodziców, Moi rodzice krytykują mnie / pouczają / kontrolują*, służyła zdiagnozowaniu zmiennej opatrzonej nazwą styl wychowania w rodzinie. Czwartą zmienną reprezentowały twierdzenia opisujące spostrzeżenie własnej atrakcyjności, jak np.: *Kontroluje wagę i wymiary ciała, Podobam się innym, jestem uznawana za osobę atrakcyjną* itp.

W *Kwestionariuszu do badania indywidualnego stosunku do jedzenia* twierdzenia zostały uszeregowane w sposób losowy. Zadanie osoby badanej polegało na uważnym przeczytaniu listy twierdzeń i zakreśleniu przy każdym z nich odpowiedzi: T (tak), jeśli opisywało ono jej zachowanie, sposób myślenia czy emocje i nastroje, zaś N (nie) w sytuacji, gdy twierdzenie w żaden sposób nie dotyczyło osoby badanej w diagnozowanym zakresie. Po wypełnieniu kwestionariusza dziewczęta pisemnie ustosunkowały się do propozycji kontynuowania badań, jeśli w ich przypadku zaszłaby taka potrzeba. Zarówno etap przesiewowy procedury badawczej, jak i poprzedzające go badanie pilotażowe oraz finalne — kliniczne miało całkowicie dobrowolny charakter.

### Analiza wyników

Zebrany materiał wskazuje, iż w obu grupach (tj. badanych odmiennymi narzędziami) największe znaczenie dla kształtowania się zaburzeń w odczuwaniu i realizowaniu potrzeby pokarmowej mają informacje uzyskane drogą rozmowy klinicznej. Jest to metoda, która (dzięki możliwości kontrolowania jej przebiegu) daje najpełniejszy i najbogatszy materiał badawczy. Analiza merytoryczna uzyskanych danych pozwala przypuszczać, że w badanej grupie młodych kobiet decydujące znaczenie dla eskalacji omawianego problemu mają nawyki w zakresie jedzenia, stosunek do ciała i aktywności kreowany przez rodzinę badanej, a także wzbudzana i utrwalana przez opiekunów potrzeba rywalizacji, czyli szeroko rozumiany styl życia i wychowania.

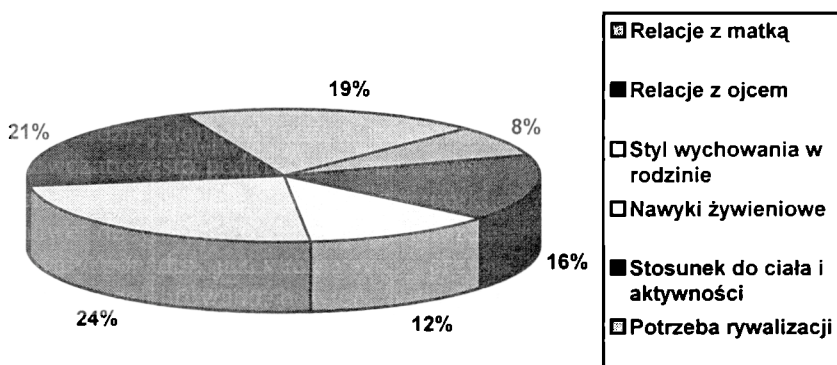


Rys. 1. Przejawy Syndromu gotowości anorektycznej (SGA)



Wyniki uzyskane w obu badanych grupach są bardzo do siebie zbliżone — stąd ich analizę przeprowadzono łącznie. W całej badanej grupie można wyłonić około 20% osób z *syndromem gotowości anorektycznej* (SGA). Oznacza to, iż przejawiają one tendencję do reagowania w sytuacjach trudnych *zaburzeniami jedzenia*. Dziewczęta te szczególnie podkreślały w rozmowach, że problemy w tym zakresie obserwują u siebie zwłaszcza w sytuacjach przewlekłego stresu (np. sesja egzaminacyjna, przygotowanie do matury, rozstanie z ukochaną osobą, problemy rodzinne) Zaobserwowano szczególne nasilenie takich zmiennych, w zakresie zachowań potwierdzających obecność SGA, jak: kontrola wyglądu (u 27%), stosunki społeczne związane z jedzeniem (u 21%), popęd głodu (u 21%) (por. Rys. 1). Na tej podstawie wnioskować można, iż w badanej grupie dziewcząt wiele z nich znało i liczyło kalorie spożywanych posiłków, przejawiało tendencje do gromadzenia, wyrzucania i chowania jedzenia. Ten nienaturalny stosunek do żywienia ujawniał się także w kontaktach z innymi ludźmi. Dziewczęta chętnie przygotowywały posiłki dla innych, częstowały, zachęcały do jedzenia, same odmawiając go sobie, czy też racjonując spożywane porcje. Nie obce było im za to zaspakajanie głodu w samotności, rzadko też odczuwały „ssanie w żołądku“ i/lub podobne doznania płynące z przewodu pokarmowego interpretowały raczej jako np. zdenerwowanie, podniecenie, napięcie itp.

Analiza danych pochodzących z rozmów psychologicznych pozwala przypuszczać (por. Rys.2), iż decydujące znaczenie dla ujawniania się omawianego problemu mają stosunki społeczne panujące w rodzinie, szczególnie zaś takie zmienne, jak: nawyki żywieniowe i stosunek do jedzenia (24%), stosunek do ciała i atrakcyjności fizycznej (21%) kreowany przez rodziny badanych, wzbudzana i utrwalana przez opiekunów w dzieciach potrzeba rywalizacji (19%). Osoby z SGA cechuje przesadna dbałość o wygląd, uwarunkowana być może doświadczeniami rodzinnymi.



Rys. 2. Środowisko rodzinne a *Syndromu gotowości anorektycznej*

Kształtowanie w dziecku poczucia małej atrakcyjności prowokuje do podwyższania jej w sztuczny sposób, poprzez ubiór, makijaż i inne podobne zabiegi.

Niewątpliwie ocenę własnej fizyczności poprawić może utrata wagi, która zbliżyć ma sylwetkę dziewczyny do obecnie upowszechnianego ideału kobiecej urody. Od tego momentu młode dziewczęta zaczynają śledzić najnowsze metody „zrzucania“ nadmiaru kilogramów (diety, operacje plastyczne, preparaty odchudzające, przyrządy gimnastyczne itp.), a podczas rodzinnych posiłków tłumaczą się bólami brzucha, nawalem pracy itp. Początkowe stany przygnębienia ustępują miejsca samozadowoleniu i euforii, zwłaszcza, gdy obserwują utratę pierwszych kilogramów, czy centymetrów w obwodzie bioder, talii, ud, gdy porównując się z koleżankami zauważają, że są szczuplejsze, wreszcie, gdy słyszą komplementy na temat swojej figury. Skrajnie, owe drakońskie diety i wysiłek fizyczny nie mają końca. Potrzeba osiągnięcia (a raczej osiągnięcia) perfekcyjnej sylwetki i rywalizowania z innymi także w tym zakresie rodzi przekonanie, „że można być jeszcze lepszym“. Stąd bezkrytycznie i bez pamięci wpadają w błędne koło „poprawiania swojej urody“. Matka, w tego rodzaju sytuacjach, może stać się dla młodej dziewczyny wzorem postępowania i myślenia. Obserwacje dowodzą, że problemy towarzyszące zaspakajaniu potrzeby pokarmowej przenoszone są z matki na córkę, czasami chorują siostry. Z drugiej jednak strony omawiane zaburzenia mogą mieć źródło w niechęci do powielania roli, jaką w rodzinie pełni matka i żona. Brak akceptacji dla tych ról oraz sposobu ich realizowania we własnym domu uruchamia w niektórych dziewczętach mechanizm anoreksji — jako sposobu na przedłużenie roli dziecka, unikania przyjmowania odpowiedzialności i obronę przed dojrzewaniem płciowym.

Zebrany materiał wskazuje, iż środowisko rodzinne ma duże znaczenie dla kształtowania się zaburzeń w odczuwaniu i realizowaniu potrzeby pokarmowej. Potwierdza to wiele wcześniejszych badań dowodzących roli warunków systemu rodzinnego w eksplozji tych i wielu innych zaburzeń psycho-fizycznego i społecznego funkcjonowania dzieci w okresie dorastania. Rodzice badanych dziewcząt często manipulowali wzmocnieniami (zawstydzanie, porównywanie z innymi dziećmi, nietolerowanie porażek i tp.) chcąc wzbudzić w swych córkach perfekcjonistyczny sposób życia. Badane skarżyły się, że wielokrotnie nie doceniali oni sukcesów, karali natomiast niepowodzenia. Kary te zazwyczaj miały charakter emocjonalny — zaprzestanie rozmów z dzieckiem, odtrącanie, ośmieszanie, zawstydzanie. Rodzice badanych dziewcząt często podkreślali konieczność „wybijania się ponad przeciętność“, „robienia kariery“, chętnie wyręczały córki w wyborze szkoły, kierunku studiów, a nawet decydowali o charakterze ich zajęć pozalekcyjnych. Dziewczęta akcentowały ponadto, jak wielką wagę przywiązywano w ich domach do jedzenia. Posiłki celebrowano, bowiem były one zazwyczaj jedynym sposobem na spotkanie się domowników w ciągu dnia. Podczas posiłków padały rutynowe pytania najczęściej na temat zdarzeń i osiągnięć w szkole. Czasami jedzenie w rodzinach badanych pełniło rolę wzmocnienia. Często sukcesy dzieci nagradzane były słodyczami, wyprawami do restauracji czy kawiarni, smutki leczono smakołykami, nawet bezsenne noce urozmaicało się „wizytami w kuchni“. W innych rodzinach „niejadki“ karane były złością rodziców, groźbami utraty miłości oraz wizjami chorób. W takich warunkach mógł się formować nienaturalny stosunek do jedzenia,

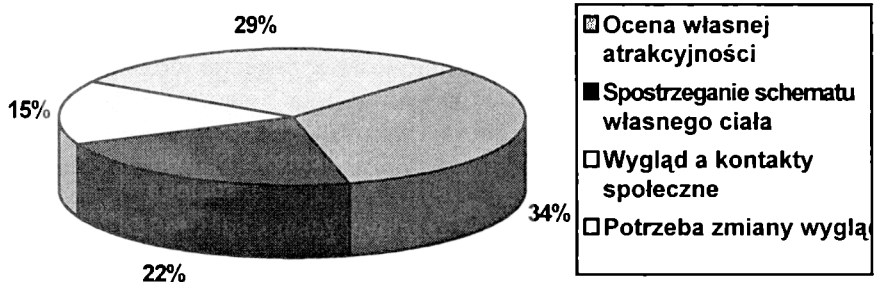
w którym zaspakajanie głodu i czerpanie dzięki pożywieniu sił do życia nie jest najważniejszym celem, a żywność i czynność jedzenia nabiera charakteru symbolicznego i magicznego. Matka jako pierwsza karmicielka często źle interpretuje potrzeby swego dziecka i nieadekwatnie je zaspakaja. Karanie dziecka za płacz, krzyk podyktowany głodem, karmienie jedynie o stałych porach, manipulowanie dzieckiem za pomocą jedzenia może doprowadzić do zaprzeczania potrzeby pokarmowej już na poziomie popędu. W przyszłości osoby o podobnych doświadczeniach mogą źle interpretować sygnały płynące z ciała ignorując w ten sposób naturalne zapotrzebowanie organizmu na energię i składniki odżywcze. Skrajnie zaś przejawiają słaby kontakt z własnym ciałem i nie są w stanie trafnie reagować na komunikaty, jakie ono wysyła, a także czerpać przyjemności związanych z *physis*.

Istotne znaczenie dla pojawienia się symptomów *zaburzeń jedzenia* miała także postać ojca (16% przypadków), zazwyczaj krytycznego, zamkniętego, surowego i karzącego. Ojciec prawdopodobnie jako pierwszy mężczyzna oceniał atrakcyjność swojej córki jako dorastającej kobiety. Wzbudzał i wzmagał w niej potrzebę rywalizacji karząc za porażki, przedstawiając zalety górowania nad innymi dzięki wyjątkowej pracy i najlepszym wynikom w różnych obszarach aktywność. *Zaburzenia jedzenia* wywołane nieprawidłowym kontaktem z ojcem można by więc interpretować także jako sposób zwrócenia na siebie uwagi, manifestację swojej niedojrzałości („zaopiekuj się mną tato, jestem jeszcze dzieckiem“), skrajnie zaś oznakę strachu przed osiągnięciem dojrzałości płciowej i staniem się kobietą. Być może, mając taki wzorzec męskości w rodzinie, dziewczęta niechętnie widzą siebie u boku podobnego partnera i próbują bronić się przed przyjęciem na siebie ról z tym związanych. Uzyskane w tych wstępnych badaniach wyniki potwierdzają tezę o niebagatelnym znaczeniu postaw rodzicielskich, stylu życia i wychowania preferowanego w rodzinie dla kształtowania się indywidualnych sposobów radzenia sobie z konfliktami intra- i interpsychicznymi

Zaburzenia spostrzegania schematu własnego ciała (u 22%) oraz uznanie siebie za nieatrakcyjną fizycznie (u 34%) przyczynia się w znacznej mierze do zaburzenia kontaktów interpersonalnych (u 15%), zwłaszcza z osobami płci przeciwnej, motywując w ten sposób do poprawienia swojego fizycznego wizerunku (por. Rys.3).

Poczucie nieatrakcyjności wywołuje bowiem lęk przed wchodzeniem w związku i niepewność w sytuacjach społecznych związanych np. z ekspozycją i oceną. Potrzeba zmiany wyglądu (29%) staje się motywem podejmowania działań mających wpływ na podniesienie swojej atrakcyjności (także społecznej). Odmawiając jedzenia dziewczęta nabierają poczucia kontroli, wyższości moralnej i samozadowolenia, co pozwala im spojrzeć na siebie przychylniejszym okiem. Zaburzenia spostrzegania schematu własnego ciała cechuje jednak względna stałość. Pomimo skuteczności zabiegów, jakie stosują młode kobiety by stracić na wadze, nadal widzą siebie jako zbyt pulchne, czy nieproporcjonalne, popadając w ten sposób w błędne koło odchudzania. Niewątpliwie bowiem spaczona percepcja własnych wymiarów i wagi prowokuje do odmawiania sobie jedzenia, do nadmiernej aktywności i zażywania środków przeczyszczających prowadząc w rezultacie do labilności emocjonalnej, zaprzeczania potrzeby pokarmowej

i nieadekwatnego interpretowania informacji płynących z wnętrza swojego organizmu. W badanej grupie dziewczęta wspominają, iż rzadko słyszały komplementy pod adresem własnego wyglądu od najbliższych członków rodziny. Często natomiast odbierały krytyczne uwagi na temat swojego stroju, makijażu, ciała itp. Taka postawa rodziców modelująca spaczony obraz sylwetki ich dzieci jest spójna ze stosowanym przez nich stylem wychowania. Rodzice badanych dziewcząt bardziej koncentrowali się na wzmocnieniach negatywnych, nie zauważając i nie podkreślając przymiotów swych dzieci (kontakt uprzejmie korygujący). Stąd też obraz córek w ich własnych oczach jest zaniżony i nieadekwatny do rzeczywistych walorów, zdolności i umiejętności oraz silnie zdeterminowany czynnikami zewnętrznymi (tu: komunikatami pochodzącymi od członków rodziny). W tej sytuacji dziewczęta unikając jedzenia przejawiają wysoki poziom krytycyzmu wobec siebie, w tym wobec swojej fizyczności, kompulsywnie wręcz rywalizują z innymi w różnych obszarach aktywności wpadając w efekcie w sidła syzyfowej walki o doskonałość.



Rys. 3. Percepcja własnej fizyczności w badanej grupie

### Wnioski

Podsumowując wyniki nasuwa się wniosek, iż stosunek do jedzenia i do własnego ciała kształtowany jest w środowisku rodzinnym, w kontaktach z ojcem i matką. Fakt ów potwierdza tezę o niebagatelnym znaczeniu postaw rodzicielskich, stylu życia i wychowania preferowanego w rodzinie na kształtowanie się indywidualnych sposobów radzenia sobie z konfliktami intra — i interpsychicznymi. W tym wypadku dziewczęta unikają jedzenia, poddają się nadmiernej kontroli, przejawiają wysoki poziom krytycyzmu wobec siebie (w tym — wobec swojej fizyczności), chętnie rywalizują w różnych obszarach swojej aktywności wpadając w efekcie w sidła syzyfowej walki o doskonałość.

Celem przeprowadzonych badań było zdiagnozowanie oraz wyjaśnienie zależności pomiędzy zaburzeniami w obszarze realizowania potrzeby pokarmowej

a ich rodzinnymi i poznawczymi uwarunkowaniami. Wysunięte na wstępie założenia znalazły potwierdzenie w badaniu pilotażowym:

Za diagnostyczne dla ekspresji syndromu zwiastującego *zaburzenia jedzenia* uznać można przede wszystkim: znajomość i liczenie kalorii spożywanych produktów, odmawianie przyjmowania pokarmów, wyrzucanie, chowanie czy też gromadzenie jedzenia, wydzielanie sobie racji pokarmowych przy jednoczesnym zachęcaniu innych do jedzenia, przesadną dbałość o wygląd, częste kontrolowanie wagi i wymiarów ciała, sporadyczne odczuwanie głodu i ssania w żołądku, szczególnie w sytuacjach stresowych.

Wystąpieniu objawów świadczących o zaburzeniach w zakresie odczuwania i realizowania potrzeby pokarmowej sprzyja nieadekwatna percepcja własnego ciała ze skłonnością do przeceniania jego masy i gabarytów (por. Slade, 1988), a także ogólne niezadowolenie ze swojej fizyczności wzbudzone i wzmacniane w rodzinie. Olbrzymie znaczenie dla kształtowania się zaburzonej względem realizowania potrzeby pokarmowej postawy, miał tutaj spaczony obraz własnego ciała i dostrzeganie konieczności zmiany tego subiektywnie nieakceptowanego wizerunku. Dziewczętom towarzyszyło ogólne niezadowolenie ze swojej atrakcyjności, częściowo spowodowane zakłóconą wizją własnej fizyczności, z drugiej jednak strony wzbudzone i ugruntowane w systemie rodzinnym.

Ujawnieniu się u młodych kobiet skłonności do reagowania, szczególnie w sytuacjach trudnych, *zaburzeniami jedzenia* sprzyjają w znacznej mierze usidlające, sztywne lub nadopiekuńcze zachowania rodziców, manifestujące się nieprawidłowym (zbyt bliskim lub zbyt odległym) dystansem psychologicznym rodziców (zwłaszcza ojców) wobec córek.

Niewątpliwie niewłaściwy kontakt z ojcem (chłodny, formalny, nadmiernie korygujący itp.) jest determinantą, która może uruchomić ekspresję symptomów *jadłowstrętu psychicznego* w okresie adolescencji. Roszczeniowo — względem swych córek — nastawieni ojcowie, wychowujący je w poczuciu małej wartości i w pogoni za perfekcjonizmem życiowym, mniej lub bardziej świadomie wzbudzają taki właśnie sposób obrony.

Duże znaczenie dla kształtowania się zaburzeń jedzenia mają karzące postawy rodziców. Kary te modelują u dziecka postawy, zachowania i cechy akceptowane przez rodzinę i dopuszczane w preferowanym przez nią stylu wychowania, wypływając z nadmiernego ingerowania opiekuna w życie dziecka (wybór szkoły, dobieranie znajomych, sposób kreowania swego wizerunku, formy spędzania czasu wolnego i tp.). Pilotaż ten pokazuje, iż największe znaczenie — w tej grupie badanych — dla przejawiania tendencji do zaburzeń jedzenia ma zbyt bliski — agresywny, nadmiernie korygujący oraz zbyt odległy — ignorujący stosunek rodziców względem dzieci.

Następnym krokiem w mojej pracy nad zaburzeniami jedzenia będzie dalsze zgłębianie problemu wczesnej diagnozy nie tyle schorzenia, co tendencji do tego rodzaju obrony. Niewątpliwie taki kierunek prac mógłby wnieść wkład w profilaktykę *Anorexia Nervosa*. Drugim ważkim dla mnie problemem i zadaniem jest zbudowanie programu pomocy w wykrywaniu skłonności do reagowania tego rodzaju zaburzeniami. Uważam, iż program taki mógłby być szcze-

gólnie przydatny rodzicom i nauczycielom oraz innym osobom pozostającym w bliskich kontaktach z dorastającą i tak krytyczną wobec siebie młodzieżą.

## Literatura

- Abraham, S., Llewelyn-Jones, D. (1999). *Bulimia i anoreksja*. Warszawa: Prószyński i S-ka
- Adler, A. (1947). *Psychologia indywidualna*. Kraków.
- Brejak, (1993).
- Dollard, J., Miller, N. (1967). *Osobowość i psychoterapia*. Warszawa: PWN.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1987). *Miłość i nienawiść*. Warszawa: PWN.
- Fromm, E. (1970). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Czytelnik.
- Golczyńska, M. (1996). Anorexia nervosa – psychospołeczne tło zaburzeń. *Nowa Medycyna*, III, 17, 11–18.
- Jablów, M. (1993). *Na bakier z jedzeniem*. Gdańsk: GWP.
- Jakubczyk, A., Żechowski, C. (1996). Anoreksja jako przejaw „pogranicznej” struktury osobowości. *Nowa Medycyna*, III, 17, 18–25.
- Józefik, B. (1996). *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Małkiewicz – Borkowska, M. (1996). Terapia rodzin w leczeniu zaburzeń jedzenia w warunkach szpitalnych. *Nowa Medycyna*, III, 17, 50–53.
- Maurer, A. (1993). Wzorce zachowania się dzieci i młodzieży w sytuacjach trudnych. *Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej*, I, 1, 31–48.
- Minuchin, (1978).
- Pietrasiniński, Z. (1986). *Sam sięgaj do psychologii*. Warszawa: WSiP.
- Pufal-Struzik, I. (1997). Zagrożenia odczuwane przez młodzież i radzenie sobie w praktycznych sytuacjach problemowych. *Psychologia Wychowawcza*, XL, 4, 334–338.
- Ruszkowska, E. (1991). Anorexia nervosa w ujęciu psychoanalitycznym. *Nowiny Psychologiczne*, 3/4, 61–67.
- Seligmann, J. Rogers, P. Annin, P. (1994). The Pressure to Lose. *Newsweek*, May 2.
- Slade, P. (1988). Body image in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 20–22.
- Starzomska, M. (1996). Inaczej o anoreksji. *Nowiny psychologiczne*, 43–51.
- Striegel-Moore, R. Tucker, N. Hsu, J. (1990). Body image dissatisfaction and disordered eating in lesbian college students. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 9, No. 5, 493–500.
- Tiggemann, M., Pennington, B. (1990). The development of gender differences in body size dissatisfaction. *Australian Psychologist*, No. 3.
- Whitehouse, A. M., Freeman, C. P. L. Annandale, A. (1988). Body size estimation in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 23–26.
- Ziemska, M. (1973). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: PWN.
- Ziółkowska, B. (1998). Uwarunkowania gotowości organizmu do reagowania zaburzeniami jedzenia w sytuacjach trudnych. *Czasopismo Psychologiczne*, 4, 2, 136–145.
- Ziółkowska, B. (2000). *Pamięć doświadczeń socjalizacyjnych a ekspresja Syndromu Gotowości Anorektycznej u kobiet na przełomie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości*. Poznań: Instytut Psychologii Uniwersytetu im., Adama Mickiewicza w Poznaniu (niepublikowany maszynopis rozprawy doktorskiej).
- Żok-Jaroszewska, U. (1996). Terapia indywidualna Anorexia Nervosa. *Nowa Medycyna*, III, 17, 32–37.

