

Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część I

Assessment of family relations by the parents of patients suffering from anorexia nervosa – Part I

Barbara Józefik¹, Grzegorz Iniewicz¹, Irena Namysłowska²,
Romualda Ułasińska¹

¹Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

²Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

W artykule przedstawiono wyniki badań nad oceną relacji rodzinnych dokonaną przez rodziców pacjentek chorych na anoreksję psychiczną.

In the paper, results of the research on the assessment of family relations by the parents of patients suffering from anorexia nervosa are presented.

anoreksja psychiczna
relacje rodzinne

anorexia nervosa
family relationships

Wstęp

W badaniach nad etiologią anoreksji psychicznej powszechnie przyjmuje się wieloczynnikowy model rozwoju tego zaburzenia. Wpływy rodzinne, obok perspektywy społeczno-kulturowej, indywidualnej i biologicznej, spostrzegane są jako czynniki zarówno predysponujące jak i spustowe czy też podtrzymujące proces chorowania [1]. W badaniach nad znaczeniem czynników rodzinnych występują dwie tendencje. Pierwsza, bazująca głównie na doświadczeniach klinicznych, próbuje formułować całościowe modele, opisujące swoiste wzory relacji w rodzinie z pacjentką chorą na anoreksję i jej miejsce w systemie rodzinnym [2, 3, 4, 5]. Druga, opierając się na badaniach psychometrycznych i analizie danych demograficznych, koncentruje się raczej na wybranych charakterystykach i wymiarach funkcjonowania rodziny [6]. Obie te tendencje wzajemnie się uzupełniają. Powstające na ich podstawie koncepcje są często źródłem dalszych badawczych inspiracji.

W literaturze istnieje szereg danych wskazujących na ważność rozmaitych aspektów funkcjonowania rodziny pacjentek anorektycznych. Z badań Leunga i wsp. [7] wynika, że ryzyko zachorowania na anoreksję psychiczną związane jest, z jednej strony, z dysfunkcjonalnymi wzorami rodzinnymi, które mają bezpośredni wpływ między innymi na ukształtowanie się poczucia niskiej wartości u pacjentek anorektycznych, z drugiej – wiąże się z nadmiernym przywiązywaniem znaczenia przez członków rodziny do wyglądu i wagi ciała. Glendinning i Phillips [8] zwracają uwagę, że niska samoocena u chorych na anoreksję powoduje, iż w dużym stopniu znajdują się oni pod wpływem rówieśników i swoich rodzin.

Inni autorzy zwracają uwagę na silne mechanizmy triangulacji oraz zaburzenia procesu separacji/indywiduacji występujące w rodzinach z zaburzeniami odżywiania się, wiążąc z tym rozwój i utrzymywanie się objawów psychopatologicznych. Podkreślają także silne mechanizmy wiązania i ważność swoistych delegacji rodzinnych oraz oczekiwań społecznych [9, 2, 4, 3, 5]. Istotnym obszarem prowadzonych badań jest problematyka samokontroli pacjentek i ich poczucia wpływu na system rodzinny. Dotychczasowe wyniki badań nie pozwalają na jednoznaczne określenie ich roli w powstawaniu i przebiegu anoreksji psychicznej [10].

W literaturze przedmiotu stosunkowo niewiele jest badań, które obejmują wszystkich członków rodziny i uwzględniają perspektywę każdej osoby w rodzinie. Wynika to zarówno z problemów metodologicznych, jak i trudności organizacyjnych związanych z takim projektem badawczym.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie części wyników badań* dotyczących obrazu relacji rodzinnych w percepcji rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną.

Osoby badane

Grupę kliniczną stanowiły pacjentki, u których rozpoznano anoreksję psychiczną, zgodnie z kryteriami ICD 10, oraz ich rodziny leczone w Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w Krakowie i w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie. Grupa kontrolna składała się z rodzin, w których u żadnego z jej członków nie występowały choroby psychiczne i nikt nie był leczony psychiatrycznie. Dobór był losowy, z terenu ograniczonego do okolic Krakowa. Następnie dokonano kolejnego doboru, tym razem na drodze zestawienia w pary z poszczególnymi pacjentami osób nie leczonych, tej samej płci i w tym samym wieku, z rodzin znajdujących się w tej samej fazie rozwoju i posiadających tę samą (lub zbliżoną) liczbę dzieci. Grupa kliniczna składała się z 31 matek (średnia wieku 44,2) i 32 ojców (średnia wieku 47,1), a grupa kontrolna – z 42 matek (średnia wieku 44,9) i 41 ojców (średnia wieku 47,4). Większość rodzin (z grupy klinicznej – 17, z kontrolnej – 21) miała dwoje dzieci. Mniej rodzin (odpowiednio – 9 i 7) miało troje dzieci lub (odpowiednio – 3 i 11) jedno dziecko. Pozostałe rodziny miały czworo

* Badania prowadzone były w ramach realizacji programu KBN 4 PO5B 093 13, kierownik projektu: prof. dr hab. I. Namysłowska

i więcej dzieci. W grupie klinicznej 27 osób miało wykształcenie średnie, 24 wyższe, 12 zasadnicze i podstawowe, w grupie porównawczej odpowiednio – 25, 39 i 19.

Metoda

W badaniach zastosowano kwestionariusze KOR, będące adaptacją do polskich warunków Kwestionariusza FAM III. Dokładniejsze omówienie narzędzi badawczych znajduje się w publikacjach Beauvalle'a i wsp. [11] oraz Namysłowskiej i wsp. [12]. Kwestionariusze te są narzędziami pozwalającymi na wielostronny opis systemu rodzinnego, gdyż ujmują relacje rodzinne w trzech perspektywach:

- w Kwestionariuszu Relacji Dwuosobowych członkowie rodziny opisują swoje relacje z innymi osobami w rodzinie;
- w Kwestionariuszu Rodzinnym członkowie rodziny opisują, jak widzą rodzinę jako całość;
- w Kwestionariuszu Samooceny członkowie rodziny opisują, jak oceniają swoje miejsce w rodzinie.

Kwestionariusze KOR odnoszą się do 7 wymiarów, takich jak: wypełnianie zadań, „pełnienie ról”, komunikacja, emocjonalność, „zaangażowanie uczuciowe”, kontrola oraz wartości i normy. Zostaną one pokrótce omówione.

Wymiar „wypełnianie zadań” (WZ) jest uwarunkowany kulturowo i społecznie, a częściowo zdeterminowany przez charakterystyczne dla danej rodziny normy i wartości. Prawidłowe wypełnianie zadań pozwala rodzinie osiągnąć cele biologiczne, psychologiczne i społeczne. Cele te autorzy modelu dzielą na podstawowe, dotyczące codziennego funkcjonowania (jedzenie, schronienie, zdrowie), rozwojowe, gwarantujące rozwój członków rodziny zgodnie z fazami cyklu jej życia oraz tzw. kryzysowe, umożliwiające rodzinie pokonywanie kryzysów. Tę zdolność rodziny do przystosowania się do stresów i ich unikania autorzy traktują jako podstawowy wskaźnik zdrowia rodziny.

Pełnienie ról (PR) jest konieczne do prawidłowego wykonywania zadań. Role rodzinne to społecznie przypisane, powtarzające się zachowania, wymagające współdziałania członków rodziny w różnego rodzaju aktywnościach. Autorzy modelu dzielą role na tradycyjne i idiosynkratyczne. Te pierwsze, specyficzne dla każdej rodziny, takie jak rola ojca, matki, dziecka są po części społecznie zdefiniowane, ale także rodzina musi sama dojść do swojej własnej definicji, najsukuteczniejszej dla niej jako całości. Role tradycyjne mają znaczenie dla wypełniania zadań rodzinnych, podczas gdy role idiosynkratyczne są wyrazem rodzinnej i/lub indywidualnej patologii. Przykładem takiej roli może być rola pacjenta, która ma np. zapewnić spójność rodziny i chronić ją przed rozpadem.

Komunikacja (KOM) i emocjonalność (E) to wymiary gwarantujące rodzinie realizację podstawowych zadań i podziału ról. Komunikacja w tym modelu oznacza sposoby wymiany informacji pomiędzy członkami rodziny, a jej celem jest osiągnięcie wzajemnego zrozumienia. Komunikacja może dotyczyć ekspresji emocji (komunikacja emocjonalna) i wykonywania codziennych zadań (instrumentalna). Im bardziej

dysfunkcyjny system rodzinny, tym bardziej zakłócona jest komunikacja emocjonalna. Zaangażowanie uczuciowe (ANR) odnosi się do stopnia i jakości wzajemnego zainteresowania i dbania o siebie.

Kontrola (K) może być sprawowana w rodzinie w sposób sztywny, elastyczny, mieć charakter typu *laissez faire* lub chaotyczny. Podział ten dotyczy różnic w zakresie przewidywalności stylu funkcjonowania, konstruktywności i odpowiedzialności. Optymalnie, kontrola rodziny powinna wzmacniać stałość pewnego stylu funkcjonowania, techniki wychowawcze oraz nastawienie na wsparcie emocjonalne, a także poczucie indywidualnej odpowiedzialności.

Wartości i normy rodzinne (WN) wpływają na wszystkie aspekty funkcjonowania rodziny, stanowiąc sumę tego, co jest i nie jest akceptowane przez rodzinę. Mogą być zgodne lub w różnym stopniu niezgodne z wartościami i normami systemu społecznego, w którym funkcjonuje rodzina.

Oprócz skal oryginalnych, w wyniku procedury normalizacji i analizy czynnikowej wprowadzono dodatkowo dwie skale czynnikowe: skalę twierdzeń pozytywnych i negatywnych.

Wprowadzono także, na podstawie statystycznych analiz, pojęcie kryterium, to jest stanu pożądanego funkcjonowania rodziny, odpowiadającego wynikowi gorszemu od średniej arytmetycznej o 1 odchylenie standardowe w zbadanych 557 normalnych rodzinach.

Na wykresach wyniki znajdujące się powyżej kryterium oznaczonego linią poziomą oznaczają w rzeczywistości bardziej niekorzystne oceny relacji rodzinnych (odbiegające od pożądanego), a wyniki poniżej – bardziej korzystne oceny relacji rodzinnych (bliższe stanowi pożądanemu).

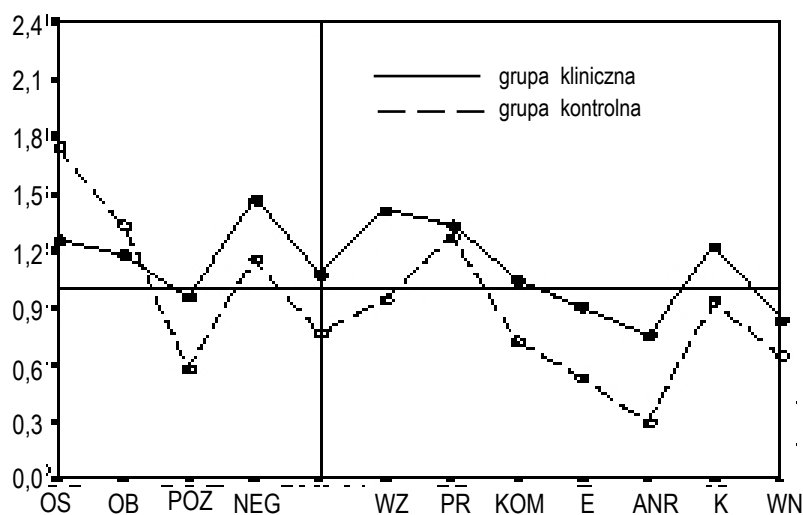
Wyniki badań

Uzyskane w badaniach dane zostały opracowane za pomocą metod statystycznych i zaprezentowane w tabelach i na wykresach. Poddane zostały analizie ilościowej i jakościowej. Do zbadania istotności różnic między grupami użyto testu t dla grup niezależnych.

1. Ocena rodziny jako całości

Ocena rodziny dokonana przez matkę

Grupa kliniczna i grupa kontrolna w sposób statystycznie istotny różnią się we wszystkich skalach z wyjątkiem skali pełnienia ról i skali twierdzeń pozytywnych. Matki pacjentek anorektycznych generalnie gorzej oceniają rodzinę niż matki dziewcząt z grupy kontrolnej. W 10 skalach (oczekiwań społecznych, obrony, twierdzeń negatywnych, ogólnej, wypełniania zdań, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli, wartości i norm) matki z grupy kontrolnej oceniają rodzinę bardziej pozytywnie niż matki pacjentek anorektycznych, które w 3 skalach oceniają rodzinę niezadowolająco (skale: twierdzeń negatywnych, wypełniania zadań i kontroli), w 5 na poziomie przyjętego kryterium, a w pozostałych 2 powyżej przyjętego kryterium.



Rys. 1 Ocena rodziny dokonana przez matkę

SKALE KWESTIONARIUSZY DO OCENY RODZINY:

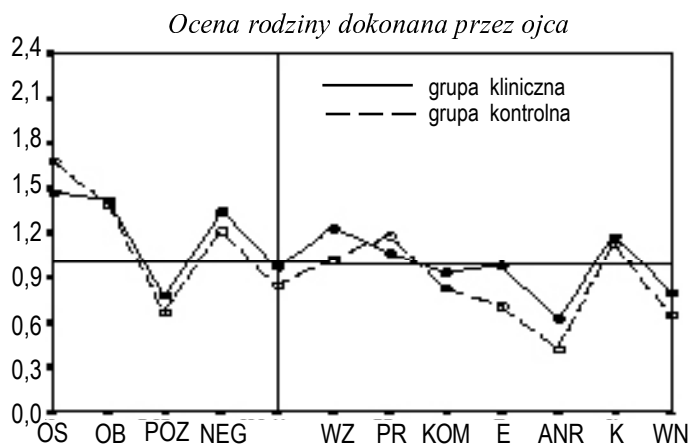
OS	- oczekiwania społeczne	PR	- pełnienie ról
OB	- obrony	KOM	- komunikacja
POZ	- twierdzenia pozytywne	E	- emocjonalność
NEG	- twierdzenia negatywne	ANR	- zaangażowanie uczuciowe
SUMA	- skala ogólna	K	- kontrola
WZ	- wypełnianie zadań	WN	- wartości i normy

Tabela 1

Ocena rodziny dokonana przez matkę

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n ₁ = 42	Średnia dla grupy kontrolnej n ₂ = 43	Istotność różnic między średnimi
Oczekiwania społecznych	1,266	1,748	**
Obrony	1,182	1,341	**
Twierdzeń negatywnych	1,471 [↑]	1,160 [↑]	**
Ogólna	1,075	0,766 [↓]	**
Wypełnianie zadań	1,417 [↑]	0,942	**
Komunikacji	1,042	0,727 [↓]	**
Emocjonalności	0,905	0,535 [↓]	**
Zaangażowania uczuciowego	0,756 [↓]	0,296 [↓]	**
Kontroli	1,220 [↑]	0,936	*
Wartości i norm	0,833 [↓]	0,645 [↓]	*

* $p_1 = < 0,05$; ** $p_1 = < 0,01$; p_1 dla testu dwukierunkowego[↑] średnia odchyła się w górę od wartości kryterialnej równej 1 statystycznie istotnie na poziomie 0,05



Rys. 2 Ocena rodziny dokonana przez ojca

Tabela 2

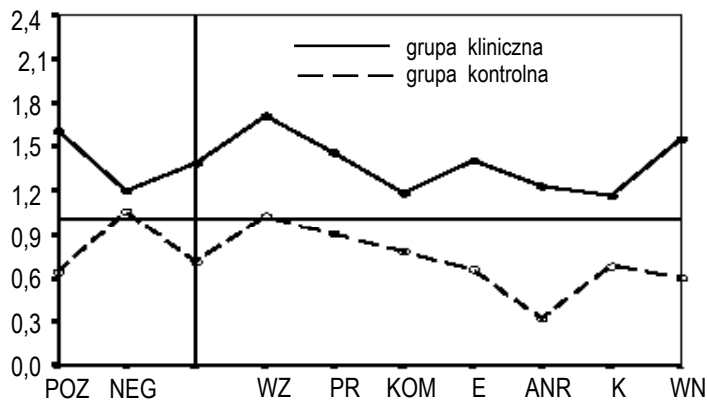
Ocena rodziny dokonana przez ojca

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n = 36	Średnia dla grupy kontrolnej n = 42	Istotność różnic między średnimi
Emocjonalności	0,986	0,700	**

Ojcowie z obu grup oceniają rodzinę generalnie w zbliżony sposób, czyli na poziomie przyjętego kryterium. Grupy różnią się w sposób istotny statystycznie jedynie wynikiem uzyskanym w skali emocjonalności. Ojcowie z grupy kontrolnej oceniają pozytywnie emocjonalność, więź w rodzinie, ojcowie pacjentek anorektycznych oceniają ten wymiar na poziomie przyjętego kryterium.

2. Ocena relacji małżeńskiej

Ocena relacji małżeńskiej dokonana przez matkę



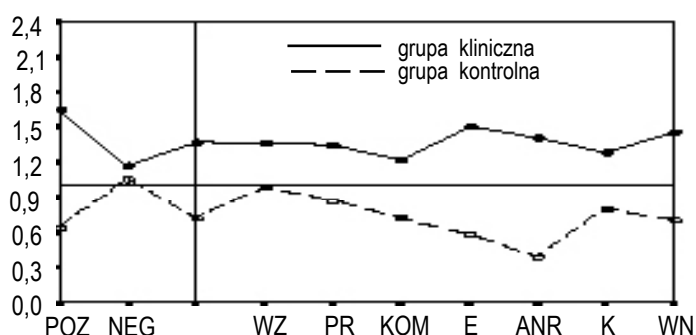
Rys. 3 Ocena relacji małżeńskiej dokonana przez matkę

Tabela 3

Ocena relacji małżeńskiej dokonana przez matkę

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n = 31	Średnia dla grupy kontrolnej n = 42	Wartość różnic między średnimi
Twierdzeń pozytywnych	1,612↑	0,640↓	**
Ogólna	1,368↑	0,710↓	**
Wypełnienie zadań	1,710↑	1,024	**
Pełnienie ról	1,460↑	0,899	**
Komunikacji	1,165↑	0,780↓	*
Emocjonalności	1,403↑	0,655↓	**
Zasada powierzenia uczuciowego	1,254↑	0,327↓	**
Kontroli	1,169	0,684↓	**
Wartości i norm	1,556↑	0,601↓	**

Ocena relacji małżeńskiej dokonana przez ojca



Rys. 4 Ocena relacji małżeńskiej dokonana przez ojca

Tabela 4

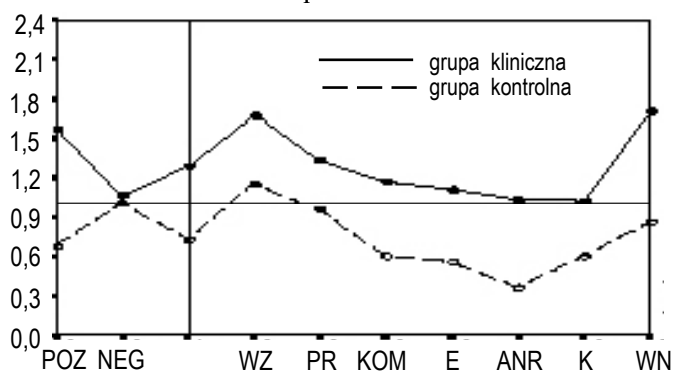
Ocena relacji małżeńskiej dokonana przez ojca

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n = 32	Średnia dla grupy kontrolnej n = 41	Wartość różnic między średnimi
Twierdzeń pozytywnych	1,650↑	0,644↓	**
Ogólna	1,374↑	0,721↓	**
Wypełnienie zadań	1,367↑	0,988	**
Pełnienie ról	1,351↑	0,872	**
Komunikacji	1,227	0,719↓	**
Emocjonalności	1,508↑	0,580↓	**
Zasada powierzenia uczuciowego	1,414↑	0,390↓	**
Kontroli	1,289↑	0,799↓	**
Wartości i norm	1,461↑	0,701↓	**

Rodzice pacjentek anorektycznych opisują swoich współmałżonków znacznie gorzej niż rodzice z grupy kontrolnej. Zarówno matki, jak i ojcowie z grupy klinicznej w 9 skalach na 10 oceniają siebie wzajemnie negatywnie w porównaniu z rodzicami z grupy kontrolnej, w której występują zależności odwrotne, tzn. matki dziewcząt zdrowych w 7 skalach spostrzegają swoich mężów pozytywnie, ojcowie zaś w 8 skalach spostrzegają swoje żony pozytywnie. W pozostałych skalach wynik nie różni się od kryterium. Różnice istotnie statystycznie dotyczą wszystkich skal z wyjątkiem skali twierdzeń negatywnych.

Jeżeli chodzi o porównanie w obrębie grupy klinicznej, to matki oceniają komunikację ze swoimi mężami gorzej niż mężowie z nimi (ojcowie pacjentek anorektycznych oceniają komunikację ze swoimi żonami na poziomie przyjętego kryterium). Podobnie w skali kontroli ojcowie lepiej oceniają swoje żony niż żony ich.

3. Ocena relcji pomiędzy rodzicami a dziećmi dokonana przez rodziców

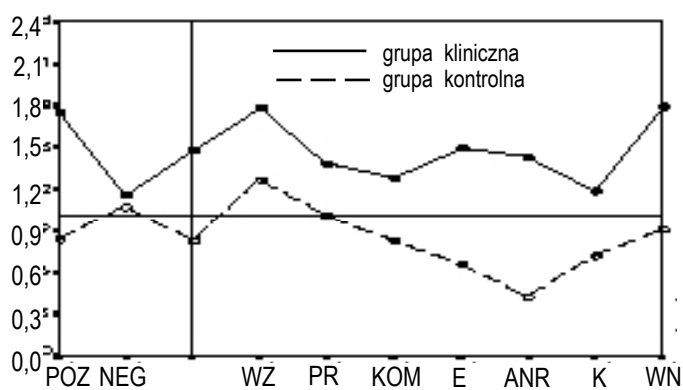


Rys. 5 Ocena relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi dokonana przez matkę

Tabela 5

Ocena relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi dokonana przez matkę

Skala	Ocena dla grupy klinicznej n= 13	Ocena dla grupy kontrolnej n= 14	Istotność różnic między ocenami
Twierdzeń pozytywnych	1,573 ↑	0,680 ↓	**
Ogólna	1,294 ↑	0,727 ↓	**
Upełnienie zadań	1,678 ↑	1,155 ↓	**
Pełnienie ról	1,335 ↑	0,953	**
Komunikacji	1,168	0,601 ↓	**
Emocjonalności	1,110	0,557 ↓	**
Zależności i uwagi owoce	1,034	0,365 ↓	**
Kontroli	1,027	0,601 ↓	**
Wartości i norm	1,709 ↑	0,858 ↓	**



Rys. 6 Ocena relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi dokonana przez ojca

Tabela 6

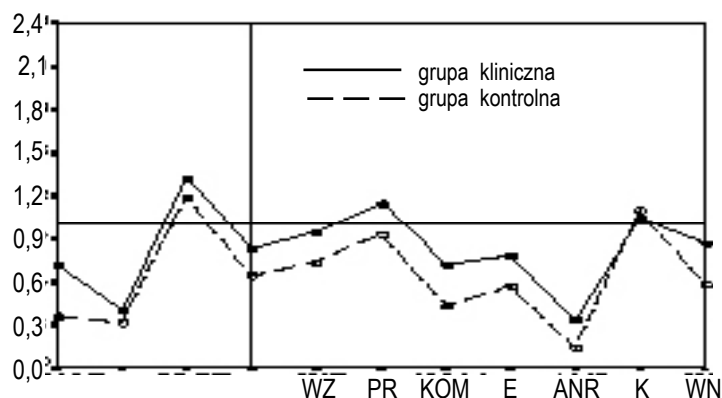
Ocena relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi dokonana przez ojca

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n = 59	Średnia dla grupy kontrolnej n = 73	Wartość różnic między średnimi
Twierdzeń pozytywnych	1,756↑	0,830↓	**
Ogólna	1,484↑	0,831↓	**
Wypełnienia zadań	1,788↑	1,270↓	**
Pełnienia ról	1,388↑	1,010	**
Komunikacji	1,284↑	0,827↓	**
Emocjonalności	1,496↑	0,657↓	**
Zasoby powolenia uczuciowego	1,456↑	0,425↓	**
Kontroli	1,193	0,719↓	**
Wartości i norm	1,795↑	0,907	**

Generalnie, rodzice pacjentek anorektycznych opisują swoje dziecko znacznie gorzej niż rodzice dziecka zdrowego. Szczególnie ojcowie pacjentek anorektycznych formułują dużo negatywnych ocen. Matki pacjentek anorektycznych w 5 skalach oceniają negatywnie swoje dziecko (skale: twierdzeń pozytywnych, ogólna, wypełniania zadań, pełnienia ról, wartości i norm), a w 4 pozostałych na poziomie kryterium. Ojcowie pacjentek anorektycznych w 8 skalach oceniają je negatywnie, a w 1 na poziomie kryterium. Matki dzieci zdrowych w 8 skalach oceniają swoje dziecko pozytywnie, w 1 na poziomie kryterium, a ojcowie – w 7 skalach pozytywnie, a w 2 na poziomie kryterium. W grupie kontrolnej w żadnym z wymiarów nie stwierdzono odchylenia w kierunku negatywnym.

4. Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez matkę



Rys. 7 Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez matkę

Tabela 7

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez matkę

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n = 44	Średnia dla grupy kontrolnej n = 43	Istotność różnic między ocenami
Życzliwość	0,717↓	0,360↓	**
Ogólna	0,825↓	0,640↓	*
Wypełniania zadań	0,943	0,733↓	*
Komunikacji	0,716↓	0,430↓	**
Zaangażowania uczuciowego	0,335↓	0,145↓	*
Wartości i norm	0,866	0,576↓	**

ŻYCZ - życzliwości

KOM - komunikacji

TROS - troski

E - emocjonalności

PRET - pretensji

ANR - zaangażowania uczuciowego

SUMA - skala ogólna

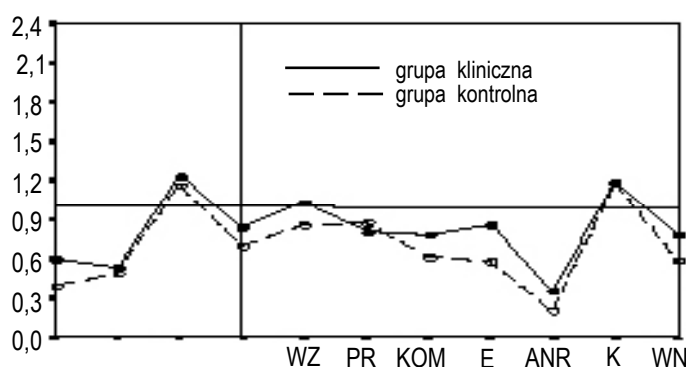
K - kontroli

WZ - wypełniania zadań

WN - wartości i norm

Matki z obu badanych grup generalnie oceniają siebie zadowolająco, ale ocena matek z grupy kontrolnej jest lepsza niż matek pacjentek chorych na anoreksję. Różnica między wynikami jest statystycznie istotna w 6 skalach (ogólnej, życzliwości, wypełniania zadań, komunikacji, zaangażowania uczuciowego, wartości i norm).

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez ojca



Rys. 8 Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez ojca

Tabela 8

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez ojca

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n1 = 35	Średnia dla grupy kontrolnej n1 = 42	test różnic między średnimi
Życzliwość	0,596↓	0,396↓	*
Emocjonalność	0,857	0,577↓	*
Wartości i norm	0,799↓	0,583↓	*

Samoocena ojców pacjentek anorektycznych i ojców dziewcząt z grupy kontrolnej jest generalnie zadowolająca, a wyniki obu grup są zbliżone. Różnice istotne statystycznie dotyczą 3 skal – życzliwości, emocjonalności oraz wartości i norm, w których ojcowie z grupy kontrolnej formułują bardziej zadowolającą samoocenę niż ojcowie z grupy klinicznej.

Omówienie wyników

Uzyskane wyniki wskazują na wiele istotnych statystycznie różnic występujących pomiędzy badanymi grupami. Najwięcej różnic dotyczących oceny relacji rodzinnych występuje w badaniu relacji dwuosobowych. Odnosi się to zarówno do wzajemnej oceny rodziców, jak i ich relacji z dziećmi. Otrzymane rezultaty wskazują na niezadowolone rodziców pacjentek anorektycznych z relacji małżeńskiej, niedopasowanie ról, niespójny system wartości, krytyczną ocenę sposobu, w jaki małżonkowie wypełniają zadania rodzinne. Wyniki te świadczą ponadto o braku elastyczności, trudnościach z wypracowaniem wspólnych rozwiązań. Wskazują również na niedostateczne okazywanie sobie uczuć, brak empatii czy uczuciowego zaangażowania, a także na poczucie braku autonomii. W przeciwieństwie do rodziców pacjentek anorektycznych rodzice dzieci zdrowych oceniają swoją wzajemną relację małżeńską w sposób zadowolający. Uzyskane rezultaty potwierdzają doniesienia tych badaczy, którzy wskazują na słabość subsystemu małżeńskiego w rodzinie anorektycznej, szczególnie na trudności

w rozwiązywaniu sytuacji problemowych i kryzysowych oraz w osiągnięciu autonomii poszczególnych osób w rodzinie [2, 4, 3].

Jeżeli chodzi o ocenę relacji z dziećmi, rodzice pacjentek anorektycznych także formułują wiele krytycznych ocen. W przeciwieństwie do nich, rodzice z grupy kontrolnej we wszystkich badanych zakresach oceniali swoją relację z dzieckiem jako zadowalającą. Szczególnie zastanawiająca jest bardzo krytyczna ocena dzieci w rodzinie, w tym pacjentek, wyrażana przez ojców. Wyjaśnienie tego zjawiska wymagałoby zapewne bardziej pogłębionych badań. Można jedynie hipotetycznie rozważać, czy jest to wyrazem na przykład zazdrości (lub odrzucenia?) o związek matki z dziećmi, włączania dzieci w konflikty małżeńskie, czy nieadekwatności oceny ojca, jego nadmiernych wymagań, czy też wskazuje na szczególną trudność radzenia sobie z okresem dojrzewania dzieci.

W ocenie rodziny jako całości występuje bardzo wyraźna różnica pomiędzy badanymi grupami. Dotyczy ona obrazu rodziny przedstawianego przez matki. Grupy kliniczne i kontrolna ojców są w widzeniu rodziny zbliżone do siebie, z wyjątkiem wyników w skali emocjonalności. Negatywna ocena emocjonalności w rodzinie, dokonana przez ojców pacjentek anorektycznych, wskazuje, iż uważają oni, że spektrum uczuć wyrażanych w rodzinie jest wąskie, niewystarczające i mało adekwatne. Matki pacjentek anorektycznych spostrzegają, że rodzina ma trudności ze wspólnym wypracowaniem rozwiązań, przejawia skłonność do reagowania kryzysem, nawet pod wpływem niewielkich problemów. Krytycznie oceniają też podział wpływów w rodzinie i sposób sprawowania kontroli, co wyraża się w trudnościach wypełniania zadań codziennego życia. Interesujące, iż matki z obu grup słabo oceniają sposób, w jaki poszczególni członkowie rodziny pełnią role w rodzinie. Można sądzić, iż wynik ten oddaje trudności rodziny związane z fazą cyklu życia rodzinnego – okres dojrzewania dzieci – lub też, że wyraża w ogóle problemy współczesnej rodziny polskiej ujawniające się szczególnie w tym obszarze.

Najbardziej pozytywne oceny dotyczą samych siebie na tle rodziny. Zarówno matki, jak i ojcowie z obu grup oceniają siebie generalnie pozytywnie, chociaż więcej ocen pozytywnych formułują rodzice z grupy kontrolnej.

Zestawienie wszystkich uzyskanych danych ujawnia spójny obraz relacji rodzinnych w grupie kontrolnej – jest to obraz generalnie pozytywny, z zaznaczeniem obszarów trudności. W przypadku grupy klinicznej mamy do czynienia z wyraźnym zróżnicowaniem w widzeniu i ocenie samych siebie a oceną pozostałych osób w rodzinie. Spostrzeganie siebie jest w bardzo dużym stopniu pozytywne, natomiast partner, dzieci czy rodzina jako całość oceniane są bardziej negatywnie. Może to być źródłem trudności i pokazywać tendencję do przerzucania odpowiedzialności, czy wzajemnego obwiniania, do umieszczania problemu nie w relacjach, a w osobach.

Summary

The paper presents results of research concerning the parents' perception of family relationships in „anorectic” families (where a daughter meets criteria of ICD 10) and in non-treated group. As a basic tool the Polish Version of Family Assessment Measure standardised on a Polish sample was used. The clinical group consists of 31 mothers and 32 fathers, the control group consist of 42 mothers and 41 fathers. The article present how parents from both groups perceived their marital relationship, their relationship with children, family functioning as

a whole system and their individual functioning within the family system. The study revealed some interesting differences between samples. The basic conclusion is that perception of family relationships in the anorectic group is negative and incoherent in comparison with positive, congruent perception of family relationships in the control group. Significant differences are presented and discussed according to the literature.

Íádrç nłéłéúó ññírlíçé – açäë`ä ðiäçñłéłé d`röçłíñię, áíéłtúçó ír d`ñçöç=łñęół ríñdłęñçł – =rññü I

Ñiäłçóricł

Á d`łláññræłíñię ññññł Ráñidú d`ięrçfëç ðłçóëüñññú ñáicö çññéłáiaríçé, çrñrtúçón` açäë`är ðiäçñłéłé d`röçłíñię, áíéłtúçó ír d`ñçöç=łñęół ríñdłęñçł (ñiäçrñíł çðçñłdç`ë ICD-10) ç ðiäçñłéłé ç çíñdñéüñię áðó d`ú. Á çññéłáiaríçé`ó Ráñidú d`ięüçiarëçñú ríçłñię, çññéłáółúłé ñłéłéúł ññírlíçé` aárđñçđiaríñię ç d`ięüñęçé óñéiäç`ë á íádráñęł É Öłdđëç. Çññéłáiaríçé`ëç íóar=łñ 31 ërñłdłé ç 32 ññóia ñ çëçic=łñęię áðó d`ú, r ñręçł 42 ërñłdç ç 41 ññóia ñ çíñdñéüñię áðó d`ú. Á ññññł Ráñidú íádrçñ d`łláññræ`ñ, çrç ðiäçñłéç ñ íáłçó áðó d` ñéññđ` ñ ír ñáic nó d`đóçłñęçł ññírlíçé` ñáic ññírlíçé` ñ áłñüçç, çrç ñéññđ` ñ ír ółéñññíł ç çíäçäçäóréüñł óóięçóçíçđiaríçł á ñłéłéúłé ñçññłéł. Íáíáúr` d`ięó=łñíł ðłçóëüñññú ëicéñ d`iäñáłdäçñü, =ñí açäë`ä ðiäçñłéłé d`röçłíñię ñ ríñdłęñçłé ír ñłéłéúł ññírlíçé` íłáññññí=ñ ñá`çrñüç ç =rññí íłárñçáíüç d`i ñd`rálíçł ñ ðiäçñłé`ëç ñ çíñdñéüñię áðó d`ú, çíñdłł d`rççñçáíñ íółicëç ñłéłéúł ññírlíçé`. D`ięó=łñíł á çññéłáiaríçé`ó d`rççëç=ç``äë`ññ` d`đłäéłñię íáñóçálic` d`i ññírlíçł ç d`đłäéłñüç ëçñłd`rñóđíüç áñíüç.

Das Bild der Familienrelationen bei den Eltern der an Anorexia nervosa kranken Patientinnen – 1. Teil

Zusammenfassung

Der vorgeführte Artikel beschreibt die Ergebnisse der eigenen Forschungen an der Wahrnehmung der Familienrelationen durch die Eltern der an Anorexia nervosa (nach den ICD 10 Kriterien) kranken Patientinnen und durch die Eltern aus der Kontrollgruppe. In den Forschungen wurde der mehrdimensionale Fragebogen zur Untersuchung der Familienrelationen (KOR) ausgenutzt, der ein an die polnische Verhältnisse angepaßtes Mittel von M. Cierpka ist. An der Untersuchung nahmen 31 Mütter und 32 Väter aus der klinischen Gruppe und 42 Mütter und 41 Väter aus der Kontrollgruppe teil. Im Artikel wurden die Ergebnisse beschrieben, die zeigten, auf welche Weise die Eltern aus beiden Gruppen ihre Relationen in der Ehe und mit den Kindern wahrnehmen, wie sie das Funktionieren der Familie im Ganzen und ihr individuelles Funktionieren im Familiensystem sehen. Allgemein kann man feststellen, dass die Wahrnehmung der Familienrelationen durch die Eltern der anorektischen Patientinnen oft negativ ist im Vergleich mit den Eltern aus der Kontrollgruppe, die die Familienrelationen positiver beurteilen. Über die erzielten Ergebnisse wird im Bezug auf die fachbezogene Literatur diskutiert.

L'image des relations familiales des parents des malades souffrant de l'anorexie nerveuse – part I

Resume

L'article présente les recherches concernant la perception des relations familiales des parents des patientes souffrant de l'anorexie nerveuse (selon les critères de ICD 10) et des parents du groupe de contrôle. Pour ces recherches on profite du questionnaire KOR (questionnaire de Family Assessment Measure – version polonaise adaptée par M. Cierpka). Le groupe examiné se compose de 31 mères et 32 pères du groupe clinique et de 42 mères et 41 pères du groupe de contrôle. L'article présente comme les parents de deux groupes perçoivent leurs relations conjugales, avec leurs enfants, le fonctionnement de la famille dans sa totalité et leur propre

fonctionnement individuel comme membre de la famille. En généralisant on peut conclure que la perception des relations familiales des parents des patientes souffrant de l'anorexie nerveuse est incohérente et souvent négative et que cette perception dans le groupe de contrôle est positive. Ces différences sont discutées dans la littérature en question.

Piśmiennictwo

1. Slade P. *Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Brit. J. Clin. Psychol. 1982; 21: 167–179.
2. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Family games*. London: Karnac Books, 1989.
3. Weber G, Stierlin H. *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 1991.
4. Stierlin H. *Family dynamics in psychotic and severe psychosomatic disorders: a comparison*. Fam. Syst. Med. 1983; 1, 4: 43–50.
5. White M. *Anorexia nervosa: A transgenerational system perspective*. Fam. Proc. 1983; 22, 3: 255–273.
6. Bryant R, Bates B. *Anorexia nervosa: Aetiological theories and treatment methods*. J. Adolesc. 1985; 8: 93–103.
7. Leung F, Schwartzman A, Stieger H. *Testing a dual-process Family understanding the development of eating disorders psychopathology: a structural modeling analysis*. Int. J. Eat. Dis. 1996; 20(4): 367–375.
8. Glendinning L, Phillips M. *Nursing management*. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Hove (UK), Hillsdale (USA): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1993.
9. Józefik B. *Wzory międzypokoleniowe w rodzinach pacjentów chorujących na zaburzenia odżywiania się i w rodzinach pacjentów chorujących na schizofrenię*. Praca doktorska, nie publikowana, UJ 1998.
10. Iniewicz G. *Zmienne osobowościowe w anoreksji psychicznej (badania do pracy doktorskiej)*. [u autora]
11. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 1: 29–40.
12. Namysłowska I, Paszkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L, Józefik B, Beauvale A. *Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 1: 17–28.

Otrzymano: 12.07.2001

Zrecenzowano: 24.09.2001

Przyjęto do druku: 13.11.2001

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 1/9