

## Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część II

### Assessment of family relations by the patients suffering from anorexia nervosa – part II

Grzegorz Iniewicz<sup>1</sup>, Barbara Józefik<sup>1</sup>, Irena Namysłowska<sup>2</sup>,  
Romualda Ułasińska<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Z 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 i dwuosobowych oraz własnego funkcjonowania w rodzinie, dokonaną przez pacjentki chore na anoreksję psychiczną i ich zdrowe rodzeństwo oraz zdrowe dziewczęta z grupy kontrolnej.

anoreksja psychiczna  
relacje rodzinne

In the paper, results of the research on the assessment of family relations: family as a whole, individual functioning within the family and dyadic relations by the anorectic patients and girls from the control group and their siblings were presented.

anorexia nervosa  
family relationships

---

W pierwszej części artykułu zostały zaprezentowane i poddane dyskusji wyniki badań dotyczące oceny relacji rodzinnych z perspektywy rodziców pacjentek chorych na anoreksję psychiczną. W części drugiej przedstawimy i omówimy wyniki badań nad oceną relacji rodzinnych, dokonaną przez dziewczęta chorujące na anoreksję i ich rodzeństwo oraz przez ich rówieśniczki z grupy kontrolnej.

#### Osoby badane

Grupa kliniczna składała się z dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji psychicznej, zgodnie z kryteriami ICD 10, leczonych w Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w Krakowie i w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie, oraz ich zdrowego rodzeństwa. W skład grupy kontrolnej weszły dziewczęta z rodzin, w których nie występowały zaburzenia jedzenia.

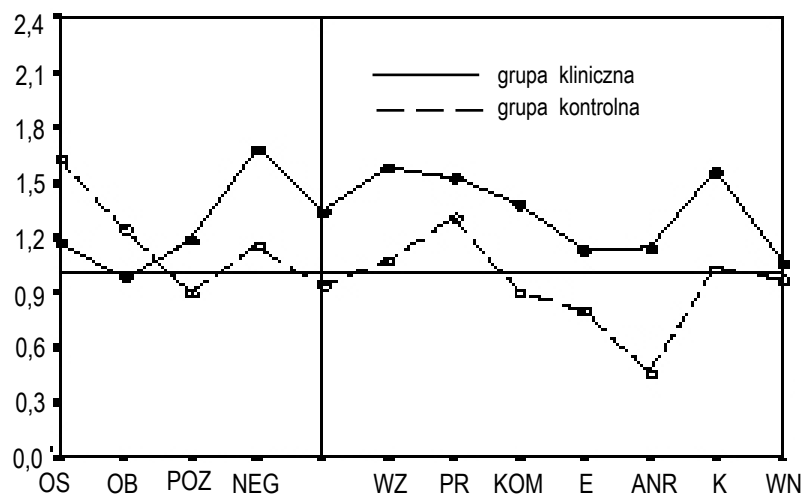
Dobór grupy kontrolnej został przedstawiony w pierwszej części artykułu. Grupa kliniczna składała się z 37 dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną (średnia wieku 17,3) i 16 ich zdrowych siostr (średnia wieku 18,1), a grupa kontrolna z 41 zdrowych dziewcząt (średnia wieku 17,3).

### Wyniki badań

Zastosowano tę samą metodę, co w badaniu oceny relacji rodzinnych przez rodziców, to znaczy Kwestionariusz do Oceny Rodziny (KOR) [1]. W obu badaniach uzyskane dane zostały poddane analizie ilościowej i jakościowej, a do zbadania istotności różnic między grupami użyto testu t dla grup niezależnych.

#### 1. Ocena rodziny jako całości

##### *Ocena rodziny dokonana przez pacjentkę*



Rys. 1 Ocena rodziny dokonana przez pacjentkę

#### SKALE KWESTIONARIUSZY DO OCENY RODZINY:

OS	- oczekiwania społeczne	PR	- pełnienie ról
OB	- obrona	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 pacjentkę

Skala	Średnie dla grupy klinicznej n= 43	Średnie dla grupy kontrolnej n= 41	Testy różnicowe między grupami
Oczekiwania społecznych	1,107	1,034	-
Obawy	0,984	1,248 <sup>†</sup>	-
Twierdzeń pozytywnych	1,181	0,893	-
Twierdzeń negatywnych	1,032 <sup>†</sup>	1,154	-
Ogólna	1,337 <sup>†</sup>	0,933	-
Wypełnianie zadań	1,583 <sup>†</sup>	1,073	-
Komunikacji	1,375 <sup>†</sup>	0,820	-
Emocjonalności	1,128	0,709 <sup>↓</sup>	-
Zaangażowania uczuciowego	1,140	0,467 <sup>↓</sup>	-
Kontrol	1,558 <sup>†</sup>	1,030	-

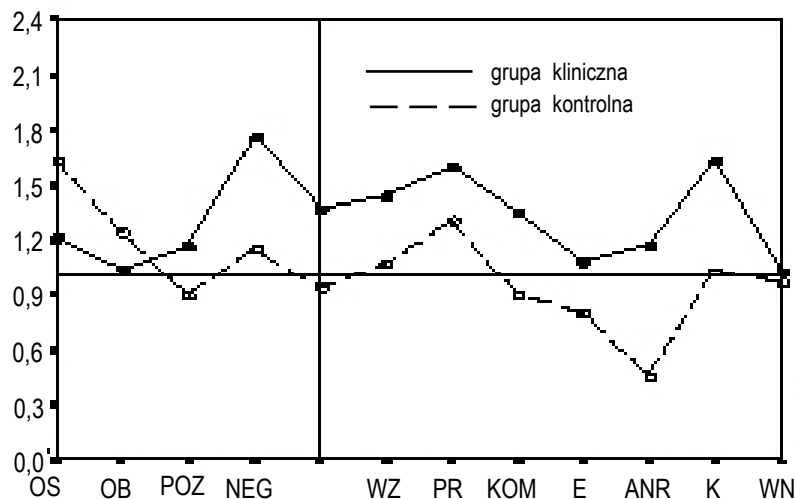
\*  $p_1 = < 0,05$ ; \*\*  $p_1 = < 0,01$ ;  $p_1$  dla testu dwukierunkowego

† średnia odchyła się w górę od wartości kryterialnej równej 1 statystycznie istotnie na poziomie 0,05

Wszystkie skale różnicują badane grupy w sposób istotny statystycznie. Wyjątek stanowią tu skale pełnienia ról oraz wartości i normy. W grupie klinicznej średnie, które odchylają się w sposób istotny od kryterium, zawsze są wyższe od niego, co oznacza, że w tych obszarach pacjentki gorzej oceniają funkcjonowanie swoich rodzin. Dotyczy to następujących skal: kontrola, komunikacja, pełnienie ról, wypełnianie zadań, a także w skali ogólnej i twierdzeń negatywnych. W pozostałych skalach wyniki są zbliżone do wartości kryterialnej.

W grupie kontrolnej obraz jest bardziej zróżnicowany – średnie wyniki w skali emocjonalności i zaangażowania uczuciowego znacząco odchylają się w kierunku pożądanym od kryterium, co oznacza, że dziewczęta zdrowe dobrze oceniają funkcjonowanie swoich rodzin w tych aspektach. Gorsza ocena dotyczy natomiast pełnienia ról – tu wyniki, podobnie jak w i skali twierdzeń negatywnych, odchylają się w kierunku niepożądanym.

Ocena rodziny dokonana przez siostrę pacjentki



Rys. 2 Ocena rodziny dokonana przez siostrę pacjentki

Tabela 2

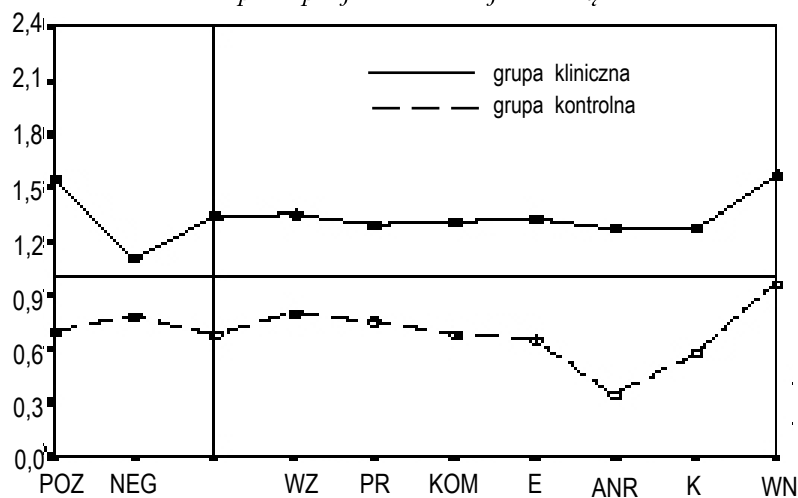
Ocena rodziny dokonana przez siostrę pacjentki

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n1 = 18	Średnia dla grupy kontrolnej n2 = 41	Istotność różnic między ocenami
Oczekiwań społecznych	1,213	1,634	*
Twierdzeń pozytywnych	1,167	0,806	*
Twierdzeń negatywnych	1,759↑	1,154↑	**
Opinia	1,370↑	0,933	**
Wypełnianie zadań	1,444↑	1,073	*
Komunikacji	1,347	0,806	*
Zaangażowanie uczuciowe	1,176	0,457↓	**
Kontroli	1,625↑	1,030	**

W ocenie funkcjonowania rodziny dokonywanej przez siostry pacjentek największe różnice istotne statystycznie wystąpiły w skali twierdzeń negatywnych, zaangażowania uczuciowego i kontroli. Wyższe wyniki w grupie klinicznej wskazują na gorsze funkcjonowanie rodzin klinicznych w wymienionych obszarach. Różnice istotne statystycznie wystąpiły również w skali twierdzeń pozytywnych, wypełniania zadań i komunikacji. W skali oczekiwań społecznych wyższy wynik w sposób istotny statystycznie, oznaczający gorsze funkcjonowanie, dotyczy grupy kontrolnej.

## 2. Ocena relacji z rodzicami dokonana przez dzieci

## Opinia pacjentki o relacji z matką



Rys. 3 Ocena relacji z matką dokonana przez pacjentkę

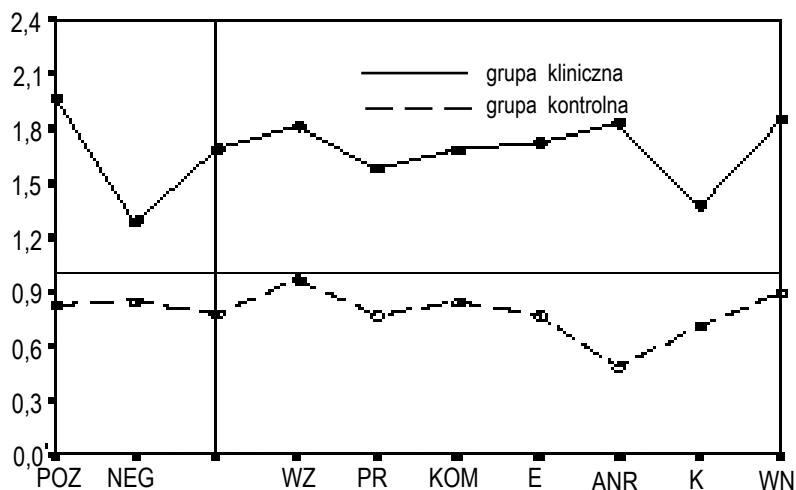
Tabela 3

## Ocena relacji z matką dokonana przez pacjentkę

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n=37	Średnia dla grupy kontrolnej n=41	test t niezależności między zmiennymi
Twierdzeń pozytywnych	1,554 <sup>T</sup>	0,700 ↓	-
Twierdzeń negatywnych	1,111	0,785 ↓	-
Opinia	1,348 <sup>T</sup>	0,877 ↓	-
Uspokojenie złości	1,358 <sup>T</sup>	0,799 ↓	-
Pełnienie roli	1,304 <sup>T</sup>	0,750 ↓	-
Komunikacji	1,318 <sup>T</sup>	0,833 ↓	-
Emocjonalności	1,331 <sup>T</sup>	0,840 ↓	-
Zasęgnięciem i uczuciowością	1,277 <sup>T</sup>	0,341 ↓	-
Kontrol	1,277 <sup>T</sup>	0,507 ↓	-
Wartości i norm	1,574 <sup>T</sup>	0,803	-

Porównanie wyników dotyczących oceny matek dokonanej przez pacjentki i dziewczęta z grupy kontrolnej ujawnia, że grupy te różnią się między sobą w sposób statystycznie istotny we wszystkich skalach. Kierunek odchylenia w grupie kontrolnej wskazuje na pozytywną ocenę matki przez pacjentkę. W grupie klinicznej tylko średnia w skali twierdzeń negatywnych, a kontrolnej tylko średnia w skali wartości i norm równa się kryterium.

## Opinia pacjentki o relacji z ojcem



Rys. 4 Ocena pacjentki dotycząca relacji z ojcem

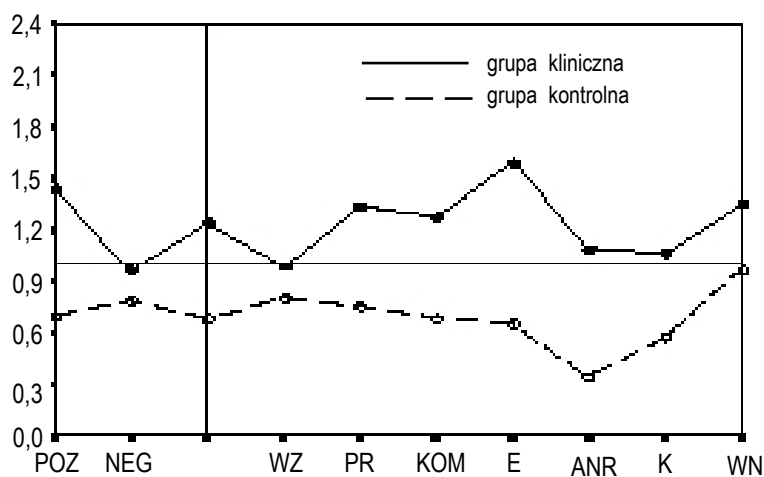
Tabela 4

## Ocena pacjentki dotycząca relacji z ojcem

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n= 29	Średnia dla grupy kontrolnej n= 41	Istotność różnic między średnimi
Twierdzeń pozytywnych	1,072↑	0,810	—
Twierdzeń negatywnych	1,297↑	0,844	—
Opinia	1,096↑	0,773↓	—
Wypełnienie zadań	1,310↑	0,903	—
Pełnienie ról	1,586↑	0,708↓	—
Komunikacji	1,090↑	0,841	—
Emocjonalności	1,724↑	0,708↓	—
Zaangażowania uczuciowego	1,328↑	0,482↓	—
Kontrol	1,370↑	0,701↓	—
Wzrost i norm	1,253↑	0,810	—

Zestawienie średnich wyników obu grup pokazuje, iż kierunek różnic zawsze jest na niekorzyść grupy klinicznej, co oznacza gorszą ocenę ojca przez pacjentkę (różnice istotne na poziomie 0,01). Wszystkie odchylenia od kryterium w grupie klinicznej są istotne statystycznie w niepożądanym kierunku i dosyć znaczne, i co interesujące – większe niż w przypadku, gdy pacjentka oceniała matkę.

## Opinia siostry pacjentki o relacji z matką



Rys. 5 Ocena relacji z matką dokonana przez siostrę pacjentki

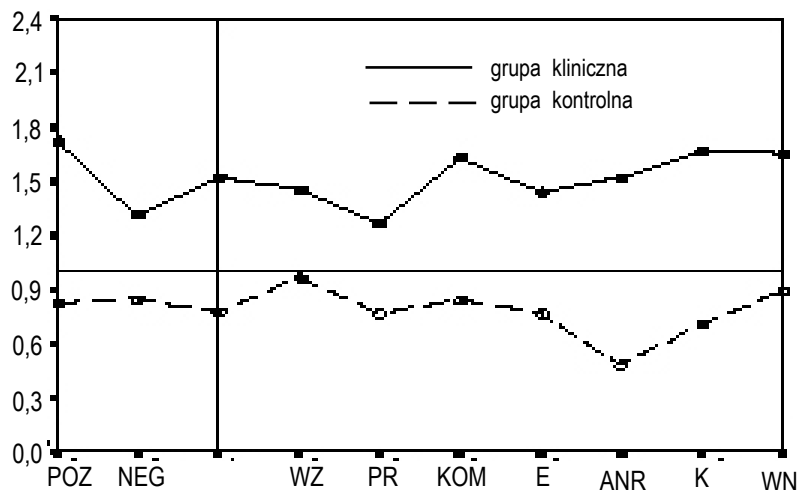
Tabela 5

Ocena relacji z matką dokonana przez siostrę pacjentki

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n= 16	Średnia dla grupy kontrolnej n= 41	Istotność różnic między średnimi
Twierdzeń pozytywnych	1,442↑	0,700↓	**
Ogólna	1,245	0,679↓	**
Pełnienia ról	1,344	0,750↓	**
Komunikacji	1,281	0,682↓	**
Emocjonalności	1,594↑	0,646↓	**
Zasoby powołania uczuciowego	1,094	0,341↓	*
Kontroli	1,062	0,567↓	*
Wartości i norm	1,359	0,963	*

Różnice między grupą kliniczną i kontrolną są bardziej zróżnicowane w przypadku poszczególnych skal niż w diadzie pacjentka–matka. Największa różnica zaznacza się w skali emocjonalności. Oceny w grupie klinicznej odbiegają od kryterium w kierunku negatywnym wyłącznie w skalach emocjonalności i twierdzeń pozytywnych. Generalnie, są one zbliżone lub nieco lepsze niż analogiczne oceny formułowane przez pacjentki. Porównując ocenę matek przez siostry pacjentek i pacjentki, wydaje się, że siostry pacjentek nie tylko lepiej oceniają matki, ale także w sposób bardziej zróżnicowany od pacjentek.

## Opinia siostry pacjentki o relacji z ojcem



Rys. 6 Ocena relacji z ojcem dokonana przez siostrę pacjentki

Tabela 6

Ocena relacji z ojcem dokonana przez siostrę pacjentki

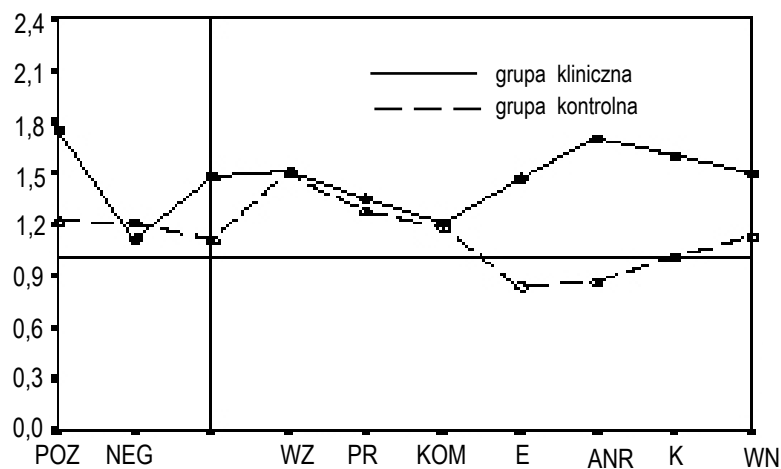
Skala	Średnia dla grupy klinicznej n= 18	Średnia dla grupy kontrolnej n= 41	Istotność różnic między średnimi
Twierdzeń pozytywnych	1,730 <sup>↑</sup>	0,819	**
Twierdzeń negatywnych	1,315	0,844	*
Ogólna	1,522 <sup>↑</sup>	0,773 <sup>↓</sup>	**
Upełnienia zadań	1,461	0,963	*
Pełnienie ról	1,269	0,763 <sup>↓</sup>	*
Komunikacji	1,653 <sup>↑</sup>	0,841	**
Emocjonalności	1,442	0,763 <sup>↓</sup>	**
Zaangażowania uczuciowego	1,519	0,482 <sup>↓</sup>	**
Kontroli	1,673 <sup>↑</sup>	0,701 <sup>↓</sup>	**
Wartości i norm	1,654 <sup>↑</sup>	0,890	**

Różnice istotne statystycznie pomiędzy grupami występują we wszystkich skalach. Lepsze oceny występują także we wszystkich skalach w grupie kontrolnej. Podobnie jak w przypadku, gdy pacjentki oceniały ojców, wszystkie różnice między grupami są istotne statystycznie. Można zauważyć, że siostry, podobnie jak pacjentki, oceniają ojców gorzej niż matki, przy czym pacjentki oceniają ojców jeszcze gorzej niż siostry.



## 3. Ocena relacji między rodzeństwem

## Opinia siostry pacjentki o relacji z pacjentką



Rys. 7 Ocena relacji z pacjentką dokonana przez siostrę

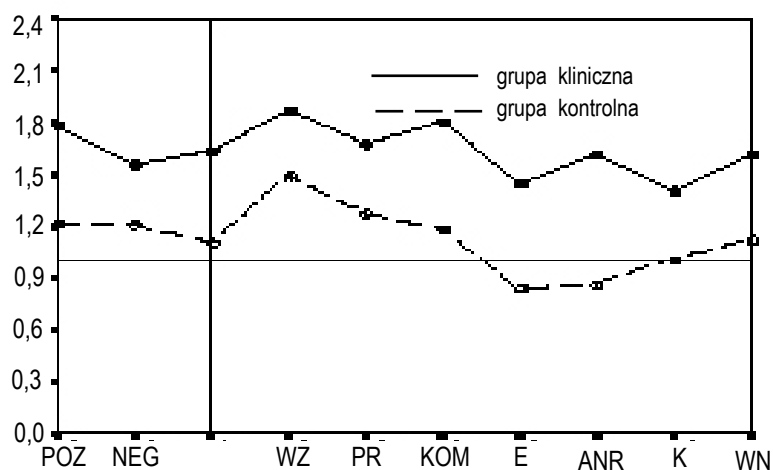
Tabela 7

## Ocena relacji z pacjentką dokonana przez siostrę

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n= 21	Średnia dla grupy kontrolnej n= 35	Istotno różnic między średnimi
Twierdzeń pozytywnych	1,757†	1,233†	**
Ogólna	1,481†	1,116	**
Emocjonalności	1,476†	0,836	**
Zaangażowania uczuciowego	1,702†	0,864	**
Kontroli	1,607†	1,014	**
Wierbości i norm	1,500†	1,129	*

Różnice istotne statystycznie między grupami występują tylko w niektórych skalach, a mianowicie: emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli i twierdzeń pozytywnych. Kierunek odchylenia w grupie klinicznej zawsze jest negatywny, a w kontrolnej – pozytywny. W grupie klinicznej tylko w skali komunikacji i twierdzeń negatywnych wyniki zbliżone są do kryterium. W grupie kontrolnej w 4 przypadkach wyniki odchylają się w kierunku negatywnym – w skalach twierdzeń pozytywnych, negatywnych, wypełniania zadań i pełnienia ról.

## Opinia pacjentki o relacji z rodzeństwem



Rys. 8 Ocena relacji z rodzeństwem dokonana przez pacjentkę

Tabela 8

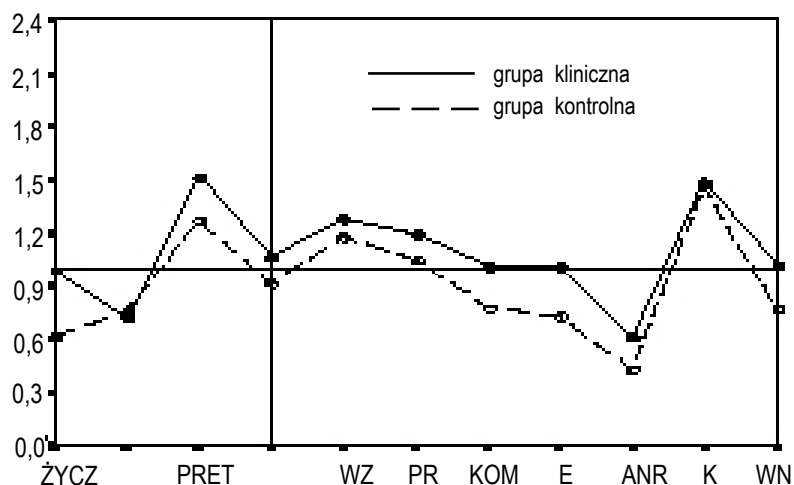
Ocena relacji z rodzeństwem dokonana przez pacjentkę

Skala	Ocena dla grupy klinicznej n= 20	Ocena dla grupy kontrolnej n= 35	Istotność różnic między grupami
Twierdzeń pozytywnych	1,781 <sup>T</sup>	1,223 <sup>T</sup>	-
Twierdzeń negatywnych	1,501 <sup>T</sup>	1,214 <sup>T</sup>	-
Ogółem	1,039 <sup>T</sup>	1,110	-
Wypełnienie zadań	1,305 <sup>T</sup>	1,500 <sup>T</sup>	-
Pełnienie ról	1,083 <sup>T</sup>	1,270 <sup>T</sup>	-
Komunikacji	1,308 <sup>T</sup>	1,103	-
Emocjonalność	1,462 <sup>T</sup>	0,830 <sup>L</sup>	-
Zaangażowanie uczuciowe	1,025 <sup>T</sup>	0,804	-
Kontrol	1,413 <sup>T</sup>	1,014	-
Wartości norm	1,025 <sup>T</sup>	1,130	-

W przypadku, gdy pacjentka ocenia rodzeństwo, we wszystkich skalach różnice między grupami są na niekorzyść grupy klinicznej. Wszystkie wyniki w grupie klinicznej odchylają się od kryterium w sposób istotny statystycznie w kierunku negatywnym, trochę wyraźniej niż w przypadku oceniania pacjentki przez siostrę.

## 4. Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez pacjentkę



Rys. 9 Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez pacjentkę

ŻYCZ - życzliwość

KOM - komunikacja

TROS - troska

E - emocjonalność

PRET- pretensje

ANR - zaangażowanie uczuciowe

SUMA - skala ogólna

K - kontrola

WZ - wypełnianie zadań

WN - wartości i normy

Tabela 9

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez pacjentkę

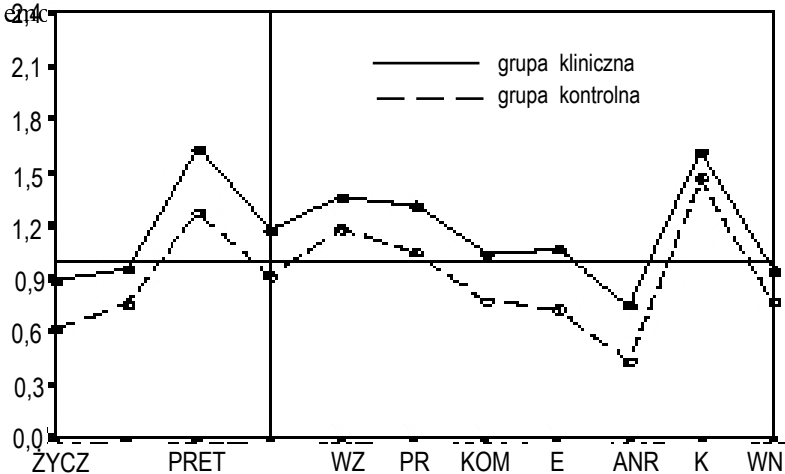
Składowe	Średnia dla grupy klinicznej n= 42	Średnia dla grupy kontrolnej n= 41	Wartość istotności międzyśrednimi
Życzliwości	0,991	0,6104	*
Komunikacji	1,012	0,7744	*
Wartości i norm	1,024	0,7684	*

W ocenie własnego funkcjonowania w rodzinie dokonywanej przez dziewczęta występują bardzo nieliczne różnice istotne statystycznie między grupą dziewcząt z anoreksją a grupą kontrolną. Dotyczą one skali życzliwości, komunikacji oraz wartości i norm, przy czym zawsze są one większe w grupie klinicznej, co oznacza gorszą samoocenę. Można zauważyć zróżnicowany obraz wyników w odniesieniu do kryterium, zwłaszcza w grupie klinicznej, w której w kierunku pożądanym odchylają się skale troski i zaangażowania uczuciowego, a niepożądanym – kontroli, wypełniania zadań i pretensji. W grupie kontrolnej w kierunku pożądanym odchylają się skale

zaangażowania uczuciowego, wartości i norm, emocjonalności, komunikacji oraz troski i życzliwości, w niepożądanym zaś – wypełniania zadań i pretensji, a zwłaszcza skala kontroli.

#### Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez siostrę pacjentki

Skale różniące grupy w sposób istotny statystycznie to zaangażowanie uczuciowe, życz-



Rys. 10 Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez siostrę pacjentki

Tabela 10

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez siostrę pacjentki

Skala	Średnia dla grupy klinicznej n = 18	Średnia dla grupy kontrolnej n = 41	Istotność różnic między średnimi
Życzliwości	0,889	0,610↓	*
Pretensji	1,632↑	1,277↑	**
Ogólna	1,174	0,915	*
Pełnienia ról	1,319↑	1,055	*
Komunikacji	1,042	0,774↓	*
Emocjonalności	1,069	0,725↓	*
Zaangażowania uczuciowego	0,750	0,433↓	*

liwość. Różnice te nie są jednak zbyt duże, wyraźniejsze jedynie w skali pretensji. Prawdopodobnie poza tą skalą mają one charakter różnic niespecyficznych.

W grupie klinicznej w skalach kontroli, pełnienia ról, wypełniania zadań oraz w skali pretensji wyniki odchylają się od kryterium w kierunku niepożądanym. W grupie kontrolnej w tych samych skalach sytuacja jest podobna (z wyjątkiem pełnienia ról), z tym, że w większości skal odchylenia od kryterium są w kierunku pożądanym. W skali pełnienia ról, jak też w skali ogólnej, średnie wyników niemal pokrywają się z kryterium.

### Omówienie wyników

Wyniki obu części pracy pokazują jednoznacznie, że wszyscy członkowie rodzin, w których jedno z dzieci choruje na anoreksję psychiczną, oceniają relacje rodzinne gorzej niż członkowie rodzin z grupy kontrolnej.

W aspekcie dotyczącym funkcjonowania rodziny jako całości pacjentki gorzej niż grupa kontrolna oceniają swoje rodziny we wszystkich wymiarach, z wyjątkiem wymiaru pełnienia ról oraz dymensji wartości i norm. Pod względem dopasowania ról pomiędzy grupami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic, co oznacza, że obydwie grupy rodzin funkcjonują gorzej w stosunku do przyjętego kryterium, z czego można wnioskować, iż niedopasowanie ról byłoby bardziej związane z dojrzeniem niż z samą chorobą. Brak różnic w aspekcie wartości i norm z perspektywy dzieci sugeruje spójność rodzinnego systemu wartości w obu grupach rodzin. Różnice pomiędzy wynikami uzyskanymi przez dziewczęta z grupy klinicznej i z grupy kontrolnej wskazują, iż w rodzinach anorektycznych empatia jest bardzo słaba, podobnie jak stopień zaspokajania potrzeb emocjonalnych. Pacjentki sprawowaną w ich rodzinach kontrolę nad zachowaniami innych spostrzegają jako bardzo restrykcyjną lub/i chaotyczną, szczególnie nie dostosowaną do zachodzących zmian. Ponadto, w rodzinach tych występuje duża nieumiejętność komunikowania własnych sądów czy emocji, co przyczyniać się może do braku wzajemnego zrozumienia. Podejmowane przez członków rodzin anorektycznych działania wydają się nie dostosowane do zmieniających się warunków czy sytuacji stresowych, a ponadto nie prowadzą one do wypracowania wspólnych rozwiązań. U pacjentek można też zauważyć generalnie bardziej negatywne czy krytyczne nastawienie do swojej rodziny, w porównaniu z dziewczętami zdrowymi.

Siostry pacjentek różnią się w swojej ocenie rodziny od grupy kontrolnej w mniejszej liczbie skal. Podobnie jak u pacjentek, ich nastawienie do rodziny jest raczej krytyczne. Opisują członków swojej rodziny jako mało empatycznych i nie zaspokajających potrzeb emocjonalnych innych. Widzą ich trudności w adekwatnym kontrolowaniu zachowań innych, co utrudnia im spełnianie wymagań codziennego życia. Można podejrzewać, iż siostry chorych na anoreksję dziewcząt również doświadczają ścisłej lub/i chaotycznej kontroli ze strony rodziców, przy czym znajdują jakieś sposoby radzenia sobie z tym, być może przez odnalezienie jakiegoś obszaru, który mogą kontrolować i który nie prowadzi, jak w przypadku chorych dziewcząt, do powstania zaburzeń. Można też podejrzewać, iż kontrola rodziców jest w takim stopniu

skoncentrowana na chorych dziewczętach, że ich siostram łatwiej od niej uciec.

Wyniki drugiej części pracy wskazują na to, że pacjentki i ich rodzeństwo (podobnie jak rodzice\*), w porównaniu z grupą kontrolną, najgorzej oceniają relacje dwuosobowe. Spowodowane to może być faktem, iż takie relacje związane są z najsilniej przeżywanymi emocjami.

Pacjentki oceniają swoje matki gorzej niż dziewczęta z grupy kontrolnej. Można też zauważyć, iż oceny te charakteryzują się małym zróżnicowaniem. Podwyższenie wszystkich wyników może sugerować, iż jest to spowodowane jakimś jednym, wspólnym czynnikiem. Może nim być na przykład generalnie (uogólnione) krytyczne nastawienie do rodziców. Tak więc ocena ta byłaby oceną pozostającą w znaczącym stopniu pod wpływem przeżywanych negatywnych emocji, bez konfrontacji z realnym funkcjonowaniem matek w różnych obszarach.

Opinie pacjentek o ojcach są bardziej zróżnicowane i jednocześnie bardziej negatywne. Może to sugerować ocenę w mniejszym stopniu opartą na przeżywanych emocjach, być może związaną z mniejszą empatią w relacjach z ojcem i mniejszym zaangażowaniem emocjonalnym w kontaktach z nim. Wspólną cechą oceny pacjentek, zarówno matek, jak i ojców, byłby bardzo krytyczny stosunek do nich.

Opinia siostry pacjentki o matce jest bardziej zróżnicowana, co może wskazywać na mniej emocjonalną, a bardziej opartą na realnych zachowaniach jej ocenę. W opinii siostry w aspekcie emocjonalności można podejrzewać, iż matka tłumii lub/i wyolbrzymia przeżywane emocje. Być może powodem takiej oceny są odczuwane do niej negatywne uczucia, powstające np. z zazdrości o koncentrację na chorej córce. Generalnie można jednak stwierdzić, iż ocena sióstr pacjentek jest zbliżona, choć bardziej pozytywna w porównaniu z oceną matek dokonaną przez pacjentki. W aspekcie wypełniania zadań przez matki, siostry pacjentek oceniają je podobnie jak dziewczęta z grupy kontrolnej, czyli tak samo wypełniają one swoje funkcje, co trochę trudno pogodzić z wynikiem w skali emocjonalności. Jednym z wyjaśnień tego może być znowu tłumienie negatywnych odczuć do matki. Opinia siostry pacjentki o ojcu jest, podobnie jak w przypadku pacjentki, gorsza niż o matce, ale jednocześnie nieco lepsza niż obraz ojca w oczach pacjentki. Nie wyjaśnia to oczywiście, czy funkcjonowanie ojca w rodzinie jest rzeczywiście tak nieadekwatne czy raczej zostaje on obwiniony za przeżywane przez rodzinę trudności.

Siostry pacjentek opisują chore jako osoby, u których zarówno ujawnianie własnych uczuć, jak i możliwość adekwatnego odczytywania stanów emocjonalnych innych członków rodziny są bardzo ograniczone. Powodem tego może być tłumienie przez nie swoich odczuć, bądź też pozostawanie chorych sióstr w silnej, symbiotycznej relacji z jedną osobą, w tym przypadku najczęściej z matką. Z tym prawdopodobnie można wiązać trudności chorych dziewcząt w adekwatnym radzeniu sobie z wymaganiami codziennego życia. Można też podejrzewać, iż sposób kontrolowania przez nie innych członków rodziny nie przyczynia się do jej dobrego funkcjonowania; jest raczej formą wyrażania chęci podporządkowania jej sobie. W dodatku, można podejrzewać, iż cele, które chcą pacjentki osiągnąć, nie są ze sobą spójne, przez co ich zachowania

---

\* Porównaj pierwszą część artykułu

wprowadzają chaos w funkcjonowaniu rodziny.

Pacjentki oceniają swoje siostry znacznie gorzej, w porównaniu z tym, jak ocenia się rodzeństwo ze zdrowych rodzin – dotyczy to wszystkich badanych wymiarów. Generalnie można powiedzieć, że nastawienie pacjentek do swoich siostr jest bardzo krytyczne. Nasuwają się tu różne wyjaśnienia. Jednym z nich może być rywalizacja o względy rodziców, w wyniku której pacjentki dewaluuują swoje siostry, aby w ten sposób podnieść swoją atrakcyjność. Trzeba tu jednak pamiętać o tym, że rodzeństwo z grupy kontrolnej również ocenia siebie dość krytycznie, na co wskazuje fakt, iż większość uzyskanych przez nie wyników istotnie odchyła się od przyjętego kryterium w kierunku gorszej oceny. Tak więc sam fakt rywalizacji nie byłby tu cechą charakterystyczną, lecz raczej jej nasilenie.

Wyniki w ocenie pacjentki przez siostrę mogą wskazywać, iż oparta jest ona na zewnętrznym zachowaniach, natomiast najbardziej istotne sfery – zwłaszcza emocjonalność – są oceniane słabo pozytywnie albo nawet pozytywnie. Można stąd podejrzewać, iż rodzeństwo, którego siostra chora jest na anoreksję, albo nie jest związane emocjonalnie (odcina się od problemów chorej), albo czuje w stosunku do niej wrogość, która może wynikać z zazdrości o opiekę czy koncentrację rodziców na chorej. Z kolei pacjentki oceniają swoje siostry gorzej niż same są przez nie oceniane, co również można tłumaczyć przeżywaną przez nie zazdrością lub/i silną rywalizacją o rodziców, atrakcyjność czy coś innego.

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez pacjentki jest pozytywna niemal we wszystkich badanych aspektach. W porównaniu ze zdrowymi dziewczętami spostrzegają siebie jako mniej życzliwe dla pozostałych członków rodziny, przejawiające trudności w porozumiewaniu się z rodzicami i rodzeństwem oraz nie mające jasnego i spójnego systemu wartości. Na tle znacznie bardziej krytycznych ocen funkcjonowania rodziny jako całości i poszczególnych jej członków, zastanawiający jest ich tak idealny obraz siebie samych. To idealizowanie siebie może być paradoksalnie reakcją na ukrywaną niską ocenę samych siebie. Można zatem podejrzewać, iż w celu podniesienia oceny swojego funkcjonowania w rodzinie dewaluuują swoje rodzeństwo, przy równoczesnym idealizowaniu siebie samych.

Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie dokonana przez siostry pacjentek wydaje się bardziej krytyczna, spostrzegają one bowiem słabe strony swojego funkcjonowania w kilku obszarach. Największa różnica, w porównaniu z dziewczętami z grupy kontrolnej, dotyczy pretensji. Potwierdzałyby to wcześniejsze przypuszczenia, dotyczące tego, iż dla siostr pacjentek fakt koncentracji rodziców na chorej może być sytuacją trudną, powodującą przeżywanie szeregu nieprzyjemnych uczuć, utrudniającą okazywanie uczuć innym członkom rodziny, a także obciążającą je dodatkowymi obowiązkami.

Omówione wyniki wskazują na to, że w rodzinach pacjentek chorych na anoreksję najgorzej oceniane przez wszystkich członków rodziny jest funkcjonowanie w relacjach diadycznych. Szczególnie źle oceniana jest diada ojciec–córka, zarówno przez ojców, jak i pacjentki, a także siostry pacjentek. Ze strony ojca jest to ocena negatywna, szczególnie w zakresie wypełniania zadań oraz wymiaru wartości i norm. W jego opinii jest mało stwierdzeń pozytywnych. Córki oceniają źle relacje z ojcem w tych samych wymiarach oraz w wymiarze zaangażowania uczuciowego. Wynik ten jest bardzo ciekawy, ponieważ na słabość diady ojciec–dziecko w rodzinach osób chorych





sich auf die Beurteilung der Aufgabenerfüllung durch die Familienmitglieder. Die Aufgaben waren mit dem täglichen Funktionieren der Familie verbunden, mit der Rollenaufteilung, die zur richtigen Aufgabenerfüllung unentbehrlich ist, mit der Kommunikation und gegenseitigem Interesse und Selbstpflege. Es wurde auch die Art und Weise in Betracht genommen, wie die Kontrolle über die anderen Familienmitglieder durchgeführt wird oder ihr Mangel, wenn es um die Werte und Normen geht, nach denen sich die Familie richtet. Aufgrund der erzielten Ergebnisse kann man viele wichtige Unterschiede unter den Gruppen feststellen. Die Mädchen, die an Anorexia nervosa krank sind und ihre Schwestern beurteilen ihre Relationen mit den Eltern, besonders mit dem Vater, negativ im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Auch beurteilen sie kritisch das Funktionieren der Familie und ihre Kontakte mit dem Geschwister.

## **L'image des relations familiales des patientes souffrant de l'anorexie nerveuse – part II**

### **Résumé**

Plusieurs recherches soulignent l'influence des relations familiales sur les troubles de manger. Les auteurs de cet article décrivent leurs recherches concernant les familles avec l'adolescente souffrant de l'anorexie nerveuse (diagnostiquée selon ICD 10). On vise surtout à analyser les relations des membres de famille. Les filles souffrant de l'anorexie nerveuse (n=37), leurs soeurs (n=16) et le groupe de contrôle (n= 41) sont examinées à l'aide du questionnaire KOR (The Family Qssessment Measure – version polonaise). Ces recherches se concentrent surtout à l'estimation du fonctionnement quotidien des membres de famille, à la distribution des rôles en famille, aux moyens de communication en famille et à l'intérêt mutuel. On analyse encore le système de contrôle en famille, de normes et de valeurs partagées. Cette analyse conclue l'existence de grandes différences entre ces groupes par exemple – les jeunes filles malades et leurs soeurs estiment négativement leurs relations avec leurs parents, surtout avec leur pères. Il en est de même avec le fonctionnement de famille en général et de leurs relations avec les frères et soeurs.

### **Piśmiennictwo**

1. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 1: 29–40.
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*. Rienbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 1991.

Otrzymano: 12.07.2001

Zrecenzowano: 24.09.2001

Przyjęto do druku: 13.11.2001

Adresy: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM  
UJ

31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN

