

Akceptacja siebie i rodziców przez kobiety z jadłowstrętem psychicznym

The self-acceptance and the acceptance of the parents by patients with anorexia nervosa

Beata Pawłowska¹, Maria Chuchra²

¹Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

²Z Instytutu Nauk o Rodzinie KUL
Kierownik: prof. dr hab. M. Kalinowski

Summary

Aim: The aim of this work is to describe the relationship between self-esteem and characteristics of self image and acceptance of parents and the characteristics of their images in the perception of patients with anorexia nervosa.

Method: The test group consisted of 30 patients diagnosed with anorexia nervosa undergoing a treatment in the Department of Psychiatry of the Medical Academy in Lublin. The average age of the examined patients was 20 years. All patients had secondary education.

In my work the ACL Gough and Heilbrun Adjectival Test was used which was completed by the examined women three times following the instruction: "I am", "my mother is", "my father is". As a result the actual images of the patients as well as of their mothers and fathers were obtained. The esteem rates were calculated by comparing the number of positive adjectives to the number of negative adjectives used by the patients to evaluate individual persons. The interdependencies between esteem rates and the characteristics of the actual images of these persons were determined based on the r-Pearson correlation.

Results and conclusions: The results obtained indicated the existence of crucial statistic dependencies between the variables analysed and constituted the basis for the formulation of the following conclusions:

1. Patients are characterised by a low self-esteem and a low acceptance level of their parents. They accept their fathers in the smallest degree, compared to that their self-esteem is higher and the acceptance of their mothers is the highest.
2. Self-esteem is related in a significant way to the characteristics of self image such as: sense of responsibility, autonomy, ability to accomplish life objectives and establishing close relationships with other people.
3. The acceptance of their mothers is related to the characteristics typical of them such as: protectiveness, ability to establish and maintain positive interpersonal relationships, empathy and understanding the motives of their own behaviour and those of other people.
4. The acceptance of their fathers is related in a significant way to such characteristics discerned in them as: perseverance, ability to work hard, protectiveness, responsibility and ability to cope with tasks and problems and establishing close relationships with other

Słowa kluczowe: samoakceptacja, akceptacja rodziców, anoreksja

Key words: self-esteem, acceptance of parents, anorexia nervosa

Wstęp

Samoakceptacja jest zgeneralizowaną postawą wobec siebie, powstającą na skutek uogólnionej samooceny. Akceptacja siebie odgrywa wielorakie role: bierze udział w formowaniu się tożsamości i dojrzałej osobowości, wpływa na poziom przystosowania, ale przede wszystkim jest jednym z czynników determinujących społeczne funkcjonowanie człowieka [1]. Łączy się ona z poczuciem własnej wartości, umiejętnością ochrony siebie, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zadaniowych, z poziomem asertywności, kreatywnością, poczuciem zaufania do siebie, umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Niska samoakceptacja wiąże się z lękiem, depresją, submisywnością, apatią, poczuciem bezsilności, izolacją, pasywnością, odrzuceniem siebie, poczuciem braku osiągnięć, bezpieczeństwa – predysponując do uzależnień. Akceptacja siebie uznawana jest za jeden z podstawowych czynników mających znaczenie w genezie, rozwoju i utrwalaniu się zaburzonych zachowań żywieniowych [2, 3].

U osób z zaburzeniami odżywiania się obserwuje się bardzo dużą rozbieżność między realnym a idealnym obrazem samych siebie, która świadczy o niskim poziomie akceptacji siebie i poczucia własnej wartości [3, 4]. Wyniki badań empirycznych wskazują, że kobiety z anoreksją prezentują istotnie niższy poziom samoakceptacji niż osoby zdrowe [5]. Do obniżenia się poziomu samoakceptacji prowadzić może, opisywany w ich rodzinach, nieadekwatny do możliwości, wysoki poziom aspiracji, będący źródłem konfliktu wynikającego z trudności w realizacji oczekiwań zarówno własnych, jak i narzucanych przez rodzinę, przekonanie, że na akceptację, uczucie, zauważenie muszą zasłużyć [6]. Kobiety chorujące na jadłowstręt psychiczny nie rozpoznają swoich uczuć i potrzeb, nie chcą rozczarować swoich rodziców. W rezultacie nie wiedzą kim są, a ich samoakceptacja jest skrajnie zależna od ocen, wyobrażeń i życzeń innych [5]. Cierpią z powodu permanentnego „głodu” akceptacji, wsparcia, podziwu i zauważenia. Anoreksja daje im poczucie bycia kimś szczególnym, mającym znaczenie, ekscentrycznym, wartościowym, stwarza szansę kompensacji poczucia niskiej wartości oraz braku zaufania do siebie [7, 8]. Weber i Stierlin [9], pisząc o komunikacyjnej roli symptomów zaburzeń odżywiania się, również zwracają uwagę, że poprzez strajk głodowy dziecko chore na anoreksję informuje rodziców, iż jedzenie nie jest tym, czego potrzebuje i za czym tęskni. Potrzebuje ono uwagi, docenienia, uznania nie tylko za osiągnięcia, akceptacji i wsparcia. Rodzice jednak nie mogą odkryć tej płaszczyzny i koncentrują się jeszcze bardziej na karmieniu go. Jednocześnie funkcjonujący w tych rodzinach model poświęcania dla innych własnych potrzeb, niemówienia wprost o życzeniach powoduje, że dziecko tłumi swoje potrzeby. Każda próba ich wyrażenia, zaznaczenia swojej odrębności zostaje zinterpretowana jako brak lojalności wobec rodziny, egoizm, i ulega zablokowaniu. Niezaspokojona przez rodziców potrzeba akceptacji prowadzi u dziecka do braku poczucia bezpieczeństwa, własnej godności i wartości, zaufania do siebie i swoich możliwości, do problemów z wyznaczaniem celów, lęku antycypacyjnego i rozwoju niskiego poziomu samoakceptacji [10, 11].

Talarczyk i Rajewski [5] zwracają uwagę, że w publikacjach dotyczących zagadnień jadłowstrętu psychicznego podkreśla się znaczenie poziomu samoakceptacji w leczeniu choroby, jednak niewiele jest cytowanych badań statystycznych dotyczących tego

zagadnienia.

Autorzy niniejszego artykułu podjęli próbę odpowiedzi na pytania:

- Z jakimi cechami obrazu samych siebie związana jest samoakceptacja?
- Z jakimi cechami obrazu matki związana jest jej akceptacja?
- Z jakimi cechami obrazu ojca związana jest jego akceptacja u pacjentek z jądłowstrętem?

Celem pracy jest udzielenie odpowiedzi na postawione wyżej pytania.

Grupa badana i metoda badań

Przebadano grupę 30 pacjentek leczonych w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie, z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego. Wiek badanych wahał się w granicach 15–23 lat (średnia 21), średni czas trwania choroby wynosił 4,5 roku. Wszystkie kontynuowały naukę, w tym 23 w szkole ponadpodstawowej, a 7 studiowało. Dziewczęta pochodziły z rodzin pełnych i były hospitalizowane po raz pierwszy. Nadużywanie alkoholu przez ojców zgłaszało prawie 90% badanych, przez matki – 8%.

W pracy posłużono się Testem Przymiotnikowym ACL Gougha i Heilbruna, który badane wypełniały trzykrotnie, według instrukcji: „ja jestem”, „moja matka jest”, „mój ojciec jest”. Otrzymano realny obraz pacjentki, matki oraz ojca. Następnie obliczono wskaźniki akceptacji według wzoru $s = \text{Fav}/\text{Unfav}$, gdzie Fav oznacza liczbę pozytywnych przymiotników, a Unfav – liczbę przymiotników negatywnych, których pacjentka użyła do opisu danej osoby i porównano je za pomocą testu ANOVA [12].

W kolejnym etapie obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona między wskaźnikami akceptacji siebie, matki i ojca a skalami potrzeb, skalami tematycznymi i analizy transakcyjnej testu ACL.

Wyniki

Wyniki analiz statystycznych przedstawiono w poniższych tabelach i poddano analizie treściowej. W pierwszej kolejności opisano wskaźniki akceptacji siebie, matki i ojca (tab. 1).

Jak wynika z tabeli 1, najniższy wskaźnik akceptacji otrzymali ojcowie, nieco wyższy pacjentki, a najwyższy matki, niemniej jednak wszystkie wskaźniki są niskie.

Porównanie wskaźników akceptacji

Wskaźnik akceptacji	Pacjentka		Matka		Ojciec		ANOVA		Test posthoc p		
	M	sd	M	sd	M	sd	F	p	p-m	p-o	m-o
Fav/Unfav	0,81	0,31	0,04	0,37	0,71	0,44	4,17	0,02			0,02

Poziom akceptacji matki i ojca różni się istotnie statystycznie, natomiast nie stwierdzono istotnej różnicy pomiędzy akceptacją siebie i matki oraz akceptacją siebie i ojca.

W kolejnym etapie pracy przeanalizowano zależności między wskaźnikiem akceptacji siebie ($s = \text{Fav}/\text{Unfav}$) a cechami obrazu samych siebie u kobiet z jądłowstrętem psychicznym (tab. 2).

W zakresie skal potrzeb testu ACL wystąpiły bardzo istotne statystycznie dodatnie zależności między wskaźnikiem samoakceptacji (s-Fav/Unfav) u kobiet chorych na anoreksję a cechami ich obrazu realnego, takimi jak potrzeba: osiągnięć (Ach), afiliacji

Tabela 2

Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikami akceptacji a realnymi obrazami pacjentek, matek i ojców

Skala ACL	Pacjentka		Matka		Ojciec	
	r	p<	r	p<	r	p<
Ach	0,70	0,001	0,48	0,01	0,68	0,001
Dom	0,60	0,001	0,44		0,77	
End	0,72	0,001	0,73	0,001	0,62	0,001
Ord	0,58	0,001	0,60	0,001	0,88	0,001
Int	0,60	0,001	0,75	0,001	0,87	0,001
Nur	0,55	0,01	0,83	0,001	0,80	0,001
Aff	0,73	0,001	0,61	0,001	0,88	0,001
Het	0,62	0,001	0,87	0,001	0,70	0,001
Ech	0,20		-0,08		-0,51	0,01
Aut	-0,00		-0,71		-0,82	0,001
Agg	-0,30	0,05	-0,70	0,001	-0,85	0,001
Cha	0,42		0,01		-0,14	
Suc	-0,54	0,01	0,02		-0,20	
Aba	-0,41	0,05	0,88		0,57	0,001
Def	0,40		0,63	0,001	0,82	0,001
Ord	-0,30	0,05	-0,08	0,001	-0,20	
S-Cn	0,31		0,71	0,001	0,78	0,001
S-Cn	0,63	0,001	0,88	0,05	0,55	0,001
P-adj	0,70	0,001	0,83	0,001	0,88	0,001
ba	0,84	0,001	0,71	0,001	0,82	0,001
Cps	0,46	0,05	0,33		0,82	
Ma	0,67	0,001	0,73		0,88	0,001
Mas	0,47	0,01	-0,00	0,001	0,02	
Fem	0,44		0,74	0,001	0,67	0,001
Cp	-0,44	0,05	-0,04	0,001	-0,71	0,001
Np	0,80	0,001	0,61	0,001	0,61	0,001
a	0,80	0,001	0,64	0,001	0,60	0,001
Pc	0,42	0,05	0,40	0,05	-0,05	
Ac	-0,84	0,001	-0,55	0,001	-0,84	0,001

(Aff), wytrwałości (End), rozumienia siebie i innych (Int), dominacji (Dom), kontaktów heteroseksualnych (Het), porządku (Ord) i opieki nad innymi (Nur). Statystycznie istotne ujemne zależności stwierdzono między wskaźnikiem samoakceptacji (s-Fav/Unfav) a potrzebą: wsparcia (Suc), poniżania siebie (Aba) i agresji (Agg). Wyniki te

wskazują, że badane kobiety cechuje tym wyższy poziom samoakceptacji, im bardziej osiągały życiowe cele, są wytrwałe, sumienne, ambitne, opanowane, pewne siebie, a w relacjach z innymi ludźmi przyjazne, wyrozumiałe, serdeczne, opiekuńcze i zdolne do empatii. Niski poziom samoakceptacji u kobiet z jadłowstrętem łączy się z trudnościami w realizacji życiowych zadań i osiągnięciu celów, brakiem wytrwałości, zaufania do siebie, z impulsywnością oraz lękiem przed kontaktami społecznymi, głównie z płcią przeciwną, postawą obronną wobec otoczenia i brakiem wglądu w motywy zachowań własnych i innych ludzi.

W skalach tematycznych istotne dodatnie zależności wystąpiły między wskaźnikiem samoakceptacji (s-Fav/Unfav) a skalą idealnego obrazu samej siebie (Iss), przystosowania osobistego (P-Adj), uzdolnień przywódczych (MIs), zaufania do siebie (S-Cfd), męskości (Mas) i osobowości twórczej (Cps). Jedyny ujemny związek wystąpił między wskaźnikiem samoakceptacji (s-Fav/Unfav) a skalą – gotowość na pomoc i poradę innych ludzi (Crs). Rezultaty te informują, że badane osoby będzie charakteryzował tym wyższy poziom samoakceptacji, im lepsze będą miały zdolności przystosowawcze, pozytywną, optymistyczną postawę wobec życia oraz zaufanie do siebie i swoich zdolności. Niski poziom samoakceptacji jest związany z unikaniem głębszych związków interpersonalnych, trudnościami w radzeniu sobie ze stresami, brakiem zaufania do siebie oraz brakiem kreatywności, samodyscypliny i ambicji.

Istotnie statystycznie zależności otrzymano między wskaźnikiem samoakceptacji (s-Fav/Unfav) a wszystkimi skalami analizy transakcyjnej. Dodatnie korelacje stwierdzono między skalami: rodzic opiekuńczy (Np), dorosły (A) i dziecko wolne (Fc) ujemne zaś – dziecko przystosowane (Ac) i rodzic krytyczny (Cp). Oznacza to, że wysoki poziom akceptacji siebie jest związany z wysokim poczuciem odpowiedzialności, autonomią, umiejętnością racjonalnego rozwiązywania problemów, tolerancją i szacunkiem dla innych oraz umiejętnością cieszenia się życiem. Niski poziom samoakceptacji łączy się z zachowaniami autodestrukcyjnymi, egocentryzmem, brakiem autonomii, odpowiedzialności, z tendencją do ulegania dezorganizacji pod wpływem stresu i traumy lub ucieczką przed rzeczywistością w fantazję.

Następnym etapem było opisanie zależności między akceptacją matki a cechami jej obrazu realnego ujętego w percepcji kobiet z jadłowstrętem psychicznym (tab. 2).

Analizując związki między wskaźnikiem akceptacji matki (m-Fav/Unfav) a cechami jej realnego obrazu można stwierdzić występowanie dodatnich korelacji między następującymi skalami potrzeb: afiliacji (Aff), kontaktów heteroseksualnych (Het), opieki (Nur), rozumienia siebie i innych (Int), wytrwałości (End), porządku (Ord), podporządkowania się (Def) i osiągnięć (Ach), oraz ujemnych między skalami: potrzebą autonomii (Aut) i agresji (Agg). Otrzymane wyniki wskazują, że kobiety z jadłowstrętem tym bardziej akceptują swoje matki, im bardziej spostrzegają je jako osoby przyjmujące przyjazną, serdeczną postawę wobec innych ludzi, umiające nawiązywać ciepłe, pozytywne relacje z mężczyznami, opiekuńcze, wyrozumiałe, zdolne do empatii, a także wytrwałe w osiągnięciu celów i realizowaniu zadań. Kobiety z anoreksją tym mniej akceptują swoje matki, im bardziej oceniają je jako osoby, które boją się ludzi, przyjmują wobec nich postawę obronną, wycofują się z kontaktów z płcią przeciwną, mają problemy w rozumieniu motywów zachowań własnych i cudzych, unikają bliskich

więzi, są impulsywne, agresywne, konfliktowe, egoistyczne i dążą do podkreślania swojej niezależności. Niski poziom akceptacji matek przez badane pacjentki łączy się także ze spostrzeganym u nich brakiem wytrwałości i pracowitości.

W zakresie skal tematycznych stwierdzono dodatnie korelacje między akceptacją matki (m-Fav/Unfav) a skalami: przystosowania osobistego (P-Adj), kobiecości (Fem), zdolności przywódczych (Mls), idealnego obrazu samej siebie (Iss), samokontroli (S-Cn) i zaufania do siebie (S-Cfd), oraz ujemne między wskaźnikiem akceptacji matki (m-Fav/Unfav) a skalą: gotowość na pomoc i poradę innych ludzi (Crs). Wyniki te informują, że badane kobiety tym bardziej akceptują swoje matki, im bardziej spostrzegają je jako osoby przyjmujące pozytywną postawę wobec życia, zdolne do współpracy, empatyczne, a jednocześnie kontrolujące siebie, mające zaufanie do siebie i swoich zdolności. Tym mniej natomiast akceptują swoje matki, im bardziej oceniają je jako osoby przewrażliwione, niespokojne, nie radzące sobie ze stresami, nie przestrzegające określonego systemu wartości, łamiące wyznaczone zasady i prawa oraz impulsywne i konfliktowe.

Bardzo istotne statystycznie korelacje występują między akceptacją matki (m-Fav/Unfav) a wszystkimi skalami analizy transakcyjnej testu ACL. Dodatnie zależności zaznaczyły się między wskaźnikiem akceptacji matki (m-Fav/Unfav) a skalami: rodzic opiekuńczy (Np), dorosły (A) i dziecko wolne (Fc), a negatywne między skalami: rodzic krytyczny (Cp) i dziecko przystosowane (Ac). Otrzymane rezultaty pozwalają przypuszczać, że badane kobiety tym bardziej akceptują swoje matki, im bardziej oceniają je jako osoby opiekuńcze, tolerancyjne, odpowiedzialne, troskliwe, szanujące innych ludzi, radzące sobie z problemami i trudnościami, racjonalnie rozwiązujące zadania oraz autonomiczne i spontaniczne. Im bardziej matki spostrzegane są jako osoby niszczące siebie, egocentryczne, nietolerancyjne, sceptyczne, konfliktowe, nieczułe, uciekające przed obowiązkami i odpowiedzialnością w fantazje, mające trudności w odejściu od podporządkowanych ról dziecięcych, tym mniej akceptowane są przez córki.

W ostatnim etapie pracy przeanalizowano zależności między akceptacją ojca (o-Fav/Unfav) a cechami jego obrazu realnego ujętego w percepcji kobiet z jądłowstrętem psychicznym (tab. 2).

W zakresie skal potrzeb testu ACL otrzymano istotne statystycznie pozytywne korelacje między wskaźnikiem akceptacji ojca (o-Fav/Unfav) a potrzebami: wytrwałości (End), opiekowania się (Nur), porządku (Ord), afiliacji (Aff), rozumienia siebie i innych (Int), podporządkowania się (Def), kontaktów heteroseksualnych (Het), potrzebą osiągnięć (Ach) i poniżania siebie (Aba), oraz negatywne korelacje między potrzebą agresji (Agg), autonomii (Aut) i ujawniania siebie (Exh). Uzyskane rezultaty analiz statystycznych wykazały, że badane pacjentki tym bardziej akceptują swoich ojców, im bardziej spostrzegają ich jako osoby wytrwałe, pracowite, opanowane, opiekuńcze, starające się zrozumieć motywy zachowań własnych i innych ludzi, poszukujące bliskich więzi z innymi ludźmi, umiejące nawiązywać serdeczne relacje z kobietami, współpracujące, unikające konfliktów i rywalizacji. Niski poziom akceptacji ojców przez badane kobiety łączy się natomiast ze spostrzeganym u nich brakiem wytrwałości, pracowitości, sumienności, nasilonym egocentryzmem, impulsywnością, agresją, lękiem i odrzuceniem innych ludzi oraz nasiloną tendencją do manipulowania otocze-

niem w celu zwrócenia na siebie uwagi.

Wyniki analiz statystycznych ujawniły występowanie istotnych statystycznie dodatnich korelacji między akceptacją ojca (o-Fav/Unfav) a następującymi skalami tematycznymi testu ACL: przystosowania osobistego (P-Adj), zdolności przywódczych (MIs), idealnego obrazu samej siebie (Iss), samokontroli (S-Cn), kobiecości (Fem) i zaufania do siebie (S-Cfd). Wysoki poziom akceptacji ojców współwystępuje ze spostrzeganą u nich pozytywną postawą wobec życia i innych ludzi, zaufaniem do siebie i swoich zdolności, opanowaniem, pracowitością i samodyscyplinowaniem, a także umiejętnością współpracy i empatii. Niski poziom akceptacji ojców łączy się z dostrzeganym u nich krytykanctwem, brakiem zaufania do siebie, tendencją do łamania wyznaczonych praw, brakiem samokontroli, trudnościami w radzeniu sobie ze stresami oraz obronną postawą wobec ludzi.

W odniesieniu do skal analizy transakcyjnej istotne dodatnie korelacje ujawniły się między wskaźnikiem akceptacji ojca (o-Fav/Unfav) a skalami: rodzic opiekuńczy (Np) i dorosły (A), a ujemne między skalami: dziecko przystosowane (Ac) i rodzic krytyczny (Cp). Otrzymane wyniki wskazują, że pacjentki tym bardziej akceptują ojca, im bardziej oceniają go jako osobę odpowiedzialną, szanującą innych, opiekuńczą, tolerancyjną, a jednocześnie autonomiczną, dojrzałą i racjonalnie rozwiązującą zadania oraz problemy życia codziennego, skuteczną, rozważną, dającą poczucie bezpieczeństwa i wsparcia. Im bardziej ojcowie spostrzegani są jako osoby zależne, uciekające od odpowiedzialności i rozwiązywania problemów, dążące do pełnienia podporządkowanych, dziecięcych ról, niszczące siebie, sceptyczne, nieczułe i egoistyczne, tym mniej akceptowani są przez córki.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że zarówno w grupie pacjentek, matek, jak i ojców, najwyższe współczynniki korelacji wystąpiły pomiędzy wskaźnikiem akceptacji a rodzicem opiekuńczym (Ro).

Omówienie wyników

Otrzymane wskaźniki akceptacji wykazują, że pacjentki zarówno do opisu samych siebie, jak i rodziców wybierają więcej przymiotników negatywnych niż pozytywnych, niemniej jednak do oceny matki wybrały ich najmniej, a do oceny ojca najwięcej. Oznacza to, że w najmniejszym stopniu akceptują ojca, nieco bardziej siebie, a najbardziej – matkę.

Wyniki te są interesujące, gdyż dotychczas w literaturze przedmiotu koncentrowano się na relacjach matka–córka i w nich dopatrywano się źródeł zaburzeń. W odniesieniu do relacji córka–ojciec niniejsze wyniki są zbieżne z tymi, jakie otrzymali inni polscy badacze donoszący, że szczególnie źle jest oceniana diada: córka–ojciec. Jednocześnie zwrócono uwagę na idealny obraz samej siebie na tle rodziny, co nie znalazło potwierdzenia w wynikach niniejszych badań [13] – pacjentki bardziej pozytywnie niż siebie oceniają swoje matki.

W przeprowadzonych wcześniej badaniach pilotażowych (N=20) wykazano, że u pacjentek obraz samych siebie jest bardziej podobny do obrazu ojca niż matki oraz że dążą one do tego, by ich idealny obraz był podobny do idealnego obrazu matki [14, 15,

16]. Głębszej interpretacji otrzymanych wskaźników akceptacji będzie można dokonać po porównaniu ich ze wskaźnikami innych grup klinicznych i osób zdrowych.

Jak wynika z badań, wysoki poziom samoakceptacji łączy się z osiągnięciem społecznie akceptowanych celów, przystosowaniem się do grupy rówieśniczej oraz umiejętnością wglądu w motywy zachowań własnych i otoczenia. Niski poziom akceptacji samych siebie u badanych kobiet współwystępuje z zachowaniami autoagresywnymi, impulsywnością, brakiem określonego systemu wartości, małą odpornością na stres i presję społeczną, tendencją do przyjmowania podporządkowanych ról dziecięcych, brakiem odpowiedzialności i autonomii, małą skutecznością w osiągnięciu wyznaczonych celów oraz obronną, lękową postawą wobec ludzi. Wyniki te ściśle korespondują ze zdaniem Yellowleesa [2], który uważa, że niski poziom samoakceptacji łączy się z brakiem zaufania do siebie, pasywnością, izolacją społeczną, poczuciem braku osiągnięć oraz zachowaniami autoagresywnymi. Zależności te mają charakter cyrkularny, podobnie jak związki między akceptacją rodziców a ich obrazem.

Poziom akceptacji matek przez kobiety z anoreksją zależy przede wszystkim od dostrzegania u nich takich cech, jak: opiekuńczość, szacunek do innych ludzi, zdolność nawiązywania bliskich więzi z innymi ludźmi, z płcią przeciwną oraz umiejętność rozumienia motywów zachowań własnych i innych ludzi. Niski poziom akceptacji matek przez badane pacjentki łączy się ze spostrzeganiem ich jako osób, które niszczą siebie, utrzymują ludzi na dystans, boją się relacji z płcią przeciwną, unikają bliskich więzi oraz mają słaby wgląd w motywy zachowań własnych i innych ludzi. Wielu autorów podkreśla, że w rodzinach kobiet z anoreksją brakuje umiejętności komunikowania własnych sądów, wzajemnego zrozumienia. Matki opisywane są jako osoby grające rolę ofiary, osoby pokrzywdzonej i rozczarowanej małżeństwem, własnym życiem, chroniące córki przed „zagrożającym światem”, tworzące z nimi symbiotyczny układ. Nie respektują potrzeb własnych dzieci, projektując na nie własne dążenia i oczekiwania. Uważają, że „nikt nie wie lepiej niż matka, co czuje i potrzebuje ich dziecko” [3]. Jednocześnie, jak wynika z badań, ta izolacja od ludzi, brak zrozumienia potrzeb własnych i innych osób, negatywne relacje w małżeństwie wpływają w istotnym stopniu na niski poziom akceptacji matki przez badane pacjentki. Negatywna, odrzucająca postawa wobec matki, z którą córka identyfikuje się w okresie dorastania szczególnie mocno, prowadzi do ukształtowania się negatywnego obrazu samej siebie jako kobiety i odrzucenia w przyszłości swojej roli jako matki, o czym piszą Weber i Stierlin [9], Mester [3], Borgart i Meermann [17].

Akceptacja ojców przez badane pacjentki łączy się głównie ze spostrzeganymi u nich takimi cechami, jak: wytrwałość, sumiennosc, poczucie obowiązku, odpowiedzialność, opiekuńczość, tolerancja, umiejętność rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem oraz zdolność nawiązywania serdecznych relacji z innymi ludźmi. Im bardziej ojcowie spostrzegani są jako osoby nie dające poczucia bezpieczeństwa, niszczące siebie, impulsywne, nieodpowiedzialne, wrogo nastawione do otoczenia i nie radzące sobie ze stresami, tym mniej akceptowani są przez córki. W literaturze ojcowie pacjentek z anoreksją opisywani są najczęściej jako słabi, pasywni, obcy, nieobecni lub tyranizujący rodzinę, poniżający kobiety [17]. Członkowie rodzin oceniani są jako mało empatyczni, mający trudności w spełnianiu wymagań codziennego życia,

podejmujący działania niedostosowane do sytuacji stresowych, nie prowadzące do wspólnych rozwiązań [13, 18]. Niska akceptacja ojca przez badane pacjentki, jak można przypuszczać, wynika z nieumiejętności nawiązywania przez niego pozytywnych relacji interpersonalnych, kompetentnego rozwiązywania problemów, a w związku z tym niedawania rodzinie poczucia bezpieczeństwa i oparcia.

Badania wykazały, że najmocniej akceptacja siebie łączy się z umiejętnością okazywania troski zarówno o siebie, jak i innych, tolerancją, spójnym systemem wartości, odpornością na stres i odpowiedzialnością. Akceptacja rodziców zależy przede wszystkim od otrzymanej od nich opieki, zrozumienia, wsparcia, akceptacji i zauważenia, którego permanentny „głód” cechuje kobiety z jadłowstrętem psychicznym. Tymczasem w rodzinach z dzieckiem chorym na anoreksję miłość i opieka rozumiana jest jako intensywne troska o egzystencję materialną i zdrowie fizyczne, które tak jak odżywianie i wygląd zewnętrzny staje się najwyższą wartością. Niezaspokojone pozostają potrzeby emocjonalne [9].

Powyższe wyniki wskazują, które cechy osobowości powinny być wzmacniane w pacjentkach z zaburzeniami odżywiania się w procesie terapii, aby mogły mieć do siebie szacunek, zaufanie, akceptować siebie. Mogą stanowić również wskazówki do pracy terapeutycznej z rodzicami, pokazując, które cechy i zachowania rodziców sprzyjają ich akceptacji przez dziecko, a które zachowania tę akceptację uniemożliwiają, przyczyniając się często do odrzucenia ich jako rodziców. To natomiast prowadzi do wzmocnienia symptomów choroby i niezaspokojenia potrzeb emocjonalnych.

Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników sformułowano następujące wnioski:

1. Pacjentki cechuje niski poziom akceptacji siebie i rodziców. W najmniejszym stopniu akceptują ojca, bardziej siebie, a najbardziej matkę.
2. Akceptacja siebie łączy się istotnie z cechami obrazu samej siebie, takimi jak: poczucie odpowiedzialności, autonomia, umiejętność osiągania życiowych celów oraz nawiązywania bliskich więzi z innymi ludźmi.
3. Akceptacja matki łączy się ze spostrzeganymi u niej takimi cechami, jak: opiekuńczość, umiejętność nawiązywania i utrzymywania pozytywnych relacji interpersonalnych, empatii i rozumienia motywów zachowań własnych i innych ludzi.
4. Akceptacja ojca łączy się istotnie ze spostrzeganymi u niego takimi cechami, jak: wytrwałość, pracowitość, opiekuńczość, odpowiedzialność i umiejętność radzenia sobie z zadaniami i problemami oraz nawiązywania bliskich, serdecznych relacji z innymi ludźmi.

Ńřĕřĕöĭđňřöč' ě řĕöĭđňřöč' đřăčňĭĕĕ ěĭřĕřĕč ņ ĭđăĭĕ řĭđĕĕčĕĕ

Ńřăĭđĕřĭĕĭ

Ĉřăřĭĕĭ: Řăĭĭđŭ đřĭňňřăčĕč đřĭđĭă ĭăĭĕ ħřăř+ó ĭđĕňřĭč' ħřăčňĕĕĭňňĕ ěĭĕăó ĭăăňňăĭĭĕ řĕ-öĭđňřöčĕĕ ņ +ĭđňřĕč ĭăăăňňăĭĭĕ ěč+ĭĭňĕ, ř ĭřĕĭĭ řĕöĭđňřöčĕĕ đřăčňĭĕĕ ņ +ăđřăĕĕ..ĕĕ ěč+ĭĭřř ó đřĕčĭĭĕ ņ ĭđăĭĕ řĭđĕĕčĕĕĕ.

Élñia: Čnñéłaiaric' d'đalaiú ó 30 d'řöclñie,éł=łiúú á Ďncóčrñdč=łñeie ečičeł Ęłá. řeřaléčč á ā. Ętaečíl, nñđřarřúčó łđáiñe řiđłeñéłé. Nđłaiče aičđrññ čnñéłaiaríúú đřai' en' 20 aiare. Ání d'řöclñieč áúeč nı nđłaiče iadrčaricłé. Á đřaiñł čnd'ieučiaríú Nłññ d'đčerárnłeúúú ŘNĚ Āiõñř č łłeéadóııř, ř čnñéłaiaríúú člıúúú čřđ'ieı' eč łai nđłöeđřñı, đř činnđöečöčč „ýñı ”, „éı' čřñú nřeř", „éie ĩñł nřeie". Á đłčöeünřł đ'ieó=łiúú nłññaiúó aríúúó eicıı áúei ĩñiadřčenu đłřeúıúe iadrč d'řöclñieč, črnłđč č ĩñöř. Đieřčrnłeč řešłđ'nřöčč đ'ian=čnřıú ĩř ĩñıaricč nđřaiłic' =čnėř d'đčerárnłeúúú đ'icęncáiúú n =čnėie d'đčerárnłeúúú ilárnčaiúú,čnd'ieučaríúú d'řöclñieřeč äe' łöłieč ĩñaleúúú ečö. Čřáčñeėıññč éłčáo đ'ieřčrnłe' eč řešłđ'nřöčč n =łđñřeč đłřeúıñai iadrčř ýñčö ečö đ'ian=čnřıú ĩř ĩñıal eıđđłé' öčč V – Đłřđñıř.

Đłčöeünřñú č áúaiarú: Đieó=łiúú đłčöeünřñú đ'ieřčřeč ĩ=łiúú nñřñčññč=łñeč nóúłññalııúł čřáčñeėıññč éłčáo řıřeččđřaríúúeč čęéłı=čáiúeč č áúeč ĩñıaié äe' öıđeöečđıäeč nēłáočöčö áúaiarú: 1. Đřöclñieč öřđřeñłđčöğññ' ĩčęečö öđıaiłe řešłđ'nřeč eřę náiłe, nřę č đřáčñłełé. Á nřeie eřeie nñłđ'lic řešłđ'něđöğñ ĩñöř,arēłł nřeie nıá', ř ĩřčaiēłł eřñú. 2. Nıanñalııř' řešłđ'nřöč' nıłacı' łññ' nóúłññalııúúe iadrčie n =łđñřeč náiłe eč=ıññč nřęečč eřę: +óanñai ĩñłñññalıııññč, nđ'ñıaiaríññč đłřeččřöčč čöçılııúú čřař=, ĩłřáčñeėıññč, ř nřęełł öéłic' nıčarıč' áečęęečö nā'čłé n čıúeč eřäúeč.

Selbstakzeptieren und Akzeptieren der Eltern durch Frauen mit Anorexia nervosa

Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der Arbeit war die Beschreibung der Abhängigkeit zwischen de, Selbstakzeptieren und den Eigenschaften des Selbstbildes und dem Akzeptieren der Eltern und den Eigenschaften ihrer Bilder in der Perzeption der Patientinnen mit Anorexia nervosa.

Methode: Die untersuchte Gruppe bildeten 30 Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa, die in der Klinik für Psychiatrie in Lublin behandelt wurden. Das Durchschnittsalter der Untersuchten betrug 20 Jahre. Alle Patientinnen hatten eine mittlere Ausbildung.

In der Arbeit wurde der Adjektivtest ACL von Gough und Heilbrunn angewandt, den die untersuchten Frauen dreimal nach der Anweisung ausfüllten: "ich bin", "meine Mutter ist", "mein Vater ist".

Man erhielt ein reales Bild der Patientin, der Mutter und des Vaters. Die Indexe des Akzeptierens wurden berechnet, indem man die Zahl der positiven Adjektive mit der Zahl der negativen Adjektive verglich, die die Patientinnen zur Beurteilung einzelner Personen gebrauchten. Die Abhängigkeiten zwischen den Indexen des Akzeptierens und den Eigenschaften des realen Bildes dieser Personen wurden aufgrund der Korrelation von r-Pearson bestimmt.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Die erzielten Ergebnisse zeigten statistisch bedeutende Abhängigkeiten zwischen den analysierten Variablen und bildeten eine Grundlage für folgende Schlussfolgerungen:

1. Die Patientinnen charakterisiert ein niedriger Level des Selbstakzeptierens und des Akzeptierens ihrer Eltern. Am wenigsten akzeptieren sie ihren Vater, mehr sich selbst und am meisten die Mutter.

2. Das Selbstakzeptieren verbindet sich bedeutend mit den Eigenschaften des eigenen Bildes wie: Verantwortungsgefühl, Autonomie, Realisierung der Lebensziele, Anknüpfen der nahen Bande mit anderen Personen.

3. Das Akzeptieren der Mutter verbindet sich mit dem Wahrnehmen ihrer Eigenschaften wie: Pflege, Anknüpfen und Erhalten der positiven interpersonalen Beziehungen, Empatie und Verstehen der eigenen Verhaltensweise und der Verhaltensweise anderer.

4. Das Akzeptieren des Vaters verbindet sich mit solchen seinen Eigenschaften wie: Ausdauer, Arbeitsamkeit, Pflege, Verantwortlichkeit, Selbsthilfe bei den Aufgaben und Problemen, Anknüpfen der nahen, herzlichen Relationen mit anderen.

L'acceptation de soi-même et l'acceptation des parents des patientes souffrant de l'anorexie nerveuse

Résumé

Objectif: Décrire les relations de l'acceptation de soi-même, des caractéristiques de l'image de soi-même et de l'acceptation des parents et des caractéristiques de leurs images dans la perception des patientes souffrant de l'anorexie nerveuse.

Méthode: Le groupe examiné compte 30 patientes traitées à cause de l'anorexie nerveuse à la Clinique Psychiatrique de Lublin. L'âge moyen des patientes – 20 ans, éducation – école secondaire.

Comme instrument on use le Teste ACL de Gough et Heilbrunn où les patientes répondent aux questions suivantes: «je suis...», «ma mère est...», «mon père est...». Ainsi on obtient l'image réelle de la patiente, de sa mère et de son père. Les indices de l'acceptation ressortent de la comparaison du nombre des adjectifs positifs avec la nombre des adjectifs négatifs usés par les patientes pour définir les membres de leurs familles. La corrélation r-Pearson définit les relations des indices d'acceptation et des caractéristiques de l'image réelle des personnes estimées.

Résultats et Conclusions: Les résultats de ces examens attestent l'existence des relations importantes statistiquement et ils permettent de formuler les conclusions suivantes :

1. Les patientes ont le niveau très bas de l'acceptation de soi-même et de leurs parents. Elles n'acceptent pas leurs pères, elles acceptent un peu plus elles-mêmes et elles acceptent d'une façon très forte leurs mères.

2. Leur acceptation de soi-même se lie avec telles caractéristiques de l'image de soi que: sentiment de la responsabilité, autonomie, talent de réaliser ses objectifs de vie, talent de nouer les relations proches avec les autres.

3. L'acceptation de la mère se lie avec telles caractéristiques de leurs images que : talent de protéger les autres, de nouer des relations interpersonnelles positives et de les soutenir, empathie et compréhension des comportements des autres et d'elles-mêmes.

4. L'acceptation du père se lie avec telles caractéristiques de leurs images que: persévérance, assiduité, sentiment de la responsabilité, talent des résoudre les problèmes, talent de nouer des relations proches avec les autres.

Piśmiennictwo

1. Siek S. *Formowanie osobowości*. Warszawa: ATK; 1986.
2. Yellowlees A. *Working with eating disorders and self-esteem*. Dublin: Springer-Verl.; 1997.
3. Mester H. *Die Anoreksja nervosa*. Heidelberg: Springer-Verl.; 1981.
4. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia obrazu własnego ciała w jadłowstręcie psychicznym*. Psychiatr. Pol. 1997; 31 (4): 397–408.
5. Talarczyk M, Rajewski A. *Poziom samoakceptacji u chorych z jadłowstrętem psychicznym*. Psychiatr. Pol. 2001; 35 (3): 389–398.
6. Rajewski A, Talarczyk-Więckowska M. *Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego*. Psychiatr. Pol. 1996; 30 (5): 881–920.
7. Brakhoff J. *Eâstorungen. Ambulante und stationare Behandlung*. Freiburg: Lambertus; 1985.
8. Blanck B. *Magersucht in der Literatur: Zur Problematik weiblicher Identitätsfindung*. Frankfurt: Psychologie-Verl.-Union; 1984.
9. Weber G, Stierlin H. *Familiendynamik und Familientherapie der Anorexia nervosa-Familie*. Meermann R. Hrsg. *Anorexia Nervosa*. Stuttgart: Schattauer; 1991, s. 108–115.
10. Schlette P, Braendstroem S, Eismann M. *Perceived parental rearing behaviors and temperament and character in healthy adults*. Pers. Ind. Differ. 1998; 24(5): 661–668.
11. Hurlock EB. *Rozwój dziecka*. Warszawa: PWN; 1985.
12. Drwal RŁ. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN; 1995.

13. Iniewicz G, Józefik B, Namysłowska I, Ułasińska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część II*. Psychiatr. Pol. 2002; 34 (1): 65–81.
14. Chuchra M, Pawłowska B, Płotka A. *Obraz siebie i matki w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska 2003; 58(13): 217–222.
15. Pawłowska B, Chuchra M. *Obraz siebie i ojca w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska 2003; 58(13): 428–433.
16. Pawłowska B, Chuchra M. *Obraz siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska 2003; 58(13): 434–438.
17. Borgart EJ, Meermann R. *Stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie*. W: Zielke M, red. *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*, Berlin: Pabst Science Publishers; 2001, s. 275–307.
18. Józefik B, Iniewicz G, Namysłowska I, Ułasińska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część I*. Psychiatr. Pol. 2002; 34 (1): 51–64.

Otrzymano: 26.01.2004

Zrecenzowano: 09.03.2004

Przyjęto do druku: 25.06.2004

Adres: Beata Pawłowska
20-630 Lublin, ul. Żarnowiecka 5/13