

## **Obraz perfekcjonizmu u młodzieży o różnej strukturze i nasileniu gotowości anorektycznej**

### **The image of perfectionism in youth with diverse structure and intensity of anorexia readiness**

Justyna Świerczyńska

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiki i Psychologii,  
Katedra Psychologii

#### **Summary**

**Aim:** The aim of the research is to look for similarities and differences in the dimensions of perfectionism, perceived by the subjects with a diverse structure of anorexia readiness and isolated on the basis of cluster analysis.

**Methods:** As part of the research project, the following research tools were used: the Food Attitude Questionnaire by Ziółkowska and the Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) by Frost et al. translated and developed by Tucholska.

**Result:** In the study of the results of empirical research, cluster analysis based on k-means enabled isolation of 3 clusters (adapted group, egocentric group and anorectic group). Isolated clusters differ in the intensity of features constituting anorexia readiness. Tukey's post hoc analysis showed that at the level of perfectionism dimensions there are no statistical differences between 2nd and 3rd clusters. At the full-dimension level, it showed that Clusters 2 and 3 achieve higher means than cluster 1 in all dimensions of perfectionism.

**Conclusions:** Summarising the results presented in this work, it can be pointed out that: (1) three groups have been distinguished: adapted, egocentric and anorectic; (2) the anorectic group obtained the highest score in all dimensions; (3) the isolated groups do not differ from each other in the structure of perfectionism; (4) the profile of mean scores on the dimensions of perfectionism in all three isolated groups is very similar.

**Słowa kluczowe:** młodzież, perfekcjonizm, syndrom gotowości anorektycznej

**Keywords:** youth, perfectionism, anorexia readiness syndrome

#### **Wstęp**

Współcześnie jadłowstręt psychiczny staje się powszechnym zjawiskiem społecznym. Zaskakujący jest fakt jego eskalacji, a jednocześnie trudny do wyjaśnienia me-

chanizm powstawania u dorastającej młodzieży [1–3]. Ostatnie lata przyniosły postępy w rozumieniu przyczyn powstawania i utrzymywania się jadłowstrętu psychicznego. Wskazuje się, że czynniki genetyczne wpływają na ryzyko jego pojawienia się, czynniki psychospołeczne i interpersonalne mogą zapoczątkować, a zmiany w sieciach neuronowych mogą utrzymywać to zaburzenie [4].

Obserwowany wzrost podatności na występowanie jadłowstrętu psychicznego definiowany jest jako syndrom gotowości anorektycznej (pogotowie anorektyczne, zachowania anorektyczne) [5]. Zrozumienie specyfiki funkcjonowania osób mających wysoki poziom gotowości anorektycznej i dodatkowo wysoki poziom perfekcjonizmu wymaga gruntownych badań. Bardzo istotna jest szybka profilaktyka w takich sytuacjach, gdyż kombinacja wspomnianych czynników może prowadzić do poważnych konsekwencji, jakimi są zaburzenia odżywiania [5].

Zespół objawów nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała bardzo silnie łączy się z potrzebą perfekcjonizmu, wysokimi standardami osobistymi oraz dużą koncentracją na błędach. W niniejszym artykule poszukiwano podobieństw i różnic w wymiarach perfekcjonizmu postrzeganych przez młodzież o różnej strukturze gotowości anorektycznej.

Ziółkowska [5] wyodrębniła i opisała grupę szczególnego ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania. Syndrom gotowości anorektycznej to zespół wskaźników przed wystąpieniem pełnoobjawowej anoreksji dotyczących postaw wobec jedzenia i własnego ciała. Objawy te są łagodniejsze i mniej nasilone niż w anoreksji, a także występują okresowo. W związku z tym nie ma ujętych w klasyfikacji ICD–10 ani DSM–5 kryteriów diagnostycznych [6].

Na użytek niniejszego artykułu przyjęto następującą definicję [5, s. 89-90]: Przez pojęcie syndromu gotowości anorektycznej (SGA) należy rozumieć zespół objawów nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała, uwarunkowany psychologicznie, społecznie i kulturowo.

Z kolei pod pojęciem perfekcjonizmu rozumie się ustawicznie zbyt wysokie standardy wydajności, którym towarzyszy zbyt krytyczna samoocena. Ludzie negatywnie oceniają swoje umiejętności w zakresie spełniania tych błędnie narzuconych sobie wysokich standardów [6–9]. Perfekcjonizm konceptualizowany jest wielowymiarowo [8, 10, 11]. Hewitt i Flett [12] wskazują na trzy rodzaje perfekcjonizmu. Perfekcjonizm zorientowany na siebie odnosi się do stawiania sobie wysokich, nieosiągalnych standardów oraz surowej oceny własnego zachowania. Perfekcjonizm zorientowany na innych oznacza tendencję do wymagania od innych ludzi spełnienia nadmiernie wysokich standardów i do obwiniania ich, gdy takie standardy nie są spełnione. Natomiast perfekcjonizm społeczny odnosi się do przekonania, że to inni mają wysokie oczekiwania i standardy, które dana osoba musi spełnić. Ten rodzaj perfekcjonizmu wiąże się również z potrzebą pozytywnej oceny ze strony innych ludzi [12].

1. Chociaż perfekcjonizm w potocznym rozumieniu często przedstawiany jest pozytywnie i mylony z sumiennością, Flett i Hewitt [8] twierdzą, że nie ma w nim nic pozytywnego ani adaptacyjnego. Inni badacze [11, 13, 14] sugerują,

że perfekcjonizm jest silniej związany z mechanizmami nieprzystosowawczymi, takimi jak zaburzenia nastroju, depresja, stres, lęk. Niezwykle wysoki poziom perfekcjonizmu, szczególnie w dzieciństwie, jest czynnikiem ryzyka niepokoju, zaburzeń depresyjnych i zaburzeń odżywiania [15–17]. Badania [18–22] wskazują, że osoby z rozpoznanymi zaburzeniami odżywiania uzyskują znacznie wyższe wyniki w poszczególnych wymiarach perfekcjonizmu niż osoby w grupie kontrolnej.

### **Cel badań**

Celem badań jest poszukiwanie podobieństw i różnic w wymiarach perfekcjonizmu postrzeganych przez osoby badane o różnej strukturze gotowości anorektycznej i wyodrębnionych na podstawie analizy skupień.

Poszukiwanie związku pomiędzy poziomem i strukturą gotowości anorektycznej a poziomem perfekcjonizmu odbyło się w dwóch etapach: wyodrębnienia grup skrajnych ze względu na nasilenie gotowości anorektycznej oraz wyodrębnienia typów gotowości anorektycznej i odpowiadającego im obrazu perfekcjonizmu.

### **Grupa badana**

Grupa liczyła 345 osób. Uczestnicy zostali dobrani do badań w sposób losowy. Grupa osób badanych była różnorodna ze względu na wiek i płeć. Biorąc pod uwagę płeć, wśród badanych osób znalazło się 198 dziewcząt i 147 chłopców. Badani byli w wieku 12 – 16 lat. Zarówno młodzież, jak i ich rodzice wyrazili zgodę na udział w anonimowych badaniach psychologicznych.

### **Metody**

W ramach realizowanego projektu badawczego zastosowano następujące narzędzia:

- 1) Kwestionariusz do Badania Indywidualnego Stosunku do Jedzenia autorstwa Ziółkowskiej [5], który pozwala na uzyskanie wyników czynnikowych, takich jak zbijanie wagi (ZW), stosunek do jedzenia (SJ), styl wychowania w rodzinie (SW) i postrzeganie własnej atrakcyjności (SA) oraz wynik ogólny syndromu gotowości anorektycznej;
- 2) Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Perfekcjonizmu FMPS autorstwa Frosta i wsp. [7] w tłumaczeniu i opracowaniu Tucholskiej [23, 24]. Kwestionariusz daje wynik ogólny i wyniki czynnikowe: CM – koncentracja na błędach, PS – standardy osobiste, PE – oczekiwania rodziców, PC – krytyka rodziców, D – wątpliwości w działaniu, O – preferencja porządku i organizacji.

W opracowaniu wyników badań empirycznych zastosowano analizę skupień metodą k-średnich.

## Wyniki badań

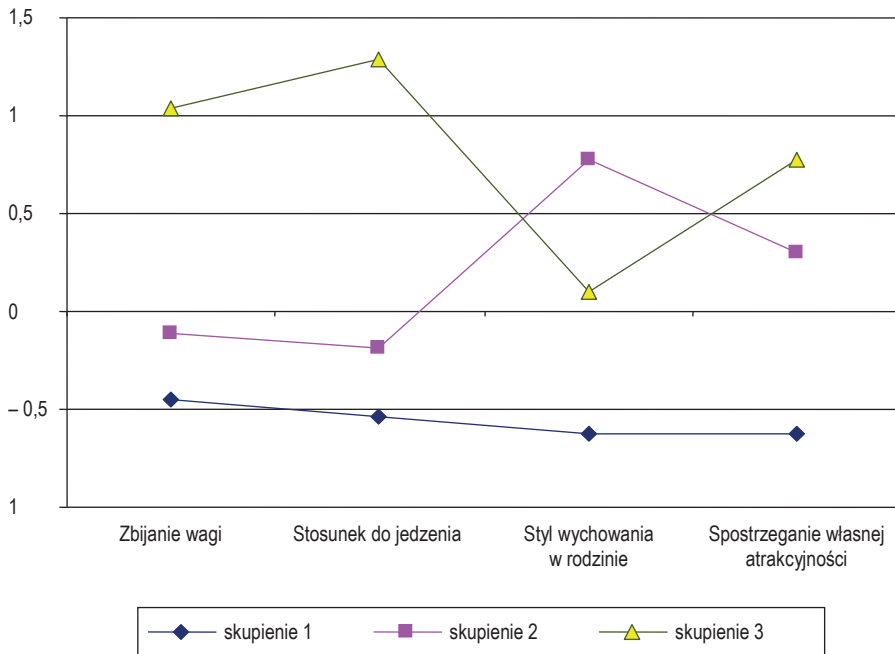
### *Typologia osób badanych ze względu na gotowość anorektyczną*

Pierwszym krokiem w analizie danych było poszukiwanie podobieństw i różnic w wymiarach perfekcjonizmu postrzeganych przez osoby badane o różnej strukturze gotowości anorektycznej i wyodrębnionych na podstawie analizy skupień. Dla całej grupy osób (N=345) przeprowadzono analizę skupień według metody k-średnich. Celem tej analizy było wyodrębnienie grup podobnych do siebie ze względu na badaną zmienną główną zależną: syndrom gotowości anorektycznej, która dzieli się na cztery wymiary: zbijanie wagi, stosunek do jedzenia, styl wychowania w rodzinie, spostrzeganie własnej atrakcyjności.

### *Nasilenie i struktura cech gotowości anorektycznej w wyodrębnionych grupach*

Analiza skupień według metody k-średnich pozwoliła na wyodrębnienie trzech skupień. Średnie każdego skupienia przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Wykres wartości średnich (M) dla skupień wyodrębnionych na podstawie zmiennej gotowości anorektycznej



**Skupienie 1** – grupa przystosowana – brak oznak nieprawidłowości w zakresie zbijania wagi, stosunku do jedzenia, stylu wychowania w rodzinie i spostrzegania własnej atrakcyjności.

- W skupieniu tym znalazły się 153 osoby nieujawniające gotowości anorektycznej. Osoby te w czterech obszarach (zbijanie wagi, stosunek do jedzenia, styl wychowania w rodzinie, spostrzeganie własnej atrakcyjności) osiągnęły podobne wyniki – na poziomie niskim.

**Skupienie 2** – grupa egocentryczna – z oznakami nieprawidłowości w zakresie stylu wychowania w rodzinie i z podwyższonym poziomem spostrzegania własnej atrakcyjności.

- W skupieniu tym znalazło się 112 osób – wszystkie uzyskały wyższą średnią w syndromie gotowości anorektycznej w dwóch obszarach: styl wychowania w rodzinie i spostrzeganie własnej fizyczności. Okazuje się, że te właśnie obszary miały największe znaczenie w budowaniu indywidualnego stosunku do jedzenia. Osoby, które znalazły się w tej grupie osiągnęły również niski lub bardzo niski poziom w wymiarach stosunku do jedzenia i zbijania wagi, co oznacza, że mają one niewielkie znaczenie w odniesieniu do kreowania własnego wizerunku.

**Skupienie 3** – grupa anorektyczna – z oznakami nieprawidłowości w zakresie zbijania wagi, stosunku do jedzenia, spostrzegania własnej atrakcyjności i z obniżonym wpływem stylu wychowania w rodzinie.

- W skupieniu tym znalazło się 80 osób, które osiągnęły wysoki lub bardzo wysoki poziom w skali zbijania wagi, stosunku do jedzenia i spostrzegania własnej atrakcyjności. Jedynie w obszarze stylu wychowania w rodzinie uczestnicy osiągnęli zdecydowanie niższe wyniki. Prezentowane wysokie interakcje czynników mogą hipotetycznie determinować ekspresję zachowań anorektycznych, będących wskaźnikiem nienaturalnego stosunku do jedzenia, własnego ciała oraz zaburzeń w sferze odczuwania i realizowania potrzeby pokarmowej. Osoby badane prezentują jednocześnie tendencje do wzmoczonej krytyki własnej fizyczności i przecenienia roli wyglądu fizycznego w codziennym życiu [5]. Następnie przeprowadzono analizę wariancji pozwalającą na ocenę istotności różnic pod względem porównywanych wymiarów pomiędzy wyodrębnionymi skupieniami. Wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) oraz różnice pomiędzy grupami wyodrębnionych skupień w czynnikach syndromu gotowości anorektycznej

| Czynniki syndromu gotowości anorektycznej | Skupienie 1<br>N=153 |      | Skupienie 2<br>N=112 |      | Skupienie 3<br>N=80 |      | F      | p     | Post hoc      |
|---|----------------------|------|----------------------|------|---------------------|------|--------|-------|---------------|
|   | M                    | SD   | M                    | SD   | M                   | SD   |        |       |               |
| Zbijanie wagi                             | 0,52                 | 0,68 | 0,85                 | 0,75 | 1,96                | 1,00 | 89,78  | 0,000 | 1:2; 1:3; 2:3 |
| Stosunek do jedzenia                      | 0,40                 | 0,52 | 0,69                 | 0,59 | 1,92                | 0,69 | 186,11 | 0,000 | 1:2; 1:3; 2:3 |
| Styl wychowania w rodzinie                | 0,88                 | 0,57 | 2,02                 | 0,54 | 1,46                | 0,89 | 102,01 | 0,000 | 1:2; 1:3; 2:3 |

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

|                                     |      |      |      |      |       |      |        |       |               |
|-------------------------------------|------|------|------|------|-------|------|--------|-------|---------------|
| Spostrzeganie własnej atrakcyjności | 3,14 | 1,33 | 4,74 | 1,45 | 5,57  | 1,48 | 89,69  | 0,000 | 1:2; 1:3; 2:3 |
| Wynik ogólny GA                     | 4,94 | 1,55 | 8,29 | 1,52 | 10,93 | 2,22 | 339,63 | 0,000 | 1:2; 1:3; 2:3 |

Analiza wariancji pokazuje, że różnice dla pięciu wymiarów dotyczących zachowań anorektycznych są statystycznie istotne na poziomie  $p < 0,001$ . Jak wskazują wykres 1 i tabela 1, wyodrębnione skupienia różnią się nasileniem cech stanowiących gotowość anorektyczną. Struktura grupy anorektycznej związana jest z większym nasileniem wyników w wymiarach zbijania wagi, stosunku do jedzenia, spostrzegania własnej atrakcyjności oraz z wysokim wynikiem ogólnym. Grupa egocentryczna charakteryzuje się największym nasileniem wymiaru stylu wychowania w rodzinie oraz podwyższonym spostrzeganiem własnej atrakcyjności. Niższe nasilenie wyników w wymiarze zbijania wagi i stosunku do jedzenia występują w skupieniu 1 i 2. Ponadto grupa przystosowana charakteryzuje się niskim nasileniem wymiarów stylu wychowania w rodzinie i spostrzegania własnej atrakcyjności.

*Obraz perfekcjonizmu u osób zróżnicowanych ze względu na poziom gotowości anorektycznej*

Analiza statystyczna dokonana została przy zastosowaniu analizy wariancji ANOVA z testem *post hoc* Tukeya. Na poziomie pełnych wymiarów wykazała, że skupienie 2 i 3 uzyskują wyższe średnie we wszystkich wymiarach perfekcjonizmu niż skupienie 1. W wymiarze preferencji organizacji i porządku wyniki wszystkich skupień są bardzo podobne. Wynik testu wyniósł  $F=0,333$  i nie odnotowano różnicy statystycznej ( $p=0,717$ ). Wyniki zobrazowane są w tabeli 2.

Tabela 2. **Wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) oraz różnice pomiędzy grupami wyodrębnionych skupień w czynnikach perfekcjonizmu**

| Czynniki perfekcjonizmu                | Skupienie 1<br>N=153 |      | Skupienie 2<br>N=112 |      | Skupienie 3<br>N=80 |      | F     | p     | Post hoc |
|--|----------------------|------|----------------------|------|---------------------|------|-------|-------|----------|
|  | M                    | SD   | M                    | SD   | M                   | SD   |       |       |          |
| CM – koncentracja na błędach           | 20,76                | 6,03 | 25,81                | 7,48 | 26,34               | 7,80 | 24,61 | 0,000 | 1:2; 1:3 |
| PS – standardy osobiste                | 22,97                | 5,18 | 24,79                | 4,87 | 23,95               | 4,83 | 4,30  | 0,014 | 1:2      |
| PE – oczekiwania rodziców              | 14,55                | 3,91 | 16,26                | 3,84 | 15,70               | 4,11 | 6,47  | 0,002 | 1:2      |
| PC – krytyka rodziców                  | 6,58                 | 2,54 | 9,17                 | 3,90 | 9,02                | 4,19 | 22,96 | 0,000 | 1:2; 1:3 |
| D – wątpliwości w działaniu            | 10,92                | 3,15 | 12,65                | 3,11 | 12,88               | 3,31 | 14,26 | 0,000 | 1:2; 1:3 |
| O – preferencja porządku i organizacji | 23,44                | 4,03 | 23,52                | 4,12 | 23,08               | 3,23 | 0,33  | 0,717 | -        |

Analiza *post hoc* testem Tukeya wykazała, że na poziomie wymiarów perfekcjonizmu nie istnieją statystyczne różnice między 2 a 3 skupieniem. Porównując wyniki średnie (M) i odchylenia standardowe (SD), można zauważyć, że skupienie

numer 2 i 3 mają bardzo podobną strukturę i nasilenie poszczególnych wymiarów perfekcjonizmu.

W grupie przystosowanej, gdzie nie zauważa się nieprawidłowości zachowań związanych ze skłonnością do anoreksji, również wyniki dotyczące perfekcjonizmu są zdecydowanie niższe niż w pozostałych dwóch grupach. Osoby, które nie są predysponowane do wystąpienia zaburzeń odżywiania, kładą największy nacisk na preferencję porządku i organizacji oraz na standardy osobiste. Krytyka rodziców nie ma dla nich znaczenia, osoby te dążą do rozwoju osobistego, poszerzają swoje możliwości i podwyższają standardy. W tej grupie znacznie niższe wyniki występują w wymiarze koncentracji na błędach.

W analizie statystycznej badań można zauważyć, że grupa egocentryczna i anorektyczna mają bardzo podobny rozkład wyników mówiących o nasileniu wymiarów perfekcjonizmu, nie występują tu znaczące różnice. Największe nasilenie występuje w wymiarach koncentracji na błędach, standardów osobistych oraz preferencji porządku i organizacji. Natomiast najniższy wynik występuje w skali krytyki rodziców.

## Dyskusja

W literaturze przedmiotu [10, 19, 20, 22] wielokrotnie podkreśla się wpływ perfekcjonizmu na występowanie zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym również zaburzeń odżywiania u młodzieży. Często dane te dotyczą niewłaściwych postaw rodziców wyrażających się w nadmiernych oczekiwaniach i w krytyce wobec dziecka, co przyczynia się do powstania zaburzeń łaknienia. W Polsce badania dotyczące syndromu gotowości anorektycznej i perfekcjonizmu są nieliczne a uzyskiwane rezultaty są niespójne [6].

Bruch (1978) był jednym z pierwszych autorów, którzy opisali pacjentów z zaburzeniami odżywiania jako perfekcyjnych, koncentrujących się na własnej wartości i zwracających uwagę na ocenę innych osób [za: 25].

Jak podaje Gałła [26], rozwinięta w dzieciństwie lub w okresie dorastania potrzeba perfekcjonizmu staje się czynnikiem ryzyka utrwalającym jadłowstręt psychiczny w dorosłości. Nieadekwatne (podwyższone) poczucie własnej wartości, mające swoje źródło w możliwości kontroli i rzekomym zbliżaniu się do ideału, jest istotne w dążeniu do podtrzymania postaw perfekcjonistycznych. Również powtarzanie specyficznych aktywności, takich jak przyjmowanie środków przeczyszczających czy ćwiczenia fizyczne, wpływa na umacnianie postawy perfekcjonistycznej, wzmacnia syndrom gotowości anorektycznej, a co za tym idzie – staje się czynnikiem utrwalającym zaburzenia odżywiania.

Szczególne zagrożenie niesie za sobą okres adolescencji. Na tym etapie uwaga skoncentrowana jest przede wszystkim na wyglądzie zewnętrznym, człowiek poznaje siebie poprzez pryzmat otaczających go spojrzeń – tak jak postrzega go społeczeństwo, tak też postrzega on siebie. Jest to okres, w którym jednostka podatna jest na wpływ środowiska wychowawczego, co wynika z jej większej wrażliwości w tym czasie. Stanowi to duże ryzyko zapadnięcia na anoreksję nie tylko przez osoby mające trudności z przystosowaniem się do społeczeństwa, ale też, a może przede wszystkim przez jednostki, które przekroczyły już granice społecznie wykreowanego ideału i są w swoim rozwoju dalej niż otaczająca je grupa osób, gdzie nie mogą jednak znaleźć akceptacji. Stąd anoreksja może dotknąć te osoby, które wcześniej niż rówieśnicy osiągnęły dojrzałość biologiczną.

W badaniach przedstawionych w niniejszym artykule grupa osób ze skupienia 2 to uczniowie, którzy postrzegają swoich rodziców jako bardziej krytycznych i wymagających. Szczególnie dotyczy to postawy nadmiernie krytykującej i nieakceptującej wykonywanych przez dziecko zadań. Może się to ujawniać w sposobie kreowania przez dziecko swojego wizerunku, jak również w odniesieniu do jego fizyczności. Jeżeli do dziecka docierają przeważnie negatywne komunikaty w formie krytyki, wówczas formułuje ono swój obraz jako osoby niepotrafiącej stawiać czoła problemom i niezasługującej na sukces, co nieuchronnie prowadzi do podwyższenia wskaźnika gotowości anorektycznej [27].

Przedstawione powyżej wyniki nie są spójne z badaniami Minarik i Ahrensa [28], którzy wykazali, że oczekiwania i krytyka rodziców nie wiążą się z występowaniem zaburzeń odżywiania u ich dzieci. Natomiast według Shafrana i wsp. [9] u osób z zaburzeniami odżywiania perfekcjonizm można interpretować następująco: „samoocena zależy od ciągłego dążenia do spełnienia wysoko rozumianych norm i standardów narzuconych przez daną osobę np. w dziedzinie odchudzania, a to powoduje zaburzenie”. Autorzy sugerują, że jest to rdzeń psychopatologii.

Inni autorzy, np. Stieger i wsp. [29]; Thompson i wsp. podają, że środowisko rodzinne ma bardzo duży wpływ na powstawanie zaburzeń jedzenia, szczególnie dotyczy to wymiarów perfekcjonizmu, takich jak oczekiwania rodzicielskie czy krytyka rodziców. Inne wymiary perfekcjonizmu, niezwiązane z czynnikami rodzinnymi, takie jak koncentracja na błędach czy wysokie standardy osobiste, również mogą odnosić się do zaburzeń odżywiania [28].

Ponadto badania Clarka i Cokera [30] wskazują na zależność pomiędzy nieadaptacyjnym perfekcjonizmem matki i samokrytyką dziecka, a także pomiędzy nieadaptacyjnym perfekcjonizmem dziecka i samokrytyką matki. Zależność ta wystąpiła u dziewcząt, natomiast u chłopców nie. Matki, które charakteryzowały się wysokim nieadaptacyjnym perfekcjonizmem, były znacznie bardziej krytyczne wobec swoich dzieci niż matki z mniejszym natężeniem tej cechy. Osoby z wyższym poziomem nieadaptacyjnego perfekcjonizmu miały matki, które były bardziej krytyczne wobec swojego dziecka i miały wyższy poziom samokrytyki. Co ciekawe, matki osób charakteryzujących się zarówno wysokim, jak i niskim natężeniem dysfunkcyjnego perfekcjonizmu kierowały w stronę dzieci podobną ilość pozytywnych komentarzy. Wniosek jest taki, że dzieci z wysokim poziomem dysfunkcyjnego perfekcjonizmu mogą mieć tendencję do uwewnętrzniania krytycznej, a nie pozytywnej postawy rodzicielskiej. Negatywne uwagi matek są odbierane przez dziecko osobiście i mają większe znaczenie niż pochwały. Badania wskazują, że nie ma żadnego związku między nieadaptacyjnym perfekcjonizmem matki i dziecka, natomiast ogromne znaczenie ma krytyka matki, a im wyższa jest jej samokrytyka, tym bardziej kluczowe znaczenie ma ona w interakcji z dzieckiem.

Dodatkowo badania Frost i wsp. [31] wskazują, że istnieje pozytywna współzależność pomiędzy perfekcjonizmem córek i matek. Matki, które postrzegały własnych rodziców jako posiadających bardzo wysokie wymagania i oczekiwania wobec nich, były zbyt krytyczne wobec swoich córek. Z kolei matki z wysokim poziomem perfekcjonizmu miały córki, które koncentrowały się na błędach i postrzegały oczekiwania rodziców jako wyższe. Badania pokazały również, że wysoki perfekcjonizm córek nie



koreluje z wysokim perfekcjonizmem ojca. Jedynie osobiste standardy ojca korelowały z osobistymi standardami córek i wyższym poziomem organizacji. Wniosek stąd taki, że ojcowie z wysokimi standardami osobistymi posiadali córki z podobnymi standardami i wyższym poziomem organizacji. Badania potwierdziły też, że perfekcjonizm matek jest związany z perfekcjonizmem córek. Ponadto wykazano, że koncentracja na błędach, osobiste standardy i oczekiwania rodziców korelowały z ogólnym poziomem perfekcjonizmu córek. Natomiast koncentracja na błędach i oczekiwania rodziców w badaniu córek korelowały z ogólnym perfekcjonizmem, koncentracją na błędach i osobistymi standardami matek. I dalej: krytyka rodziców u córek korelowała z oczekiwaniami rodziców u matek, zaś krytyczne nastawienie rodziców związane było także z ich surowością – zarówno u matek jak i u ojców. Koncentracja na błędach z kolei współwystępowała z surowością ojców wobec córek i matek. Ta ostatnia cecha u ojców powiązana była również z wątpliwościami w działaniu, standardami osobistymi i organizacją u córek.

Kawamura i wsp. [32] wykazali zależności między stylem wychowania rodziców a perfekcjonizmem występującym u dzieci. Badania prowadzone były w różnych grupach etnicznych. Wyniki wskazują, że związek między cechami rodziców a perfekcjonizmem u dzieci w odniesieniu do płci/w podziale na mężczyzn i kobiety jest zależny od grupy etnicznej. Amerykanie kaukascy nie wykazują istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w nawiązaniu do cech rodziców i perfekcjonizmu u dzieci. Natomiast w grupie Amerykanów azjatyckich istnieją zależności pomiędzy surowością ojca, krytycznym nastawieniem rodziców i koncentracją na błędach a wątpliwościami w podejmowaniu decyzji u ich dzieci. W badaniach tych stwierdzono również, że postrzeganie swoich rodziców jako autorytarnych i surowych jest związane z wyższym poziomem koncentracji na błędach oraz z wątpliwościami dotyczącymi podejmowanych działań, ale nie ze standardami osobistymi. Koncentracja na błędach i wątpliwości w podejmowaniu działania odzwierciedlają nieadaptacyjny perfekcjonizm, charakteryzujący się samokrytyką, zwątpieniem oraz obawą przed niespełnieniem własnych oczekiwań. Natomiast wymiar perfekcjonizmu standardy osobiste rozumiany jest jako perfekcjonizm adaptacyjny, dzięki któremu człowiek dąży do osiągnięć.

W badaniach własnych wykazano, że uczniowie z grupy anorektycznej zdecydowanie bardziej koncentrują się na sposobie kreowania własnego wizerunku. Przywiązują większą wagę do fizyczności i własnych błędów, nadmiernie skupiają się na porażkach oraz podnoszą swoje standardy osobiste.

Wyniki niniejszych badań korespondują z opublikowanymi przez Cockell i wsp. [18], którzy stwierdzili, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania prezentują się jako osoby idealne i niechętnie ujawniają swoje niedoskonałości. Również Bastiani i wsp. [33] wykazali, że pacjenci z zaburzeniami jedzenia charakteryzują się wyższym poziomem narzucanego sobie perfekcjonizmu.

W przeglądzie badań dotyczących perfekcjonizmu i zaburzeń odżywiania podobne wyniki jak w powyższe uzyskali Bardone-Cone i wsp. [34]. Prowadzili oni badania wśród osób, które poradziły sobie z zaburzeniami jedzenia, jak też wśród uczestników z grupy kontrolnej. Autorzy wykazali, że perfekcjonizm jest zdecydowanie wyższy w grupie badanej niż w grupie kontrolnej. W badaniach tych dowiedziono również, że wyleczenie jadłowstrętu psychicznego nie towarzyszy zmniejszeniu perfekcjonizmu.

Ponadto stwierdzono, że perfekcjonizm nie jest związany z aktywną fazą choroby i że może stanowić czynnik ryzyka dla zaburzeń odżywiania. Autorzy podkreślają, że perfekcjonizm może pozostawiać również długoterminowe „blizny” u osób, które poradziły sobie z zaburzeniami odżywiania. Podsumowując wyniki uzyskane w powyższych badaniach, należy stwierdzić, że perfekcjonizm jest negatywnym czynnikiem prognostycznym w powstawaniu zaburzeń odżywiania.

Stoeber i wsp. [35] przeprowadzili badania, których celem było znalezienie powiązań pomiędzy perfekcjonizmem a cechami osobowości. Wyniki pokazały, że perfekcjonizm zorientowany na „ja” koreluje dodatnio z sumiennością. Także neurotyzm koreluje dodatnio z perfekcjonizmem, tylko nie z tym zorientowanym na siebie, a społecznie. Można więc stwierdzić, że wysoka sumiennosc oraz wysoki neurotyzm u danej osoby jako cechy osobowości mają znaczący wpływ na rozwój perfekcjonizmu.

Flett i Hewitt [8] wskazują, że oprócz czynników zewnętrznych, takich jak np. styl wychowania rodziców i presja środowiska, również temperament człowieka odgrywa istotną rolę w rozwoju i kształtowaniu się perfekcjonizmu.

Podsumowując powyższe rozważania, należy zauważyć, że w literaturze przedmiotu występują rozbieżności. Autorzy badań przedstawiają różne, niezależne stanowiska dotyczące wpływu czynników sprzyjających rozwojowi zaburzeń odżywiania.

Trudno porównać rezultaty przeprowadzonych wśród uczniów badań dotyczących m.in. struktury i nasilenia perfekcjonizmu w grupie z niskimi i wysokimi wynikami w gotowości anorektycznej, ponieważ aktualne dane w literaturze przedmiotu z tego zakresu są znikome.

## Wnioski

Podsumowując wyniki przedstawione w niniejszym artykule, można wskazać, iż: (1) wyodrębniono trzy grupy: przystosowana, egocentryczna i anorektyczna; (2) najwyższe wyniki we wszystkich wymiarach uzyskała grupa anorektyczna; (3) wyodrębnione grupy nie różnią się strukturą perfekcjonizmu; (4) profil wyników średnich dotyczących wymiarów perfekcjonizmu we wszystkich trzech grupach jest bardzo podobny.

Reasumując, można powiedzieć, że jedną z zalet autorskiego programu badawczego jest podjęcie tematu syndromu gotowości anorektycznej i perfekcjonizmu – mało opracowanego w piśmiennictwie psychologicznym. Ponadto badaniami objęte zostały osoby, u których nie zdiagnozowano choroby, ale wskazano na różny poziom cech gotowości anorektycznej. Problem syndromu gotowości anorektycznej i nasilenia oraz struktury perfekcjonizmu u młodzieży jest nadal otwarty i wymaga dalszej eksploracji. Bardzo ciekawe byłoby porównanie wyników grupy kontrolnej z grupą kliniczną osób chorych na anoreksję.

## Piśmiennictwo

1. Weiselberg E, Gonzalez M, Fisher M. *Eating disorders in the twenty-first century*. Minerva Ginecol. 2011; 63(6): 531–545.

2. Bomba J, Józefik B. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003.
3. Tylec A, Olajossy M, Dubas-Ślemp H, Spychalska K. *Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne. Opis przypadku*. Psychiatria Polska. 2013; 47(3): 531–539.
4. Peterson K, Fuller R. *Anorexia nervosa in adolescents*. Nursing. 2019; 49(10): 24–30.
5. Ziółkowska B. *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001.
6. Jaros K, Osza U. *Umiejscowienie poczucia kontroli u dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej*. Psychiatria Polska. 2014; 48(3): 441–451.
7. Frost RO, Marten PA. *Perfectionism and evaluative threat*. Cognitive Therapy and Research. 1990; 14: 559–572.
8. Flett GL, Hewitt PL. *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
9. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. *Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis*. Behaviour Research and Therapy. 2002; 40: 773–791.
10. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. *The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis*. Journal of Clinical Psychology. 2016; 73(10): 1301–1326.
11. Vaillancourt T, Haltigan JD. *Joint trajectories of depression and perfectionism across adolescence and childhood risk factors*. Development and Psychopathology. 2017; 30(2): 461–477.
12. Hewitt PL, Flett GL. *Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology*. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 60: 456–470.
13. Bieling PJ, Israeli AL, Antony MM. *Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct*. Personality and Individual Differences. 2004; 36(6): 1373–1385.
14. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI. *A comparison of two measures of perfectionism*. Personality and Individual Differences. 1993; 14(1): 119–126.
15. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. *The relation between eating disorders and components of perfectionism*. The American Journal of Psychiatry. 2003; 160: 366–368.
16. Flett GL, Hewitt PL, Besser A, Su C, Villancourt T, Boucher D i wsp. *The child-adolescent perfectionism scale: Development, psychometric properties, and associations with stress, distress and psychiatric symptoms*. Journal of Psychoeducational Assessment. 2016; 34: 634–652.
17. Norris SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. *Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis*. International Journal of Eating Disorders. 2019; 52(3): 219–229. 1–11.
18. Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner EM, Flett GL i wsp. *Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa*. Cognitive Therapy and Research. 2002; 26(6): 745–758.
19. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M i wsp. *Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior*. American Journal of Psychiatry. 2000; 157(11): 1799–1805.
20. Lilienfeld L, Stein D, Bulik C, Strober M, Plotnicov K, Pollice C i wsp. *Personality traits among current eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women*. Psychological Medicine. 2000; 30(6): 1399–1410.
21. Moor S, Vartanian LR, Touyz SW, Beumont P. *Psychopathology of EDNOS patients: Towhom do they compare?* Clinical Psychologist. 2004; 8(2): 70–75.

22. Sassaroli S, Lauro LJR, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. *Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders*. Behaviour Research Therapy. 2008; 46(6): 757–765.
23. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Perfekcjonizmu FMPS – wersja nieopublikowana, tłum. i oprac. Tucholska S; 2010.
24. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. *The dimensions of perfectionism*. Cognitive Therapy and Research. 1990; 14: 449–468.
25. McGee BJ, Hewitt PL, Sherry SB, Parkin M, Flett GL. *Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms*. Body Image. 2005; 2: 29–40.
26. Gała B. *Potrzeba perfekcjonizmu jako źródło i czynnik utrwalający Anorexia Nervosa*. W: Ziółkowska B. red. *Opętanie (nie) jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
27. Śliwińska K, Limont W, Deresz J. *Perfekcjonizm a osiągnięcia szkolne uczniów zdolnych*. W: Limont W, Cieślakowska J, Deresz J. *Zdolności. Talent. Twórczość*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2008.
28. Minarik ML, Ahrens AH. *Relations of Eating Behavior and Symptoms of Depression and Anxiety to the Dimensions of Perfectionism Among Undergraduate Women*. Cognitive Therapy and Research. 1996; 20(2): 155–169.
29. Stieger H, Leung FY, Puentes-Neuman G, Gottheil N. *Psychosocial profiles of adolescent girls with varying degrees of eating and mood disturbances*. International Journal of Eating Disorders. 1992; 11: 121–131.
30. Clark S, Coker S. *Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children*. Personality and Individual Differences. 2009; 47(4): 321–325.
31. Frost RO, Lahart CM, Rosenblate R. *The development of perfectionism: a study of daughters and their parents*. Cognitive Therapy and Research. 1991; 15(6): 469–489.
32. Kawamura KY, Frost RO, Harmatz MG. *The relationship of perceived parenting styles to perfectionism*. Personality and Individual Differences. 2002; 32(2): 317–327.
33. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. *Perfectionism in anorexia nervosa*. International Journal of Eating Disorders. 1995; 17: 147–152.
34. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S i wsp. *Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions*. Clinical Psychology Review. 2007; 27: 384–405.
35. Stoeber J, Otto K, Dalbert C. *Perfectionism and the Big Five: Conscientiousness predicts longitudinal increases in self-oriented perfectionism*. Personality and Individual Differences. 2009; 47(4): 363–368.

Adres: Justyna Świerczyńska  
Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Katedra Psychologii  
25-029 Kielce, ul. Krakowska 11  
e-mail: j\_swierczynska@wp.pl

Otrzymano: 29.02.2020  
Zrecenzowano: 9.09.2020  
Otrzymano po poprawie: 3.11.2020  
Przyjęto do druku: 15.11.2020