

**Percepcja postaw rodzicielskich a poziom samooceny
dziewcząt z anoreksją psychiczną**
**Perception of parental attitudes and the level of female adolescents'
self-esteem affected with anorexia nervosa**

Bogumiła Witkowska

Instytut Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
Dyrektor Instytutu: prof. dr. hab. A. Bugaj

Summary

Aim. The article's aim is to look for correlation between a parent - child relationship and the level of self-esteem in the perception of girls affected with anorexia nervosa (who meet the criteria of DSM-IV-TR). The differences in the perception of parental attitudes (of mothers and fathers) and self-esteem of girls suffering from anorexia nervosa and their healthy peers were also analyzed.

Method. Two equally numbered groups of girls: the clinical group (30 persons affected with anorexia nervosa) and control group (30 healthy girls) in the 15-20 age range were examined. Two tests were applied: Parent-Child Relations Questionnaire (PCR) A. Roe and M. Siegelman in the authorized translation by W. S. Kowalski to investigate characteristic behavior of parents of small children as perceived by youth or adults and a Questionnaire „What are you like?” by P. Sears in adaptation of J. Kostrzewski, which is used to study self-esteem.

Results and conclusions. The results confirmed the expected relationship between perception of parental attitudes and the level of self-esteem of girls affected with anorexia nervosa. Parental attitudes characterized by love and protection promote higher self-esteem of their daughters and the experience of higher demands and rejection by both parents lowers their self-esteem. The comparison of average attitudes of mothers and fathers in perception of their daughters diagnosed with anorexia nervosa did not confirm significant statistical differences. Comparison of maternal attitudes in the perception of their daughters from the group affected by anorexia and the healthy group revealed significant differences in full range of attitudes. The differences in perception of the attitudes of their fathers were statistically substantial regarding the attitudes concerning love and rejection. Self-esteem of persons treated for anorexia is significantly lower than of their healthy peers.

Słowa kluczowe: anoreksja psychiczna, postawy rodzicielskie, samoocena

Key words: anorexia nervosa, parental attitudes, self-esteem

Wstęp

Anoreksja jest złożoną jednostką chorobową, w której czynniki biologiczne splatają się z psychologicznymi i społeczno-kulturowymi. W ciągu ostatnich lat w Polsce obserwuje się niesłabnący wzrost zachorowań na anoreksję w grupie dziewcząt wchodzących w okres adolescencji. Przyjmuje się, że rozpowszechnienie anoreksji psychicznej

u osób dorosłych mieści się w przedziale 0,2%–0,8% [1]. Zaburzenia odżywiania się związane są z głębokimi zaburzeniami emocjonalnymi oraz poważnymi konsekwencjami w zakresie zdrowia somatycznego. Myślenie i zachowania osób z anoreksją są obsesyjnie skoncentrowane na obniżaniu masy własnego ciała.

Analiza literatury przedmiotu pokazuje, że oprócz czynników biologicznych i indywidualnych predysponujących do wystąpienia anoreksji znaczącą rolę mogą odgrywać również czynniki kulturowe i rodzinne.

Badania potwierdzają istotny udział czynników kulturowych w występowaniu tego zaburzenia [2, 3]. Kolorowe czasopisma, billboardy, programy telewizyjne propagujące modę mają wpływ na podejmowanie przez młode dziewczęta rygorystycznych diet, aby zbliżyć wygląd swojego ciała do wizerunku wychudzonych modelek. Dla niektórych z nich restrykcyjna dieta i wyczerpujące ćwiczenia fizyczne są pułapką rozpoczynającą wyniszczającą chorobę.

Etiopatogeneza anoreksji jest wieloczynnikowa. Liczne badania potwierdzają istotne znaczenie relacji rodzinnych w rozwoju tego zaburzenia. Wśród czynników rodzinnych sprzyjających ujawnieniu się anoreksji wymienia się nieprawidłowe relacje pomiędzy rodzicami oraz między każdym z rodziców a osobą chorą, sztywność relacji, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów w rodzinie, a także nadmierne uzależnienie – utrudniające uzyskiwanie autonomii przez pacjentkę [4]. Sposób sprawowania funkcji wychowawczych pełnionych przez rodziców, prezentowane postawy rodzicielskie w znacznym stopniu przyczyniają się do prawidłowego rozwoju dziecka. Oddziaływania wychowawcze rodziców, ich akceptacja i wsparcie emocjonalne udzielane dziecku, tworzenie klimatu bezpieczeństwa i zaufania w rodzinie sprzyjają prawidłowemu rozwojowi osobowości dziecka.

Wyniki licznych badań pokazują, że postawy, jakie oboje rodzice przejawiają wobec swoich potomków, mają trwałe konsekwencje dla funkcjonowania dzieci nie tylko w dzieciństwie, ale też w okresie adolescencji i życiu dorosłym. W środowisku rodzinnym, przede wszystkim w relacjach z osobami znaczącymi kształtuje się samoocena. Dziecko, które jest otaczane miłością, akceptacją, któremu poświęcany jest czas i uwaga, ale bez nadmiernej opiekuńczości, a z zachęcaniem do rozwijania własnej niezależności, ma możliwość budowania akceptacji siebie i swojego ciała, rozwijania zaufania do siebie i własnych możliwości, a także uczenia się otwartości na potrzeby innych ludzi. Prawidłowe postawy rodzicielskie stwarzają odpowiednie warunki do intelektualnego, emocjonalnego i społecznego rozwoju dziecka [5]. Błędy wychowawcze dotyczą zwykle braku umiejętności w utrzymywaniu odpowiedniego dystansu pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Nadmierny dystans przejawia się w agresywnych reakcjach, jak także w unikaniu kontaktu z dzieckiem. Natomiast zbyt duża koncentracja na dziecku charakteryzuje się nadmierną bliskością, tendencją do wyręczania go w czynnościach, które powinno realizować samodzielnie [5]. Nadmierne skupienie się na dziecku może znacząco utrudniać kształtowanie adekwatnej samooceny, opóźniać jego dojrzałość emocjonalną i społeczną. Wygórowane wymagania, nadmierne aspiracje rodziców wobec dziecka, często powodują utratę wiary we własne możliwości, lęklivość, przewrażliwienie, niepewność w kontaktach interpersonalnych. Zbyt silne więzi rodzinne dziewczynki wchodzącej w okres adolescencji mogą znacząco utrudniać

jej proces separowania się od rodziców i wręcz uniemożliwiać nabywanie własnej niezależności [6]. Z literatury wynika, że wiele rodzin z osobą chorą na anoreksję charakteryzuje się silnymi więziami i tendencjami dośrodkowymi. Świat zewnętrzny spostrzegany jest jako wrogi i zagrażający, co nasila nadopiekuńczość, utrudniając osiągnięcie niezależności.

Anoreksja przez niektórych autorów jest rozumiana jako zaburzenie dające poczucie autonomii dziecku w dysfunkcyjnej rodzinie. Zachowania dziecka i jego zdrowe funkcjonowanie nie zależą wyłącznie od postaw rodziców. Sposób spostrzegania świata i umiejętność skutecznego działania w nim są też uwarunkowane wpływami środowiskowymi spoza rodziny oraz własną indywidualnością dziecka.

W literaturze jest stosunkowo niewiele badań empirycznych rozstrzygających znaczenie czynnika rodzinnego w etiopatogenezie anoreksji. Prezentowane w artykule badania wpisują się w ten nurt.

Uwzględniając dane z literatury przedmiotu sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest związek pomiędzy percepcją postaw rodzicielskich a poziomem samooceny osób leczonych z powodu anoreksji?
2. Jakie są różnice w zakresie percepcji postaw rodzicielskich (matek i ojców) oraz samooceny dziewcząt chorujących z powodu anoreksji oraz ich zdrowych rówieśniczek?

Do powyższych pytań postawiono hipotezy badawcze:

1. Istnieje związek pomiędzy percepcją postaw rodzicielskich a poziomem samooceny dziewcząt leczonych z powodu anoreksji: wyższa samoocena łączy się z bardziej kochającą postawą matki oraz bardziej kochającą i ochraniającą postawą ojca. Odrzucające postawy rodziców sprzyjają niższej samoocenie ich córek.

- 2.1. W percepcji postaw rodzicielskich dokonywanych retrospektywnie przez dziewczęta chorujące na anoreksję oraz ich zdrowe rówieśniczki występują różnice.

- 2.2. Samoocena dziewcząt z anoreksją jest istotnie niższa od samooceny zdrowych rówieśniczek.

W celu weryfikacji hipotez przebadano dwie grupy dziewcząt ze zdiagnozowaną anoreksją oraz ich zdrowe rówieśniczki.

Osoby badane

Badaną grupę kliniczną stanowiło 30 osób, które spełniały kryteria diagnostyczne DSM-IV-TR anoreksji psychicznej o typie ograniczającym (restrykcyjnym). Były one w trakcie procesu leczenia w warunkach ambulatoryjnych (psychoterapia grupowa, psychoterapia indywidualna lub psychoterapia grupowa i indywidualna). Z uzyskanych danych wynikało, że badane dziewczęta były w dłuższym procesie terapii (od 7 miesięcy do 4,5 roku).

Grupę kontrolną tworzyło 30 zdrowych dziewcząt, które zostały dobrane do pary do osób chorujących na anoreksję pod względem wieku, wykształcenia (klasy szkolnej

lub roku studiów), miejsca zamieszkania oraz wykształcenia rodziców. Osoby z grupy kontrolnej nigdy nie leczyły się z powodu zaburzeń psychicznych ani też nie były w okresie stosowania restrykcyjnej diety.

Wiek badanych dziewcząt mieścił się w przedziale 15–20 lat. Średnia wieku w grupie klinicznej wynosiła $M = 17,7$ ($SD = 1,22$), a w grupie kontrolnej $M = 17,9$ ($SD = 1,31$). Średnia wielkość współczynnika BMI osób chorych to: $16,1$ ($SD = 1,72$), zaś u dziewcząt zdrowych $BMI = 21,1$ ($SD = 2,71$).

Metoda

W badaniach zastosowano Kwestionariusz Stosunków między Dziećmi a Rodzicami A. Roe i M. Siegelmana (PCR) w autoryzowanym przekładzie W.S. Kowalskiego do badania charakterystycznego zachowania rodziców wobec małych dzieci, percypowanego przez młodzież lub dorosłych. Struktura kwestionariusza jest ściśle związana z typologią postaw rodzicielskich zaprezentowaną przez A. Roe. W retrospektywnym obrazie rodziców spostrzeganym przez młodzież wyróżniono 5 postaw rodzicielskich: kochającą (loving), wymagającą (demanding), ochraniającą (attention), odrzucającą (rejecting), liberalną (casual) [7]. Polska wersja kwestionariusza składa się z dwóch części: 50 twierdzeń dla wersji „Moja matka” i tyle samo dla wersji „Mój ojciec”.

Drugim narzędziem był Kwestionariusz „Jaki jesteś” P. Sears w adaptacji J. Kostrzewskiego służący do badania samooceny. Składa się on z 71 twierdzeń. Daje możliwość obliczenia samooceny ogólnej, w skład której wchodzi 5 samoocen częściowych:

- ocena stanu zdrowia i możliwości fizycznych (wynik min. 18 pkt, wynik maks. 54 pkt),
- ocena własnych możliwości intelektualnych (wynik min. 12 pkt, wynik maks. 36 pkt),
- ocena stosunku do pracy (wynik min. 10 pkt., wynik maks. 30 pkt),
- ocena stosunku do samego siebie i życia (wynik min. 19 pkt, wynik maks. 57 pkt),
- ocena stosunku do innych ludzi (wynik min. 12 pkt, wynik maks. 36 pkt).

Wynik globalny może przyjmować wartości od 71 do 213 punktów [8]. Walory psychometryczne obu narzędzi (trafność i rzetelność) są zadowalające.

Wyniki

Uzyskane wyniki samooceny badanych z grupy klinicznej (chorych na anoreksję) porównywano z dziewczętami z grupy kontrolnej (zdrowymi), co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez dziewczęta z grupy klinicznej (chorujących na anoreksję) oraz kontrolnej (zdrowych) w skalach Kwestionariusza „Jaki jesteś”

Rodzaje samooceny	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	p
Ocena stanu zdrowia i możliwości fizycznych	27,5	3,25	39,1	3,62	476,0	0,0000
Ocena możliwości intelektualnych	28,2	2,95	26,9	3,79	1014,0	0,1453
Ocena stosunku do pracy	24,7	3,36	20,7	3,11	1188,0	0,0001
Ocena stosunku do siebie samego i do życia	31,8	5,00	42,2	7,24	562,5	0,0000
Ocena stosunku do innych ludzi	21,1	4,10	27,8	3,33	562,0	0,0000
Samoocena ogólna	133,2	9,80	156,7	10,40	-	-

* wszystkie obliczenia statystyczne przeprowadzono przyjmując poziom istotności $\alpha = 0,05$

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

p – wartość prawdopodobieństwa dla testu U Manna-Whitneya LUB wartość dokładna dwustronnego prawdopodobieństwa testowego;

Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu U Manna-Whitneya

Z wyjątkiem jednej podskali samooceny (Ocena własnych możliwości intelektualnych) we wszystkich pozostałych samoocenach cząstkowych oraz w samoocenie ogólnej wyniki grupy klinicznej istotnie różnią się od wyników grupy kontrolnej. Porównania rozkładów liczebności w obu próbach dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Wyniki pokazały, że dziewczęta z anoreksją w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami oceniają siebie jako bardziej chore, zdecydowanie mniej zadowolone z wyglądu swojego ciała oraz własnych możliwości fizycznych. Dziewczęta chorujące na anoreksję mają niższy poziom zaufania do siebie, mniej wiary we własne możliwości, są mniej zadowolone z siebie, cechuje je dość wysoki poziom niepewności. W ich własnej opinii mają trudności z rozumieniem postępowania innych, problemy sprawia im nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów z rówieśnikami, wchodzenie w głębsze relacje interpersonalne. Badane dziewczęta leczone z powodu anoreksji nie różnią się w ocenie swoich możliwości intelektualnych od zdrowych rówieśniczek. Grupa osób z anoreksją uzyskała wyższe średnie wyniki w zakresie oceny swoich możliwości intelektualnych oraz oceny stosunku do pracy w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Osoby z anoreksją są zadowolone z własnej sprawności intelektualnej i potrafią sprawnie korzystać z zasobów swojej inteligencji. W tym zakresie różnice pomiędzy grupami rówieśniczek nie są istotne statystycznie. Dziewczęta z anoreksją uzyskały statystycznie istotnie wyższe wyniki niż ich zdrowe rówieśniczki, w zakresie oceny stosunku do pracy. Oznacza to, że w porównaniu z osobami zdrowymi są skłonne do angażowania się w wykonywanie różnych prac i doprowadzanie ich do końca. Ogólny wynik samooceny ($M = 133,2$; $SD = 9,8$) uzyskany przez osoby leczone z powodu anoreksji wskazuje na zaniżoną samoocenę badanych. Jest on istotnie niższy od wyniku zdrowych rówieśniczek ($M = 156,7$; $SD = 10,4$), który znajduje się w obszarze średnim.

Tabela 2. Porównanie średnich wyników postaw matek i ojców w percepcji ich córek (chorujących na anoreksję) w skalach Kwestionariusza PCR

Postawy	Matka		Ojciec		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	p
Kochająca	28,57	6,61	24,70	8,95	1031,5	0,0863
Wymagająca	25,80	6,94	22,53	8,65	1012,0	0,1537
Ochroniająca	23,63	5,86	23,43	8,37	949,0	0,6204
Odrzucająca	18,93	6,92	20,67	7,27	870,0	0,5106
Liberalna	22,40	5,78	25,60	9,08	815,5	0,1433

Porównanie postaw matek i ojców w percepcji ich dorastających córek z anoreksją wskazuje na nieistotne statystycznie różnice w zakresie wszystkich postaw (tabela 2). Największa różnica zarysowuje się w zakresie postawy kochającej (matki bardziej kochające niż ojcowie), ale nie jest to różnica istotna na poziomie statystycznym.

Tabela 3. Porównanie średnich wyników postaw matek i ojców w percepcji ich córek (zdrowych) w skalach Kwestionariusza PCR

Postawy	Matka		Ojciec		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	p
Kochająca	35,63	5,20	32,33	6,60	1069,5	0,0228
Wymagająca	20,07	3,87	22,23	6,29	831,5	0,2198
Ochroniająca	28,17	5,68	23,57	7,29	1101,0	0,0061
Odrzucająca	14,17	4,60	16,63	4,95	766,5	0,0287
Liberalna	25,93	4,98	26,53	6,80	875,5	0,5642

Wyniki zawarte w tabeli 3 wskazują na istotne różnice w zakresie trzech postaw matek oraz ojców wobec zdrowych córek. Matki przejawiają bardziej kochającą postawę w stosunku do swoich zdrowych córek niż ojcowie. Dziewczęta pamiętają, że ich matki w okresie dzieciństwa poświęcały im dużo uwagi. Starły się raczej nagradzać niż karać swoje córki, poświęcały im dużo czasu, były dla nich dostępne, gdy potrzebowały wsparcia i pomocy w wielu trudnych, dziecięcych sytuacjach. Równocześnie matki nie ingerowały nadmiernie w życie swoich dzieci. Różnią się one istotnie także od ojców w zakresie postawy ochroniającej. Okazują one większe zainteresowanie i zaangażowanie uczuciowe swoim córkom, są wobec nich bardziej pobłażliwe i wyrozumiałe. Bardziej niż ojcowie starają się chronić córki przed trudnymi doświadczeniami w relacjach z innymi ludźmi. Ojcowie różnią się od matek w retrospektywnej percepcji swoich córek w nasileniu postawy odrzucającej. Zdrowe badane odczuwały w dzieciństwie, że ich ojcowie w porównaniu z matkami dysponowali mniejszą ilością czasu, którą spędzali z nimi i przeznaczali na rozmowy o istotnych dla nich sprawach.

Analiza wyników zawartych w tabeli 2 i 3 pokazuje, że dziewczęta z anoreksją opisały jako dominującą u matek postawę kochającą i wymagającą, zaś u ojców – liberalną i kochającą. Natomiast zdrowe osoby pamiętają dominującą u matek postawę kochającą i ochraniającą, a u ojców – kochającą i liberalną. Nasilenie tych postaw w obu grupach zdecydowanie się różni, co przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Porównanie średnich wyników postaw matek w percepcji ich córek z grupy klinicznej (chorujących na anoreksję) oraz grupy kontrolnej (zdrowych) w skalach Kwestionariusza PCR

Postawy	Grupa klin. Matka		Grupa kontr. Matka		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	p
Kochająca	28,83	8,14	35,63	5,20	635,0	0,0000
Wymagająca	25,80	7,94	20,07	3,87	1149,5	0,0005
Ochraniająca	23,63	5,86	28,17	5,68	718,0	0,0037
Odrzucająca	18,93	6,92	14,17	4,60	1138,5	0,0010
Liberalna	22,53	5,90	25,93	4,98	748,0	0,0138

Różnice pomiędzy dwiema grupami w ocenie wszystkich badanych postaw matek były statystycznie istotne. Ujawniły one, że dziewczęta zdrowe wskazywały na bardziej kochające, ochraniające i liberalne postawy prezentowane wobec nich przez matki niż ich chore na anoreksję rówieśniczki. Z kolei dziewczęta chore zaznaczyły bardziej nasiloną postawę wymagającą i odrzucającą swoich matek w porównaniu ze zdrowymi respondentkami.

Porównanie średnich wyników w postawach ojców w ocenie ich córek – chorych i zdrowych – ujawniło dwie statystycznie istotne różnice. Ojcowie przejawiają zdecydowanie bardziej kochającą postawę wobec swoich zdrowych córek niż ojcowie dziewcząt chorych. Z kolei dziewczęta z anoreksją wskazują na bardziej odrzucającą postawę swoich ojców w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Porównanie średnich wyników postaw ojców w percepcji ich córek z grupy klinicznej (chorujących na anoreksję) oraz grupy kontrolnej (zdrowych) w skalach Kwestionariusza PCR

Postawy	Grupa klin. Ojciec		Grupa kontr. Ojciec		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	p
Kochająca	24,70	8,95	32,33	6,6	694,5	0,0011
Wymagająca	22,53	8,64	22,23	6,29	904,0	0,8766
Ochraniająca	23,43	8,37	23,57	7,29	889,5	0,7117
Odrzucająca	20,66	7,27	16,63	4,95	1078,0	0,0163
Liberalna	25,60	9,08	26,53	6,80	897,0	0,7958

W celu dokonania oceny wpływu postaw rodzicielskich na samoocenę córek zastosowano test Kruskala-Wallisa. Po obliczeniu samooceny ogólnej z uwzględnieniem wag poszczególnych samoocen częściowych wyodrębniono trzy grupy różniące się wysokością samooceny:

- 1 grupa: niski poziom samooceny;
- 2 grupa: średni poziom samooceny;
- 3 grupa: wysoki poziom samooceny.

W grupie osób zdrowych nie stwierdzono istotnych zależności, ujawniły się one wyraźnie w grupie osób z anoreksją. Analizy statystyczne wyników (test Kruskala-Wallisa) w grupie dziewcząt ze zdiagnozowaną anoreksją pokazały, że:

- im bardziej kochająca postawa matki, tym wyższa samoocena córki,
- im bardziej liberalna postawa matki, tym wyższa samoocena córki,
- im bardziej odrzucająca postawa matki, tym niższa samoocena córki,
- im bardziej kochająca postawa ojca, tym wyższa samoocena córki,
- im bardziej ochraniająca postawa ojca, tym wyższa samoocena córki,
- im bardziej odrzucająca postawa ojca, tym niższa samoocena córki.

Wyższa samoocena dziewcząt leczonych z powodu anoreksji ma związek z kochającą oraz liberalną postawą matki oraz kochającą i ochraniającą postawą ojca. Wynik ten oznacza, że dziewczęta z anoreksją mogą budować pozytywną samoocenę, im bardziej spostrzegają swoich rodziców jako okazujących ciepłe uczucia, akceptujących, poświęcających im dużo uwagi, starających się rozumieć ich problemy, wspierających w dążeniu do uzyskiwania niezależności. Równocześnie kształtowanie adekwatnej samooceny córki podtrzymuje w jej spostrzeganiu zainteresowanie ze strony ojca, jego zaangażowanie emocjonalne, ochrona przed doświadczeniami z innymi ludźmi, które mogą spowodować rozczarowanie i ból psychiczny. Zaniżona samoocena badanych dziewcząt z anoreksją łączy się z postawą odrzucającą zarówno matki, jak i ojca. Oznacza to, że w percepcji chorej córki rodzice nie akceptowali jej dziecięcości. Dziewczynka odczuwała ze strony rodziców chłód emocjonalny, a nawet wrogość i odrzucenie. W percepcji dziewcząt chorych na anoreksję z niską samooceną rodzice nie brali pod uwagę punktu widzenia dziecka oraz znacząco ograniczali z nim kontakt.

Dyskusja

Wyniki uzyskane w badaniach potwierdziły zakładaną hipotezę o istnieniu związku pomiędzy poziomem samooceny dziewcząt chorujących na anoreksję a rodzajem postaw ujawnianych przez ich rodziców. Dziewczęta leczone z powodu anoreksji wykazywały wyższy poziom samooceny, jeśli w ich retrospektywnej ocenie matki przejawiały wobec nich bardziej kochającą i liberalną postawę oraz ojcowie byli kochający i ochraniający. Obniżony poziom samooceny prezentowały osoby badane z anoreksją, które doświadczały odrzucającej postawy zarówno matki, jak i ojca w okresie dzieciństwa. Spostrzegane postawy rodzicielskie osób chorujących oraz zdrowych znacznie się różnią. Dziewczęta z anoreksją w porównaniu ze zdrowymi

rówieśniczkami spostrzegają swoje matki jako bardziej wymagające i odrzucające. Swoich ojców także oceniają jako bardziej odrzucających w porównaniu z oceną osób zdrowych. Podobne rezultaty wyników badań są publikowane w literaturze przedmiotu. S. Deas i wsp. [9] stwierdzili, że osoby chorujące na anoreksję spostrzegają swoich rodziców jako mniej troskliwych, czułych i opiekuńczych, a bardziej kontrolujących i wymagających w porównaniu z badanymi cierpiącymi z powodu objawów depresyjnych lub lękowych oraz zdrowych studentów. Wyniki hiszpańskich badaczy [10] pokazały, że rodzice dzieci przejawiających zaburzenia jedzenia charakteryzują się niskim poziomem opieki (zaniedbywanie) i nadmierną kontrolą w ciągu pierwszych 16 lat życia ich potomków.

Wcześniej publikowane badania w Nowej Zelandii [11] dostarczyły podobnych wniosków. Stwierdzono, że kobiety, które zostały wyleczone z anoreksji, różnią się wieloma cechami od tych, które chorują w sposób przewlekły. Wskazano, że jedną ze zmiennych wyraźnie różnicujących te dwie grupy są więzi rodzicielskie. Niski poziom opieki i zainteresowania ze strony rodziców sprzyjał przewlekłej anoreksji.

H. Swanson i wsp. [12] prowadzili badania wśród kobiet hospitalizowanych z powodu anoreksji oraz zdrowych studentek. Odnotowali znacznie niższy poziom opieki rodzicielskiej wśród osób chorych. Stwierdzono istotną korelację nasilenia zaburzeń jedzenia w anoreksji z niskim poziomem opieki i wysoką kontrolą ze strony matki. Podobne badania udostępnił L. Canetti i wsp. [13], dowodząc, że osoby chorujące na anoreksję postrzegają zarówno matki, jak i ojców jako mniej opiekuńczych, a ojców również jako bardziej kontrolujących niż badani z grupy kontrolnej. Badane osoby, które przeżywały matkę jako bardziej kontrolującą, a ojca mało opiekuńczego, ujawniały większe nasilenie objawów anoreksji. Leung i wsp. [14] stwierdzili, że postrzegany niski poziom opieki rodzicielskiej stanowi predyktor niezdrowych przekonań na temat jedzenia u kobiet z anoreksją. Silvestrone [15] postawił wręcz tezę, że zaburzenia jedzenia są przejawem chronicznie zaniżonej samooceny.

Potwierdzona została także druga hipoteza prezentowanych w artykule badań, zakładająca różnice w retrospektywnej percepcji postaw rodzicielskich odtwarzanej przez dziewczęta chorujące na anoreksję oraz zdrowe. Dziewczęta z anoreksją postrzegają matki jako bardziej wymagające i odrzucające niż ich zdrowe rówieśniczki. Osoby zdrowe w porównaniu z leczonymi dziewczętami oceniają matki jako bardziej kochające, ochraniające i liberalne. Chore z anoreksją opisują swoich ojców jako bardziej odrzucających w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Z kolei zdrowe dziewczęta pamiętają ojców jako bardziej kochających w zestawieniu z oceną osób z anoreksją. Rezultaty badań pokazują, że dominacja odrzucającej postawy obojga rodziców polegającej na nieokazywaniu ciepłych, pozytywnych i akceptujących dziecko uczuć, dezaprobaty córki i nasiloną krytyką jej osoby oraz liczne represyjne żądania utrudniają kształtowanie pozytywnej, adekwatnej samooceny zwłaszcza w grupie dziewcząt z anoreksją. Warto zauważyć, że kochająca i akceptująca postawa zarówno matki, jak i ojca, bliskość i zrozumienie córki, a zarazem ochraniająca postawa ze strony ojca w okresie dzieciństwa pozwalają na kreowanie bardziej pozytywnego stosunku do samej siebie.

Wyniki prezentowanych badań znajdują potwierdzenie w polskich publikacjach. A i G. Kozak [16] stwierdzili mniejsze nasilenie postawy kochającej u matek i większe nasilenie postawy odrzucającej oraz liberalnej u ojców pacjentek z anoreksją w porównaniu ze zdrową grupą. Większe nasilenie postawy odrzucającej, a mniejsze postawy kochającej ojców w percepcji córek z anoreksją potwierdzają też badania M. Chuchry i wsp. [17]. Stwierdzono istotne różnice w postawach ojców i matek w percepcji córek zdrowych i chorych. Matki w porównaniu z ojcami ujawniały bardziej nasilone postawy kochające i ochraniające. W prezentowanych badaniach takich różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono w grupie klinicznej, natomiast wystąpiły w percepcji zdrowych respondentek. Wielu naukowców potwierdza, że badane przez nich osoby z anoreksją mają obniżony poziom samooceny [18–20]. Prezentowane w artykule badania potwierdziły te wyniki. Badane osoby z anoreksją charakteryzują się niższą samooceną ogólną w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Samooceny częściowe, z wyjątkiem jednej (ocena możliwości intelektualnych), także są znacząco niższe.

Z przedstawionych badań wynika, że profilaktyczne oddziaływania terapeutyczne mogące zapobiegać rozwijaniu się anoreksji powinny być skierowane szczególnie do dziewcząt z niską samooceną. Badania ukazały także rolę relacji pomiędzy córką a rodzicami u osób chorujących na anoreksję. Zmiana dysfunkcyjnych wzorców rodzinnych zachowań w procesie terapii rodzinnej może znacząco pomóc pacjentce chorującej na anoreksję i jej rodzinie w powrocie do zdrowia.

Wnioski

1. Postawy matek i ojców w retrospektywnej percepcji ich córek chorujących na anoreksję nie różnią się w sposób istotny.
2. Zdrowe córki wskazały na istotne różnice w percepcji postaw ich matek i ojców. Matki są spostrzegane przez zdrowe dziewczęta jako bardziej kochające ($Z = 1069,5$; $p < 0,02280$) i ochraniające ($Z = 1101,0$; $p < 0,0061$) niż ojcowie. W percepcji zdrowych córek, ojców cechuje istotnie większe nasilenie postawy odrzucającej ($Z = 766,5$; $p < 0,0287$) w porównaniu z matkami.
3. Pomiedzy postawami matek i ojców w percepcji ich córek zarówno w grupie klinicznej jak i kontrolnej ujawniły się istotne różnice.
- 3a. W retrospektywnej percepcji osób z grupy klinicznej matki są bardziej wymagające ($Z = 1149,5$; $p < 0,0005$) i bardziej odrzucające ($Z = 1138,5$; $p < 0,001$) w porównaniu z oceną zdrowych rówieśniczek. Dziewczęta z grupy kontrolnej oceniają swoje matki jako bardziej kochające ($Z = 635,0$; $p < 0,0000$), ochraniające ($Z = 718,0$; $p < 0,0037$) i liberalne ($Z = 748,0$; $p < 0,0138$) w porównaniu z oceną matek dziewcząt leczonych z powodu anoreksji.
- 3b. Dziewczęta z grupy klinicznej spostrzegają swoich ojców jako bardziej odrzucających ($Z = 1078,0$; $p < 0,0163$) w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Z kolei zdrowe dziewczęta pamiętają ojców jako bardziej kochających ($Z = 694,5$; $p < 0,0011$) w porównaniu z oceną osób z anoreksją.
4. Wyższej samoocenie córek leczonych z powodu anoreksji sprzyja bardziej kochająca oraz liberalna postawa matki, a także bardziej kochająca i ochraniająca

postawa ojca. Z niższym poziomem samooceny łączy się bardziej odrzucająca postawa matki, jak też ojca.

Перцепция отношения родителей к детям и степень самооценки девушек с психической анорексией

Содержание

Задание. Заданием статьи является представление данных о связи между отношением родителей к детям и степенью самооценки девушек с психической анорексией (по критериям DSM-IV-TR). Проведен анализ в таких категориях как различия в радиусе перцепции отношений родителей (матерей и отцов) и общей самооценки девушек, страдающих анорексией и их здоровых ровесниц.

Метод. Исследованы две равные по числу группы 30 девушек: клиническая группа (30 девушек, больных анорексией) и контрольная группа (30 здоровых девушек). Использованы два теста: Глоссарий отношений между детьми и родителями А. Роэ, М. Сегельмана (TRC) в авторском переводе В.С. Ковальского для исследования характерного поведения родителей по отношению к малым детям, принимаемого молодежью и взрослыми и Глоссарий „Какой ты” Р. Сearса в адаптации Я. Костшевского, служащего для самооценки.

Результаты и выводы. Результаты исследований подтвердили предвидимый контакт и связь между перцепцией родительских отношений и степенью самооценки девушек с нервной анорексией. Отношения родителей, начертанных любовью и защитой способствуют высшей самооценки их дочерей. С другой стороны, большой опыт высоких требований и отталкивания дочерей обоими родителями снижает самооценку девушек с анорексией. Сравнение средних данных в результатах отношений матери и отцов в перцепции их дочерей, страдающих анорексией, не подтвердило существенно статистических различий. Сопоставление поведений матерей в перцепции их дочерей из группы, болеющих анорексией и здоровых подтвердило существенные различия в радиусе всех поведений. Различия в перцепции отношений отцов оказались существенными в радиусе отношения любящего и отталкивающего. Самооценка исследованных, леченных по поводу анорексии, является значительно иной, более низкой, нежели среди здоровых девушек.

Ключевые слова: психическая анорексия, поведение родителей, самооценка

Wahrnehmung von elterlichen Einstellungen und Selbsteinschätzung bei Mädchen mit Anorexia nervosa

Zusammenfassung

Ziel. Die Studie hat zum Ziel, die Zusammenhänge zwischen der Perzeption der elterlichen Einstellungen und dem Level der Selbsteinschätzung der Mädchen, die an Anorexia nervosa (nach den DSM-IV-TR - Kriterien) krank sind. Der Analyse wurden auch die Unterschiede im Bereich der Perzeption der elterlichen Einstellungen (Mütter und Väter) und die allgemeine Selbsteinschätzung der Mädchen unterzogen, die an Anorexia nervosa leiden, und ihrer gesunden Gleichaltrigen.

Methode. Zwei Gruppen mit der gleichen Zahl der Mädchen wurden untersucht: die klinische Gruppe (30 an Anorexia kranke Personen) und die Kontrollgruppe (30 gesunde Mädchen). Zwei Tests wurden eingesetzt: Fragebogen Eltern - Kind - Beziehungen von A. Roe, M Siegelman (PCR) in der autorisierten Übersetzung von W.S. Kowalski zur Untersuchung des charakteristischen Verhaltens der Eltern gegenüber kleinen Kindern, wahrgenommen durch die Jugendlichen und die Erwachsenen und der Fragebogen „Wie bist du“ von P. Sears, in der Adaptation von J. Kostrzewski, der zur Untersuchung der Selbsteinschätzung dient.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse der Studie bestätigten den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Einstellungen der Eltern und dem Level der Selbsteinschätzung bei den Mädchen mit Anorexia nervosa. Die elterlichen Einstellungen, geprägt von Liebe und Schutz,

tragen zur höheren Selbsteinschätzung ihrer Töchter bei, dagegen sinken höhere Anforderungen und Ablehnung seitens beider Elternteile die Selbsteinschätzung der Mädchen mit Anorexia. Der Vergleich von durchschnittlichen Einstellungen der Mütter und Väter in der Wahrnehmung ihrer an Anorexia kranken Töchter zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die Zusammenstellung der Einstellungen der Mütter in der Perzeption ihrer an Anorexia kranken Töchter und der gesunden Töchter wies signifikante Unterschiede im Bezug auf alle Einstellungen nach. Die Unterschiede in der Wahrnehmung der Einstellungen der Väter schienen im Bereich der liebenden und ablehnenden Einstellung signifikant zu sein. Die Selbsteinschätzung der untersuchten und an Anorexia nervosa behandelten Personen ist signifikant niedriger als die der gesunden Gleichaltrigen.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, elterliche Einstellungen, Selbsteinschätzung

La perception des attitudes des parents et le niveau de l'estime de soi des jeunes filles avec l'anorexie mentale

Résumé

Objectif. Analyser les corrélations de la perception des attitudes des parents et le niveau de l'estime de soi des jeunes filles avec l'anorexie mentale (diagnostiquée d'après les critères de DSM-IV) ainsi que les différences des attitudes des parents (mères et pères) et de l'estime de soi général des filles malades et saines.

Méthode. On examine deux groupes de filles : groupe clinique (30 filles souffrant de l'anorexie mentale) et groupe de contrôle (30 filles saines) en usant les questionnaires suivants : Parent-Child Relations Questionnaire (PCR) A.Roe and M.Siegelman, version autorisée de W.S.Kowalski, pour examiner les attitudes des parents, Questionnaire « What are you like ? » by P.Sears, adapté par J.Kostrzewski pour analyser l'estime de soi.

Résultats et Conclusions. Les résultats obtenus confirment l'existence des relations attendues de la perception des attitudes des parents et le niveau de l'estime de soi des jeunes filles avec l'anorexie mentale. Les attitudes des parents qui manifestent leur amour et les soins influent positivement sur le niveau plus élevé de l'estime de soi des filles malades, les attitudes des parents dont les exigences sont sévères et qui parfois rejettent leurs filles, abaissent le niveau de l'estime de soi de leurs filles. La comparaison des résultats moyens concernant des attitudes des mères et des pères et leur perception par les filles malades n'atteste pas l'existence de grandes différences. La comparaison des attitudes des mères et leur perception par les filles malades et les filles saines atteste l'existence de grandes différences dans les toutes attitudes. Les différences de la perception des attitudes des pères sont importantes avant tout dans le champ de l'attitude pleine d'amour et pleine de rejet. Le niveau de l'estime de soi des filles malades est moins élevé que celui des filles saines.

Mots clés : anorexie mentale, attitude des parents, estime de soi

Piśmiennictwo

1. Józefik B. *Anoreksja i bulimia psychiczna: uwarunkowania i rozpowszechnienie*. W: Kapiszewska M. red. *Środowisko a gospodarka hormonalna u kobiet (część 1 i 2)*. Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM; 2011. s. 49–62.
2. Wolska M. *Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej*. W: Józefik B. red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: CM UJ; 1996. s. 100–110.
3. Hamid AARM. *Anorexia nervosa in Arab culture: A case study*. Inter. J. Acad. Res. 2010; 1: 9–12.
4. Eisler I, Dare C, Russell GFM. *A five year follow-up of controlled trial of family therapy in severe eating disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1997; 54: 1025–1030.
5. Ziemska M. *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 2009.

6. Ziółkowska B. *Zaburzenia funkcjonowania systemu rodzinnego i konieczność podjęcia terapii*. W: Suchańska A. red. *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Poznań: Wyd. Humaniora; 2000. s. 173–183.
7. Kowalski WS. *Kwestionariusz stosunków między rodzicami a dziećmi A. Roe i M. Siegelmana*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MOiW; 1983.
8. Sękowski AE. *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin: UMCS; 1994. s. 90–92.
9. Deas S, Power K, Collin P, Yellowlees A, Grierson D. *The relationship between disordered eating perceived parenting, and perfectionistic schemas*. Cogn. Therapy Res. 2011; 35 (5): 414–424.
10. Lobera IJ, Rios PB, Casals OG. *Parenting style and eating disorders*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2011; 18 (8): 728–735.
11. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. *Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality and parental bonding*. Int. J. Eat. Disord. 2000; 28 (2): 139–147.
12. Swanson H, Power K, Collin P, Deas S, Paterson G, Grierson D, Yellowlees A, Park K, Taylor L. *The relationship between paternal bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample*. Europ. Eat. Disord. Rev. 2010; 18 (1): 22–32.
13. Canetti L, Kanyas K, Lerer B, Latzer Y, Bachar E. *Anorexia nervosa and parental bonding: The contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology*. J. Clin. Psychol. 2008; 64 (6): 703–716.
14. Leung N, Thomas G, Waller G. *The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women*. Brit. J. Clin. Psychol. 2000; 39 (2): 205–213.
15. Silverstone PH. *Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders?* Med. Hypotheses 1992; 39 (4): 311–315.
16. Kozak A, Kozak G. *Rodzina jako środowisko powstawania i profilaktyki jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa)*. Zdr. Publ. 2005; 2: 174–177.
17. Chuchra M, Drzazga K, Pawłowska B. *Postawy rodzicielskie a poczucie kontroli w percepcji dziewcząt z anoreksją*. Psychiatr. Pol. 2006; 40 (4): 731–742.
18. Button EJ, Loan P, Davies J, Sanugo-Barke EJ. *Self-esteem, eating problems and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study*. Int. J. Eat. Disord. 1997; 21 (1): 39–47.
19. Iniewicz G. *Samoocena i jej związki z obrazem siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną*. Psychiatr. Pol. 2005; 39 (4): 719–729.
20. Józefik B, Iniewicz G, Ułasińska R. *Wzory przywiązania, samoocena i pleć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej*. Psychiatr. Pol. 2010; 44 (5): 665–676.

Adres: Bogumiła Witkowska
Instytut Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet Jana Kochanowskiego
25-029 Kielce, ul. Krakowska 11

Otrzymano: 18.02.2012
Zrecenzowano: 24.09.2012
Otrzymano po poprawie: 24.10.2012
Przyjęto do druku: 22.02.2013
Adiustacja: A. K.