

Anna Zenka-Smużyńska

Psychogenne uwarunkowania syndromu jadłowstrętu psychicznego

Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne 9, 155-168

1994

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Anna Zenka-Smużyńska

PSYCHOGENNE UWARUNKOWANIA SYNDROMU JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO

Rys historyczny

Jadłowstręt psychiczny — *anorexia nervosa s. mentalis* — (dalej używam zamiennie j. p. lub a. n.) nie jest zjawiskiem nowym. Opisany po raz pierwszy w roku 1689 przez Mortona pod nazwą „*a nervous consumption*”, jako choroba wywodząca się z „wielkości kłopotów i namiętności duszy”¹, nadal budzi wiele kontrowersji. Mimo mnogości teorii usiłujących wyjaśnić genezę choroby wciąż jeszcze pozostają kwestie nierozstrzygnięte, pytania, na które żadna z tych teorii nie potrafi odpowiedzieć w sposób wyczerpujący. Niemniej, warto zapoznać się z najbardziej interesującymi spośród nich. W kształtowaniu się poglądów na jadłowstręt psychiczny możemy wyróżnić trzy etapy:

1. etap pierwszy, trwający do początku XX wieku, charakteryzował się ujmowaniem a. n. jako odczynu nerwicowego na urazy psychiczne, występujące zwykle u kobiet w okresie pokwitaniowym lub wkrótce po nim. Chodziło głównie o wyodrębnienie przypadków nerwicopodobnej utraty łaknienia prowadzącej do wyniszczenia, zaniku miesiączki u kobiet, obniżenia popędu płciowego i innych objawów w sferze zarówno somatycznej, jak i psychicznej. Leczenie przeprowadzano klasycznymi metodami psychiatrycznymi.

¹ Z. S o b c z y ń s k a, *Jadłowstręt psychiczny*, „Psychologia Polska” 1971, t. 5, nr 5.

Z. Freud uważał j. p. za jedną z postaci konwersji histerycznej, stwierdzając, że u młodych dziewcząt z przyczyn psychologicznych zanika nie tylko apetyt, ale i libido w sferze seksualnej.

2. etap drugi badań nad jadłowstrętem psychicznym przypada na początek XX wieku i charakteryzuje się rozwojem badań endokrynologicznych oraz szukaniem przyczyn choroby w zaburzeniach hormonalnych (przez wiele lat j. p. wiązano z charactwem przysadkowym). Jednakże w większości opublikowanych w tym czasie doniesień nie dowiedziono, że pierwotną przyczyną j. p. są zaburzenia hormonalne.
3. etap trzeci, dla którego znamienny jest nawrót do koncepcji psychicznego tła j. p. Próbowano tłumaczyć objawy tego zespołu blokadą zachowań żywieniowych na drodze ośrodkowych mechanizmów hamowania.

W koncepcjach tych mówi się już o konflikcie psychicznym, który staje się źródłem lęku, a także o zahamowaniu regulacji psychofizjologicznej na poziomie odpowiednich struktur neurofizjologicznych ośrodkowego układu nerwowego².

Obecnie wydaje się dominować koncepcja a. n. jako zespołu psychosomatycznego³, polegającego na świadomym nieprzyjmowaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów, doprowadzającego do znacznego wychudzenia i wyniszczenia organizmu przy uderzająco zachowanej sprawności fizycznej i dobrym samopoczuciu. Chociaż samo pojęcie i rozumienie terminu „psychosomatyka” jest wieloznaczne, wspólne pozostaje przyjęcie koncepcji zależności pomiędzy czynnikami emocjonal-

² J. Bomba, E. Mamrot, M. Orwid, *Anorexia nervosa*, w: *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1980; T. Bilikiewicz, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1966; A. H. Crisp, L. K. G. Hsu, B. Harding, J. Hartshorn, *Clinical features of anorexia nervosa*, Jour. Psychosom. Res. 1980, t. 24.

³ J. A. Sours, *The anorexia nervosa syndrome*, Int. Jour. Ps. Anal. 1974, nr 55; A. H. Crisp, L. K. G. Hsu, B. Harding, J. Hartshorn, *Clinical features...*; Z. Rydzyski, *Jadłowstręt psychiczny jako model choroby psychosomatycznej*, „Psychologia Polska” 1980, t. 14, nr 3; M. Sulczyńska-Kotowska, *Jadłowstręt psychiczny*, w: *Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, Warszawa 1981.

nymi o dostatecznie wielkim nasileniu i dostatecznie długim trwaniu a początkiem choroby somatycznej. Jakkolwiek związek ten jest bezsporny, nie wyjaśniono jak dotąd mechanizmu tej zależności. Podstawowe pytanie stawiane w związku z chorobami określanymi jako psychosomatyczne dotyczyło istnienia szczególnych cech osobowości albo szczególnych postaw czy konfliktów charakteryzujących daną jednostkę chorobową i odróżniających ją od wszystkich innych. Rydzyński i wsp. stwierdzili, że istnieje ścisła zależność między procesem nerwicowym a chorobami psychosomatycznymi, przy czym na ogół proces nerwicowy o wiele lat wyprzedza ujawnienie się choroby psychosomatycznej. Jako model choroby psychosomatycznej Rydzyński przedstawia j. p.⁴, w którym „dochodzi do psychogennej blokady na poziomie podwzgórz, prowadzącej wtórnie do czynnościowej niewydolności przysadkowo-wieloguczołowej”⁵.

Podejście psychosomatyczne opiera się na następujących założeniach⁶:

1. Przyjmuje się istnienie fizjologicznego odpowiednika emocji i zależności pomiędzy silnymi i długotrwałymi emocjami a zdrowiem somatycznym.
2. Wprowadza się odróżnienie objawów psychofizjologicznych i neurotycznych. Zespoły objawów psychosomatycznych nie należą ani do jednych, ani do drugich.
3. Przyjmuje się jedność psychosomatyczną, tzn. przyjmuje się, że zmienne psychologiczne i fizjologiczne reprezentują różne aspekty emocji.

⁴ J. Rydzyński, *Jądłowstręt psychiczny...*

⁵ B. Baranowska, W. Jeske, A. Niewiadomska, J. Kłóś, U. Stapińska, *Zaburzenia regulacji podwzgórzowo-przysadkowo-gonadowej w anorexia nervosa*, „Endokryn. Pol.” 1978, 29, s. 474; M. Pawlikowski, *Choroby gruczołów dokrewnych ze szczególnym uwzględnieniem aspektów neurologicznych*, w: *Neurologia kliniczna*, red. I. Wald, A. Członkowska, Warszawa 1987.

⁶ Z. Płutek, *Podstawy teoretyczne współczesnych kierunków psychosomatycznych*, w: *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*, red. J. Łazowski, Warszawa 1985.

4. Zespoły psychosomatyczne są wieloprzyczynowe.
5. Przyjmuje się wrodzoną słabość jakiegoś narządu jako czynnik konieczny do powstania syndromu psychosomatycznego.

Obecnie zarysowuje się wyraźnie tendencja do prowadzenia badań interdyscyplinarnych, dotyczących problemów związanych z chorobami psychosomatycznymi, także w kwestiach związanych z diagnostyką i terapią chorób somatycznych.

Charakterystyka jadłowstrętu psychicznego

J. p. jest zespołem swoistym dla okresu pokwitania. Występuje prawie wyłącznie u dziewcząt. Czynnik psychiczny, uważany obecnie za pierwotną przyczynę j. p., prowadzi przez systematyczne, uporczywe głodzenie się do wystąpienia szeregu objawów somatycznych i wtórnych zaburzeń psychicznych. Mnogość tych objawów sprawia, że poszczególne badacze tego zespołu różnią się między sobą co do oceny ich wagi i znaczenia. Jedni kładą nacisk na objawy somatyczne, inni zaś podkreślają głównie zmiany psychiczne i cechy osobowości oraz zachowanie się anorektyków, toteż w zależności od tego różnie formułują kryteria rozpoznawania j. p. Najwłaściwsze wydaje się połączenie wszystkich tych kryteriów. I tak, jako tzw. objawy pierwszorzędne wymieniane są:

- dowolne ograniczanie jedzenia, zaprzeczanie uczuciom głodu jest racjonalizowane jako brak apetytu,
- uczucie przyjemności płynące z utrzymywania niskiego ciężaru ciała jest odbierane jako poczucie panowania nad własnym ciałem,
- unikanie jedzenia, lęk przed otyłością przy stałym zajmowaniu się kuchnią i gotowaniem,
- nadaktywność (służy rozładowaniu napięcia wewnętrznego), często pierwszy zwiastun choroby,
- zanik miesiączki,
- okresowa żarłoczność,
- nawyki związane ze wszystkim co dotyczy ciała lub przyjmowania pokarmów,

- brak poczucia choroby z niezdolnością do uznania konieczności zmiany sposobu odżywiania się,
- brak choroby organicznej, brak znamion zaburzeń psychicznych usprawiedliwiających niechęć do jedzenia i spadek ciężaru ciała.

Oprócz objawów osiowych wymienia się tzw. objawy drugorzędne, które wraz z pierwszorzędnymi tworzą pewne konstelacje cech określające specyficzny dla każdego anorektyka obraz choroby. Według Bruch⁷, która wyróżnia anoreksję pierwotną i wtórną, podstawowym czynnikiem diagnostycznym w a. n. jest potrzeba niezależności i skuteczności działania, realizowana przez kontrolę własnego ciała. Szyrynski⁸ pisze iż anorektyczki na ogół nie przejawiają żadnych zachowań seksualnych. Wydaje się, że seksualizm i zmiany cielesne związane z dojrzewaniem są dla nich źródłem wstydu i lęku. Tęsknią do okresu dzieciństwa i wyobrażają sobie swoją przyszłość pozbawioną elementów seksualnych. Brak miesiączki nie tylko ich nie niepokoi, ale zabezpiecza przed dorosłością i tym, co wiąże się z płcią, rolą kobiety, żony, matki.

Decyzja o odchudzaniu się jest często nagła i na ogół tłumaczona zupełnie błahymi powodami, np. ktoś zrobił uwagę o nazbyt dobrym apetycie chorej itp. M. Orwid⁹ nazywa te powody „mechanizmami spustowymi” uważając, podobnie jak Bruch¹⁰, że choroba rozwijała się już wcześniej w formie utajonej. Bez względu na powody, zachowanie wszystkich anorektyczek jest podobne: systematycznie, rygorystycznie i uparcie walczą z głodem i ograniczają jedzenie tak jakościowo, jak i ilościowo. Czasami głód zwycięża siłę woli i wtedy chora objada się bez miary, nie zwracając uwagi na to, co je. Po takim epizodzie obżarstwa, mogącym trwać nawet kilka dni, pojawia się silny lęk przed utyciem, poczucie winy i pogardy dla samej siebie za swą słabość. Następuje wtedy okres jeszcze silniejszych ograniczeń jedzenia połączonych

⁷ H. B r u c h, *Preconditions for the Development of Anorexia Nervosa*, Am. Jour. Psychoan. 1980, t. 40, nr 2.

⁸ V. S z y r y n s k y, *Anorexia Nervosa and Psychotherapy*, Am. Jour. of Psychotherapy 1973, nr 4.

⁹ J. B o m b a, E. M a m r o t, M. O r w i d, *Anorexia nervosa....*

¹⁰ H. B r u c h, *Preconditions for the Development of Anorexia Nervosa....*

ze wzmożoną aktywnością fizyczną. Anorektyczkom obcy jest niepokój z powodu wychudzenia i postępującego wyniszczenia organizmu, wręcz przeciwnie — twierdzą, że wyglądają i czują się dobrze, a nawet, że wciąż jeszcze są za grube. Zwraca uwagę znaczna aktywność intelektualna chorych. Na ogół są bardzo dobrymi uczennicami, a każda słaba ocena zaburza ich dążenie do doskonałości (perfekcjonizm) i staje się przyczyną rozpacz i załamania oraz zmusza do jeszcze większego wysiłku, by oceny te poprawić. Ich ocena stosunków międzyludzkich, samoocena i myślenie o sobie są nieprawidłowe i sztywne. Zawsze starają się podporządkować zasadom i prawidłom, nie umieją się buntować (poza tą jedną sferą jedzenia), są wyraźnymi konformistkami. Nie są zdolne do obiektywnej oceny siebie i nie potrafią dokonać wglądu we własne „ja”. Mimo wskazanych podobieństw w zachowaniu, anorektyczki różnią się znacznie między sobą stopniem rozwoju „ego”, stopniem dojrzałości społecznej, dążeniami szkolnymi i społecznymi, a przede wszystkim cechami osobowości.

Lesser¹¹ wyróżnia trzy typy osobowości anorektyczek:

1. dominuje histeroidia, są chwiejne emocjonalnie, myślące życzeniowo, manipulujące uczuciami,
2. dominuje perfekcjonizm, rytualizm, sztywność uczuć, natręctwa,
3. dominuje schizoidia z przewagą apatii, wycofywanie się z kontaktów, podejrzliwość i izolacja od otoczenia.

Dlatego też różne bywają formy i ewolucja choroby.

Wszyscy zajmujący się problematyką a. n. wymieniają jako jedną z najbardziej charakterystycznych cech osobowości — perfekcjonizm. Zdaniem Burnsa perfekcjonizmu można się wyuczyć, jeśli rodzice nagradzają osiągnięcia dziecka, a reagują niezadowolaniem na jego omyłki i niepowodzenia. Ceną za perfekcjonizm jest obniżona efektywność, gorszy stan zdrowia, słabsza samokontrola, trudności w kontaktach z ludźmi i obniżona samoocena, co przyczynia się między innymi do występowania objawów psychosomatycznych. Sullivan uważa, że perfekcjonizm to sposób radzenia sobie z uczuciami w domu pozbawionym miłości, a Burns wręcz pisze, że perfekcjonizm to droga do samozagła-

¹¹ Zob.: V. S z y r y n s k y, *Anorexia Nervosa and Psychotherapy*....

dy. Przebieg choroby jest ściśle uzależniony od reakcji środowiska chorej na zachowanie, a także od rodzaju patomechanizmów leżących u podłoża anoreksji. Tissot¹² na podstawie przeprowadzonych badań stwierdza, że jadłowstręt psychiczny pojawia się w specjalnych warunkach kreujących osobowość dziewcząt. Według tego autora częściej dochodzi do objawów j. p. u osób neurotycznych, psychotycznych lub parapsychotycznych oraz zaburzonych charakterologicznie.

W świetle przedstawionych powyżej informacji można stwierdzić, że a. n. jest schorzeniem, w którym współwystępowanie czynników biologicznych, psychologicznych i rodzinno-społecznych jest szczególnie widoczne. Wielość czynników patogennych, ich wzajemne na siebie wpływanie na zasadzie sprzężenia zwrotnego, bardzo jednak utrudnia analizę i dotarcie do źródła choroby, tj. do czynników decydujących o jej powstaniu.

Większość autorów zajmujących się j. p. zwraca uwagę na znaczenie środowiska rodzinnego. Wiele uwagi układom rodzinnym poświęcił S. Minuchin¹³ akcentując ich szczególną rolę w powstawaniu anoreksji. Podkreślał również znaczenie indywidualnej wrażliwości i podatności jednostki na chorobę. Minuchin uważa, że rodziny pacjentek z j. p. wykazują wiele cech charakterystycznych i predysponujących (w pewnej kombinacji) do wystąpienia zespołu psychosomatycznego. Są to: „zawikłanie” rodziny, „nadopiekuńczość”, „sztywność”, „nieumiejętność” rozwiązywania konfliktów. W rodzinach anorektyczek obserwuje się często nadmiernie ścisły związek dziecka z jednym z rodziców, zwłaszcza wtedy, gdy więź między rodzicami jest słaba, a sytuacje konfliktowe powtarzają się nieustannie. Wówczas objawy chorobowe dziecka stają się jakby „regulatorem” układu rodzinnego. Anorektyczka włącza się w konflikt między rodzicami, a jej choroba przyczynia się do złagodzenia konfliktu i zwiększenia spójności rodziny. Skuteczność objawu w łagodzeniu konfliktu podtrzymuje jego występowanie, a zatem nie sprzyja wyleczeniu, a umacnia chorobę. Z wypowiedzi różnych autorów wynika,

¹² Zob.: M. Popielarska, *Uwarunkowania psychologiczne w anorexia nervosa*, rozprawa doktorska (maszynopis), Warszawa 1985.

¹³ J. Bomba, E. Mamrot, M. Orwid, *Anorexia nervosa....*

że podobnie jak nie ustalono w dotychczasowych badaniach jednolitego, wspólnego dla wszystkich wzoru anorektycznogennej osobowości rodziców, tak i nie wyjaśniono całkowicie roli układów rodzinnych i ich wpływu na powstawanie j. p. Niewątpliwie jednak odgrywają one niepoślednią rolę w rozwoju i przebiegu tej choroby.

Wyniki badań własnych

Celem, jaki postawiłam sobie pisząc niniejszą pracę było określenie roli czynników psychogennych w etiopatogenezie anoreksji nerwowej.

W chwili obecnej tendencją, która wydaje się dominować w badaniach nad zagadnieniem j. p. jest stosowanie metody kazuistycznej, co przesuwa akcent z aspektu ilościowego na jakościowy. Punktem wyjścia metody kazuistycznej jest aktualna sytuacja jednostki. Dalsza analiza obejmuje informacje o bodźcach, jakim jednostka była poddawana w ciągu dłuższego czasu oraz skutkach psychologicznych, biologicznych i społecznych, jakie te bodźce powodowały. Studium przypadku to historyczne badanie jednostki, pozwalające wyodrębnić hipotetycznie istotne czynniki w genezie schorzenia oraz ich specyficzną konfigurację w konkretnym przypadku. Uznając szczególną przydatność tej metody w odniesieniu do a. n., której polietiologiczny charakter narzuca konieczność wnikliwej analizy szeregu czynników patogennych, przyjąłam właśnie idiograficzny model badań.

Warto nadmienić iż a. n. jest zespołem zaburzeń występujących w Polsce bardzo rzadko — w odróżnieniu od krajów zachodnich, gdzie liczba chorych znacznie wzrosła w ciągu ostatnich kilku lat. Jak dotąd nie wyjaśniono przyczyn tej intrygującej rozbieżności.

Podstawową technikę badawczą niniejszej pracy stanowił wywiad kliniczny. Ponadto w swojej pracy wykorzystałam: Kwestionariusz WISKAD-MMPI Hathawaya i McKinleya, 16-czynnikowy Kwestionariusz Osobowości R. B. Cattella, Test Przymiotników Gougha i Heilbruna, Test Zdań Niedokończonych J. M. Sachsa oraz Skalę Inteligencji Wechsler - Bellevue.

Badaniami objęte zostały trzy pacjentki z rozpoznaniem j. p., w wieku 15-18 lat. Badania przeprowadziłam w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Pediatrii Akademii Medycznej w Warszawie (2 przypadki) oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach.

Z uwagi na idiograficzny charakter tej pracy i wynikający z niego sposób prezentowania wyników (analiza przypadku), jak również dla pełniejszego zobrazowania patomechanizmu j. p. przytoczę (w skrócie) jeden z trzech opisanych w pracy przypadków tego zespołu zaburzeń.

Przypadek J. B. (inicjały zostały zmienione)

Pacjentka lat 16, hospitalizowana po raz trzeci. Pierwsze objawy wystąpiły (jak można wnosić na podstawie wywiadu) już w wieku 12 lat, jednakże nie rozpoznano wtedy j. p. Chora pochodzi z rodziny rozbitej (rodzice są od kilku lat rozwiedzeni). Mieszka razem z matką i młodszą siostrą, która urodziła się tuż po odejściu ojca.

Matka: o słabej integracji emocjonalnej, niespokojna, egzaltowana, infantylna. Jest osobą bardzo religijną, praktykującą, ogromną wagę przywiązuje do wychowania córek „na dobre katoliczki”. W kwestii wychowania bardzo rygorystyczna.

Ojciec: nie utrzymuje kontaktu z rodziną, nie interesuje się dziećmi i nie widuje się z nimi. Chora niewiele pamięta z okresu, kiedy byli jeszcze razem. Uważa, podobnie jak matka, że ojciec bardzo ich skrzywdził odchodząc.

Pacjentka była zawsze posłusznym dzieckiem. Dużo pomagała matce, szczególnie chętnie opiekując się młodszą siostrą, do której zwracała się „córeczko”. W szkole pilna, ambitna, uczyła się chętnie i dobrze. Pierwsze objawy choroby zauważyła matka, kiedy dziewczynka skończyła szóstą klasę. Wakacje spędziła wtedy z siostrą matki, zakonnicą przebywającą stale na misji w Afryce. Pacjentka pozostawała wyraźnie pod ogromnym wrażeniem jej pobożności i delikatności (także — co podkreślała, fizycznej). Ciocia stała się dla chorej wzorem, z którym pragnęła się utożsamić. Po wakacjach uczyła się jeszcze pilniej niżeli dotychczas, zdobycie wiedzy traktując jako element niezbędny, aby kiedyś pójść w ślady cioci. Po uwadze koleżanki o jej tuszy zaczęła stopniowo ograniczać jedzenie. Zaczęła, jak to nazwała „pracować nad sobą”. W krótkim czasie znacznie schudła. Jadła z każdym dniem coraz mniej.

Bardzo intensywnie gimnastykowała się (często w ukryciu). W jej zachowaniu wobec rodziny początkowo nic się nie zmieniło. Była nadal posłuszną, dobrą córką, wyręczającą matkę w codziennych obowiązkach. W szkole osiągała wyniki bardzo dobre. Jej sprawność fizyczna i intelektualna, jej aktywność były niewspółmierne do pogłębiającego się wychudzenia. Matka zdecydowała się na wizytę u lekarza dopiero po uwadze wychowawczyni (sądziła, że poradzi sobie sama z tym brakiem apetytu).

Chorą dwukrotnie hospitalizowano, wypisując zawsze na życzenie matki, z niewielką poprawą stanu somatycznego. Po wyjściu ze szpitala objawy ulegały zaostrzeniu.

Pierwszą miesiączkę chora miała w wieku 12 lat (a więc w wieku, w którym pojawiły się pierwsze objawy choroby) i bardzo to zdarzenie przeżyła. W tym samym mniej więcej czasie, podczas pobytu w szpitalu jedna z pielęgniarek wytłumaczyła chorej w sposób nieogledny „skąd się biorą dzieci”. Informacja ta, potwierdzona przez matkę — starającą się wprawdzie o intymnej stronie życia mówić jak najdelikatniej — była szokiem dla dziewczynki, która nigdy wcześniej nie rozmawiała z nikim na ten temat.

Dopiero podczas trzeciej hospitalizacji stwierdzono jadłowstręt psychiczny. W tym stadium choroby dały się zaobserwować zmiany w zachowaniu chorej. Stała się milcząca, unikała rówieśników. Całe godziny spędzała sama w swoim pokoju, zajmując się np. ozdabianiem zeszytów. Rezygnowała z wielu rzeczy, które dotychczas lubiła robić (np. taniec, oglądanie telewizji) nazywając to „treningiem woli”. Zdecydowanie odmawiała przyjmowania posiłków, zwłaszcza w domu. Stała się arogancka wobec matki, szczególnie przy wszelkich próbach namówienia jej do zjedzenia czegokolwiek. Skarżyła się na różne dolegliwości, aby w ten sposób „usprawiedliwić” swoje niejedzenie. Bywały dni, kiedy miała niepokohamowany apetyt: jadła wtedy wszystko i w dużych ilościach. Po takim obżarstwie przyjmowała środki przeczyszczające i aplikowała sobie co najmniej dwudniową głodówkę. Poza tym zamykała się w pokoju i płakała. Znamiennym jest, że rozpacz matki i jej prośby spotykały się z obojętnością lub też wywoływały skutek odwrotny od

zamierzonego, prowokując chorą do jeszcze intensywniejszego głodzenia się.

Podczas pobytu w szpitalu zaobserwowano, że chora dużo uwagi poświęca samej czynności jedzenia, prezentując przy tym osobliwe nawyki o charakterze natręctw ruchowych. Przygotowanie do jedzenia miało charakter niemal rytualny. Nota bene chora po tych wszystkich przygotowaniach odmawiała jedzenia.

W wyniku przeprowadzonych badań testowych stwierdzono: inteligencja powyżej przeciętnej, osobowość infantylna, o słabej integracji emocjonalnej, egocentryczna (silna koncentracja na sobie i swoich problemach, przy jednoczesnym braku zrozumienia istoty przeżywanych konfliktów). Ujawnia tendencje do manipulowania otoczeniem. Nadmiernie uczuciowa, skłonna do egzaltacji. Mało krytyczna w stosunku do siebie, stawiająca sobie wysokie wymagania. Przywiązuje wagę do porządku, rygoru i planowania. Jest konwencjonalna, praktyczna, dokładna — wręcz perfekcjonistyczna. Dużo wysiłku wkłada w bycie „bardzo dobrą”, stara się wywierać dobre wrażenie na innych. Odnacza się umiejętnością pracy w grupie, jednakże jej kontakty z innymi ludźmi cechuje powierzchowność. Emocjonalnie silnie uzależniona od matki, przy jednoczesnym braku akceptacji dla niej.

Podjmując analizę tego przypadku musimy zwrócić uwagę na fakt, iż rodzina pacjentki jest rodziną rozbitą. W takich przypadkach „wypadnięcie” jednego z rodziców z grupy rodzinnej burzy całą jej strukturę. To, co w normalnej rodzinie tworzy płaszczyznę dwuosobową, dającą dziecku bazę poczucia bezpieczeństwa a jednocześnie stanowiącą pierwszy model świata społecznego i pierwsze zwierciadło społeczne, tutaj ma się zmieścić w jednej osobie skazanej na pełnienie dwóch ról jednocześnie. Dla normalnego rozwoju dziecka obie te role są konieczne, spełniając różne funkcje w tym rozwoju.

W idealnym modelu rodziny matka stwarza klimat uczuciowy, od którego w dużej mierze zależy formowanie się zasadniczej postawy uczuciowej dziecka (świat stale przyciągający — świat stale odpychający), natomiast ojciec odgrywa rolę w normatywnym formowaniu się świata dziecka, w tworzeniu się hierarchii wartości, podstawowych ocen etycznych, a także obrazu samego siebie. Jeżeli obiema rolami obciążo-

na zostanie jedna osoba, musi to pociągnąć za sobą niedobór w kształtowaniu jednej z podstawowych funkcji psychicznych, czy to natury emocjonalnej, czy też normatywnej.

W przypadku rodziny rozbitej świadomość, że ważna osoba, która powinna być tu, gdzieś żyje — stwarza stały stan napięcia, oczekiwania, potępiania, poczucia krzywdy etc. Rozstanie rodziców, poprzedzone okresem ciągłych scysji, atmosferą wzajemnej wrogości musiało być ogromnym przeżyciem dla kilkuletniej wówczas pacjentki. Tym bardziej, że wkrótce potem przysłała na świat siostra.

Mamy więc w tym wypadku do czynienia z jednoczesnym wystąpieniem dwóch czynników silnie traumatyzujących, które z całą pewnością zaważyły na rozwoju emocjonalnym dziewczynki. Matka chorej jest osobą czującą się niepewnie w swojej roli. Widok dziecka budzi w niej lęk i wyzwała utajoną niewiarę we własną kobiecość. Lęk rodzi nadmierną troskliwość, przesadne zaspokajanie potrzeby opieki, które jednakże nie redukuje niepokoju. Niepokój matki udziela się dziecku. Przeciążenie codziennymi obowiązkami, związane z pełnieniem obu ról: matki i ojca stanowi dodatkowo element zakłócający prawidłową więź emocjonalną matki i dziecka.

Matka pacjentki, będąc osobą emocjonalnie niedojrzałą, wytworzyła pomiędzy sobą a córką silną zależność, której następstwem jest lęk dziewczynki przed osamotnieniem oraz wymaganie częstej aprobaty tego, co robi. Rezultat stanowi obronne izolowanie się od ludzi. Związek matki z córką jest związkiem symbiotycznym, w którym z potrzebą bycia blisko matki współistnieje chęć oderwania się od niej.

Odejście ojca stało się przyczyną nieuświadomianego lęku i niechęci do mężczyzn, pogłębiającego się jeszcze wobec uwag matki. Wydaje się, iż właśnie dlatego chora tak mocno przeżyła wiadomość o istnieniu intymnej sfery życia człowieka oraz jej związku z macierzyństwem i ojcostwem. Bardzo nieogłędna forma, w jakiej informacja ta została dziewczynce podana, z pewnością zaważyła w sposób istotny na tym przeżyciu. Dorosłość a wraz z nią „konieczność” małżeństwa i macierzyństwa zaczęły budzić w chorej strach i chęć przedłużenia okresu dzieciństwa. W domu pozbawionym ojca, w atmosferze żalu i pretensji do życia, szukania gratyfikacji w praktykach religijnych osobowość

dziewczynki nie mogła kształtować się prawidłowo. Podobnie jak w dwóch pozostałych przypadkach w domu pacjentki kładziono nacisk na pożywienie i samo jedzenie, które w związku z tym nabrało znaczenia emocjonalnego.

Jedzenie nieświadomie odczuwała ona jako coś koniecznego do wzrastania i stania się dojrzałym człowiekiem, którym stać się bała. Bodźcem wyzwalającym patomechanizm j. p. stała się uwaga koleżanek, że jest za gruba. Pojawienie się pierwszych symptomów a. n. w okresie dojrzewania wynika ze specyfiki tego okresu, charakteryzującego się narastaniem napięcia wewnętrznego, nasilaniem się buntu wobec autorytetów etc. W sytuacji zablokowania uczuć w ich ujściu na zewnątrz, silnego „super - ego”, wreszcie wobec wspomnianego wcześniej lęku przed „dorobnością” niepokój, związany z dorastaniem znalazł swoje ujście w odmowie przyjmowania pokarmów. Autoagresja była także bezpiecznym sposobem zmanifestowania potrzeby uniezależnienia się od matki. Reasumując: a. n. u badanej stała się ucieczką przed dojrzałością i przyjęciem w przyszłości roli żony i matki.

Wnioski

Uzyskane przeze mnie wyniki są zgodne z tym, co na temat j. p. piszą zajmujący się tą problematyką badacze.

1. Analiza materiału potwierdza, że chore na a. n. to dziewczęta w okresie dojrzewania pochodzące z rodzin, w których przywiązywało się dużo wagi do jedzenia (jedzenie stanowiło wartość samą w sobie).
2. Rodziny anorektyczek odznaczają się cechami wskazującymi na przeżywane konflikty (kryzysy). Stwierdzono: brak więzi emocjonalnej między rodzicami lub jej znaczne osłabienie, złe pożycie małżeńskie rodziców, nieprawidłowe cechy osobowości ojca lub matki, niewłaściwe postawy uczuciowe wobec pacjentki, najczęściej brak akceptacji lub odrzucenie emocjonalne.
3. Matki wszystkich trzech pacjentek cechuje przede wszystkim rygorizm, perfekcjonizm, skłonność do obwiniania siebie, nieźrównowanie emocjonalne i brak konsekwencji.

4. Duże znaczenie w kształtowaniu się nieprawidłowej osobowości chorych na a. n. ma postawa ojca wobec matki, jego udział w życiu rodzinnym, akceptacja lub nieakceptacja córki, które decydują o jej rozwoju uczuciowym.
5. Nie można wykluczyć, że patologia rodziny pozostaje w związku z nieprawidłowo kształtującą się osobowością badanych dziewcząt, cechującą się słabością „ego”, niską samooceną, brakiem samoakceptacji, perfekcjonizmem, bierną agresywnością, poczuciem winy, słabą identyfikacją płciową i zaburzeniami rozwoju psychoseksualnego, a także uporem, przesadnymi ambicjami, egocentryzmem.

Podsumowując, można stwierdzić, że na powstanie a. n. składa się wiele czynników, takich jak słabość układu nerwowego, a co za tym idzie słabość struktury „ego”, określone cechy osobowości rodziców chorej, nieprawidłowa sytuacja rodzinna pacjentek oraz ich specyficzne cechy osobowości, rozwijające się od dzieciństwa. Jednakże ujawnienie się konfliktów wewnętrznych właśnie pod postacią jądłowstrętu psychicznego dokonuje się dopiero przy specyficznej konfiguracji tych czynników, wobec zadziałania mechanizmów spustowych.