

**Anna Brytek, Bernadetta
Izydorczyk**

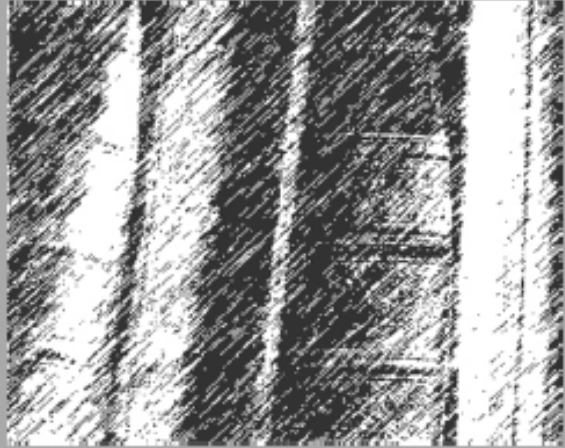
**Specyfika funkcjonowania rodzin z
dzieckiem chorym na jadłowstręt
psychiczny**

Chowanna 2, 157-168

2008

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 BRYTEK, BERNADETTA IZYDORCZYK

Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny

The specificity of the functioning of families with children suffering from mental food aversion

Abstract: The article touches upon the problem of anorexia. It describes the studies on the role of parental attitudes in the process of curing nourishment disorders of young women as well as the consequences for families in which a child suffers from mental food aversion.

Key words: anorexia – mental food aversion, nourishment disorders, parental attitudes.

W badaniach nad etiologią jadłowstrętu psychicznego przyjmuje się wieloczynnikowy model rozwoju tego zaburzenia. Wpływy rodzinne, obok osobowościowych, biologicznych oraz społeczno-kulturowych są w anoreksji uznawane za tzw. czynniki ryzyka, elementy spustowe, a także podtrzymujące dynamikę rozwoju objawów choroby (Goldbloom, Garfinkel, 1993, s. 1–9).

Nie ulega wątpliwości, że dysfunkcjonalne wzory rodzinne związane są z niebezpieczeństwem zachorowania na anoreksję. S. Manuchin, B. Rosman i L. Barker (1978) wskazują na nieprawidłowości zachodzące w najbliższym środowisku dziecka i w związku z tym wyróżniają:

1) rodziny nadopiekuńcze, które charakteryzuje wysoki poziom lęku, mały stopień niezależności (wzajemna ingerencja w przeżycia psychiczne, nadopiekuńczość), niemożność rozwoju indywidualnych potrzeb dziecka poza kręgiem rodzinnym oraz uwaga i działania skoncentrowane na zapewnieniu bezpieczeństwa wszystkim członkom;

2) rodziny „zasznurowane”, w których poszczególne role są nieprawidłowo zdefiniowane i realizowane (zaburzona struktura rodziny: dominująca matka, słaba rola mężczyzny jako partnera i ojca), tłumią się indywidualne dążenia, obowiązuje reguła podporządkowania, występuje zjawisko kontrolowania rodziców przez dzieci, motywacje i życzenia własne są odnoszone do życzeń innych;

3) rodziny sztywne, w których funkcjonuje silne przywiązanie do utrzymania niezmiennego *status quo* rodziny (mechanizm obronny), z unikaniem, maskowaniem, zaprzeczaniem i skrywaniem istotnych konfliktów; gdy konflikt zostaje ujawniony, występują znaczne trudności w jego rozwiązaniu (brak woli współdziałania). Najczęściej rodzice osób cierpiących na jadłowstręt psychiczny mają dawne, nierozwiązane konflikty wyniesione z doświadczeń z własnego dzieciństwa i nieprawidłowe wzorce zachowań relacji rodzice – dziecko.

Weber i Stierlin (1981, cyt. za: Pawłowska, Chuchra, Masiaś, 2004, s. 1019–1030) wyróżniają pięć dynamicznych wzorów, zgodnie z którymi funkcjonują rodziny z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny.

Pierwszy wzór dotyczy indywidualnych (zaburzonych) granic. Rodzina tworzy samoistny klan, odizolowany od innych ludzi, hermetycznie zamknięty przed światem, przed którym członkowie rodziny chronią się wzajemnie („dzielimy się wszystkim, jesteśmy dla siebie zawsze do dyspozycji”). Nowe informacje nie są przyjmowane i przepracowywane, a wszelkie kroki zmierzające w kierunku dojrzewania czy indywidualizacji zostają stłumione. Rodzinę charakteryzują trudności w nawiązywaniu pozytywnych kontaktów interpersonalnych (izolacja społeczna), nieumie-

jętność rozwiązywania konfliktów i tym samym dochodzenia do kompromisów.

Drugi wzór zachowań związany jest z dążeniem rodziców do emocjonalnego uzależnienia od siebie dorastających dzieci i prowadzi do ograniczenia ich autonomii oraz samodzielności. Miłość oznacza głównie intensywne troskę o pożywienie, zaspokojenie potrzeb materialnych. Odżywianiu, zdrowiu fizycznemu i wyglądowi zewnętrznemu przypisuje się największą wartość.

Kolejny wzór funkcjonowania rodziny odnosi się do określonych oczekiwań rodziców, które dziecko powinno spełniać (przestrzeganie określonych norm i zasad, osiąganie sukcesu, wypełnianie oczekiwań i życzeń). Chcąc zasłużyć na uwagę matki i/lub ojca, dziewczęta starają się za wszelką cenę sprostać tym wymaganiom (tzw. modelowe, idealne dzieci).

Innym wzorem zachowań jest dążenie do bezinteresowności i poświęcania się. Tym sposobem dziecko uczy się tłumić własne pragnienia i potrzeby. Pod przymusem bezinteresowności prowadzona jest w rodzinie walka o to, kto więcej poświęci na rzecz innych. Każde dążenie do autonomii i samodzielności definiowane jest jako egoizm i jest blokowane.

Piąta zasada, która przestrzegana jest z pokolenia na pokolenie, to lojalność. Poczucie lojalności łączy córki z obojgiem rodziców (zaburzając procesy dorastania i zdobywania autonomii, z drugiej zaś strony, integrując członków rodziny jeszcze mocniej). Zachowania niezgodne z rodzinnymi standardami powodują poczucie winy.

Wszystkie opisane wzory funkcjonowania rodzin z osobami chorymi na anoreksję tworzą przekaz transgeneracyjny. Zaburzone związki w rodzinie oddziałują na zasadzie sprzężeń zwrotnych na rozwój osobowości dziecka, a ono z kolei zakłóca homeostazę rodziny jako całości. Reasumując, w psychologicznej sylwetce rodziny z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny w zachowaniu rodziców dominują głównie: perfekcjonizm, represja emocji oraz infanlizacja w sferze podejmowania decyzji.

J.A. Sours (1980), analizując kontakty dzieci z matkami, doszedł do wniosku, że predyspozycja do jadłowstrętu psychicznego uwarunkowana jest zakłóceniami relacji (symbiozy) matka–dziecko. Matka osoby chorej na anoreksję opisywana jest przez psychoanalityków jako osoba chłodna, mało uczuciowa, nieokazująca serdeczności, ciepła i akceptacji, perfekcyjna. Swój stosunek do córki wyraża głównie przez karmienie (jednak widoczny jest w jej zachowaniu brak kontaktu emocjonalnego), zaspokajając tym samym własne potrzeby, a nie potrzeby dziecka (Bruch, 1978). Córka stanowi wypełnienie życia matki. Ignorując całkowicie przeżycia dziecka, kobieta dąży do idealnego wychowania i wykształcenia, przy czym odrzuca informację, jakoby była matką destruk-

cyjną. W wyobraźni dziewczyny występuje jako ta, która dominuje i dokonuje „kastracji”.

C.P. Wilson, C.C. Hogan i T.L. Mintz (1985) postulują, że na zaburzenia odżywiania cierpią najczęściej „najgrzeczniejsze dziewczynki” w rodzinie. Bardzo ciężko pracują, by zadowolić wszystkich, osiągnąć sukces oraz pomagać swoim rodzicom. Są na ogół osobami odbieranymi jako nieufne, perfekcjonistyczne, na przemian uległe i buntownicze, z pozoru dorosłe. Obserwując zachowania rodziców, ich postawy oraz reakcje, dziewczęta dochodzą do wniosku, że nigdy (tak naprawdę) nie potrzebowały przytulania i pocieszenia oraz rzadko prosiły rodziców o radę. Wspomniani badacze traktują jądłowstręt psychiczny przede wszystkim jako zaburzenie obsesyjne. Może to mieć związek z przedwczesnym zmuszaniem dziecka do samodzielnego podejmowania decyzji oraz z wysyłanymi przez rodziców komunikatami, że wykazując niewielkie potrzeby i wymagania względem opiekunów, dziecko postępuje słusznie i za to jest przez nich kochane (zachowania córki dodatkowo wzmacniane są nagrodami, pochwałami). Wiele obsesyjno-kompulsywnych zachowań nasila się, ponieważ dziewczęta z anoreksją czerpią poczucie bezpieczeństwa ze swojego niezmiennego, pełnego rutyny i porządku świata.

W procesie nasilania się choroby dziecka rodzice doświadczają różnych emocji (poczucie winy, lęku). Najczęściej uczucia zmieniają się i przechodzą kolejne fazy (zbliżone do tych, których doświadcza osoba ucząca się akceptować nową sytuację, stanowiącą dla niej wyjątkowo trudne przeżycie). Pierwszą z nich jest zaprzeczanie. Rodzice często po raz pierwszy doświadczają uczucia lęku spowodowanego uświadomieniem sobie wagi zaistniałego problemu (choroba dziecka, za którą czują się odpowiedzialni), chociaż z drugiej strony reagują obronnie, „maskując” odczuwany strach – ujawniają na zewnątrz zachowania minimalizujące, a nawet lekceważące wagę choroby dziecka (formułują określenia typu: „ona jest uparta i dojrzała”, „chce coś udowodnić”, „w jej wieku każda się odchudza”). Gniew (złość) to druga odczuwana przez rodziców emocja. W miarę jak problem restrykcyjnego niejedzenia, jak również zachowań kompensacyjnych (nadmierne ćwiczenia fizyczne, stosowanie środków przeczyszczających, lewatyw, diuretyków) staje się bardziej dostrzegalny, rośnie przerażenie i nasilają się pytania: dlaczego dziecko tak postępuje?, dlaczego nie może przestać? Niejednokrotnie, paradoksalnie, rodzice wykazują postawy pretensjonalne („gdyby mnie kochała, przestałaby mnie ranić”, „przecież zdaje sobie sprawę, że rujnuje sobie życie i zdrowie” itp.). Kolejna faza dotyczy negocjowania. Rodzice często proponują swoim dzieciom nagrody w zamian za zmianę zaburzonego zachowania („jeśli zaczniesz jeść i przytyjesz, to dostaniesz...”, „zrobij wszystko, o co poprosisz”) bądź stawiają im ultimatum (na przykład:

„jeśli dalej będziesz się tak zachowywać, nie dostaniesz kieszonkowego”, „nie opłacę ci dodatkowych lekcji języka angielskiego”). Czwarta faza związana jest z depresją (smutek i poczucie winy). Powstaje w wyniku niemożności zatrzymania przez rodziców nieprawidłowych zachowań dziecka (również ono samo nie jest w stanie poradzić sobie z chorobą – często doświadcza głębokiego smutku, poczucia winy i bezradności). Ostatni etap związany jest z akceptacją choroby ich dziecka. Rodzice uznają i przyjmują do świadomości fakt, że chociaż zrobili wszystko, by pomóc córce, to ona odpowiedzialna jest za swoje własne zdrowie. Taka refleksja daje realną możliwość postawienia właściwie zdefiniowanej granicy pomiędzy tym, za co odpowiedzialna jest osoba dorosła (w profilaktyce i leczeniu zaburzeń odżywiania), a za co sama dziewczyna. Rodzice odpowiadają za podjęcie (zainicjowanie wprost) wczesnej interwencji medycznej, psychologicznej czy psychiatrycznej, szczególnie w sytuacji, kiedy wyraźne są objawy wyniszczania organizmu (postępujący spadek masy ciała, restrykcyjne zachowania wyniszczające, spadek aktywności życiowej organizmu mimo dobrego funkcjonowania intelektualnego). W takich sytuacjach chore dziewczęta nie są w stanie samodzielnie, racjonalnie ocenić poziomu zagrożenia życia oraz stopnia wyniszczenia organizmu (zniekształcona percepcja obrazu własnego ciała, sięgającą zaburzeń na poziomie struktury tzw. ja cielesnego – *body ego*).

Postawy rodzicielskie oraz ich rola w procesie leczenia zaburzeń odżywiania u młodych kobiet – doniesienia z badań

W badaniach nad znaczeniem czynników rodzinnych występują dwie tendencje (Józefik i in., 2002, s. 51–64). Pierwsza, bazująca głównie na doświadczeniach klinicznych, próbuje formułować całościowe modele, opisujące swoiste wzory relacji w rodzinie z pacjentką chorą na anoreksję i jej miejsce w systemie rodzinnym. Druga, opierając się na badaniach psychometrycznych i analizie danych demograficznych, koncentruje się na wybranych charakterystykach i wymiarach funkcjonowania rodziny. Obie tendencje wzajemnie się uzupełniają.

Badania B. Józefik i in. (2002) dowodzą, że niezadowolenie z relacji małżeńskiej, niedopasowanie ról, niespójny system wartości, krytyczna ocena sposobu, w jaki małżonkowie wypełniają zadania rodzinne, charakteryzuje obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców dziecka chorują-

cego na anoreksję. Wyniki te świadczą o braku elastyczności oraz o trudnościach z wypracowaniem wspólnych rozwiązań. Wskazują również na niedostateczne okazywanie sobie uczuć, brak empatii czy uczuciowego zaangażowania, a także na poczucie braku autonomii (słabość systemu małżeńskiego w rodzinie anorektycznej – trudności w rozwiązywaniu sytuacji problemowych i kryzysowych, osiągania autonomii poszczególnych osób w rodzinie). W rodzinach tych występuje duża nieumiejętność komunikowania własnych sądów czy emocji, co przyczynić się może do braku wzajemnego zrozumienia. Jeśli chodzi o relację z dziećmi, rodzice pacjentek anorektycznych formułują wiele krytycznych ocen dotyczących m.in. nieprawidłowego wypełniania zadań, niepełnienia ról, niezgodności z wartościami i normami akceptowanymi przez system rodziny. W ocenie rodziny jako całości negatywna taksacja emocjonalności (zakłócona komunikacja emocjonalna) dokonana została przez ojców. Wyniki kobiet natomiast świadczą o tym, że rodzina ma trudności ze wspólnym wypracowywaniem rozwiązań, przejawia skłonność do reagowania kryzysem. Krytyczna ocena wiąże się również z podziałem wpływów w rodzinie i sposobem sprawowania kontroli. Najbardziej pozytywne oceny dotyczą samych siebie na tle rodziny. Zarówno matki, jak i ojcowie oceniają siebie pozytywnie. Autorzy postulują, że występuje wyraźne zróżnicowanie w widzeniu i ocenianiu samych siebie oraz ocenie pozostałych osób w rodzinie. Spostrzeganie siebie jest w bardzo dużym stopniu pozytywne, natomiast partner, dzieci czy rodzina jako całość oceniane są bardziej negatywnie.

Osąd relacji rodzinnych przez pacjentki z jadłowstrętem psychicznym ($n = 37$, średnia wieku 17,3 roku) w aspekcie funkcjonowania rodziny jako całości jest krytyczny (Iniewicz i in., 2002, s. 65–81). Sprawowaną w rodzinach kontrolę nad zachowaniami innych spostrzegają jako bardzo restrykcyjną i/lub chaotyczną, szczególnie niedostosowaną do zachodzących zmian. Pacjentki oceniają swoich rodziców gorzej niż dziewczęta zdrowe. Ocena własnego funkcjonowania w rodzinie jest pozytywna niemal we wszystkich badanych aspektach. Idealny obraz siebie może być, jak twierdzą autorzy, paradoksalnie, reakcją na ukrywane niskie poczucie własnej wartości. W celu podniesienia oceny swojego funkcjonowania w rodzinie dziewczęta dewaluują rodzeństwo, przy jednoczesnym idealizowaniu samych siebie. W porównaniu ze zdrowymi kobietami spostrzegają siebie jako mniej życzliwe dla pozostałych członków rodziny, przejawiające trudności w porozumiewaniu się z rodzicami i rodzeństwem oraz nieposiadające jasnego, spójnego systemu wartości. W rodzinach pacjentek chorych na anoreksję najgorzej oceniane przez wszystkich członków rodziny jest funkcjonowanie w relacjach diadycznych (Iniewicz i in., 2002, s. 65–81). Szczególnie źle oceniana jest

diada ojciec–córka, zarówno przez ojców, jak i przez pacjentki, a także siostry pacjentek. Ze strony ojca jest to ocena negatywna, szczególnie w zakresie wypełniania zadań oraz wymiaru wartości i norm. Córki oceniają źle relacje z ojcem w tych samych wymiarach oraz, dodatkowo, w wymiarze zaangażowania uczuciowego.

Charakterystyka percypowanych przez grupę adolescentek (w wieku od 15. do 18. roku życia) postaw rodzicielskich stanowiła cel badań przeprowadzonych przez B. Izydorczyk i J. Trepkę-Starostę (2003, s. 194–206). Analiza porównawcza wyników w zakresie percepcji postaw rodzicielskich prezentowanych wobec badanych dziewcząt wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy matkami i ojcami badanych. Jedynie w zakresie percepcji postawy odrzucenia wobec dziecka takiej różnicy nie stwierdzono (co oznacza, że oboje rodzice prezentowali w tym względzie podobne postawy). Jak wynika ze średniego poziomu nasilenia rodzicielskiej postawy akceptacji emocjonalnej, dziewczęta nie przeżywają, nie odczuwają i nie deklarują nasilonych tendencji odrzucenia emocjonalnego ani ze strony ojca, ani matki (średni poziom nasilenia osiągnął w obu przypadkach wartości zdecydowanie niskie). Wyniki badania wykazały, że w percepcji dziewcząt z anoreksją matki prezentują wysoką postawę dotyczącą akceptacji emocjonalnej swego dziecka. Kobiety wprost wyrażają swoje emocjonalne przywiązanie, zaangażowanie, akceptację myśli oraz większości zachowań. Natomiast ojcowie percypowani są przez badane nastolatki jako nieodrzucający ich emocjonalnie, ale też jako mniej eksponujący zaangażowanie uczuciowe w stosunku do zaangażowania matek. Badane nastolatki silniej odczuwają zaangażowanie emocjonalne matek niż ojców. Z czego może to wynikać? Po pierwsze, znaczenie może mieć specyfika okresu rozwojowego, w którym się znajdują. Dorastanie to czas krystalizacji wzorca kobiecego, identyfikacji psychoseksualnej, generalnie bliskich związków uczuciowych z matką, również w roli kobiecej. Ukształtowana wieloletnia więź uczuciowa może wpływać na dominację matek w codziennym kontakcie z córką. Nasuwa się pytanie, czy może to ograniczać relacje z ojcem (również akceptowanym przez chore dziewczęta)? Sytuacja choroby sprzyja szukaniu pomocy i wsparcia u matek, wymaga też od dziewcząt zaangażowania się wprost w trudną dla nich emocjonalnie sytuację oraz proces leczenia. Ojcowie wydają się „stać z boku”, nie okazują tak silnie swego zaangażowania wprost (pracują, utrzymują rodzinę, nie mają czasu). Wyniki badań potwierdziły, że matki badanych dziewcząt wykazują nadmierną liberalność w wychowaniu swoich chorych córek, przyzwalają na większość ich zachowań (bez stawiania ograniczeń), preferując raczej podporządkowanie i uległość wychowawczą. Ojcowie natomiast okazują się bardziej ograniczający w swoim codziennym postępowaniu i kontakcie

z córkami, nie są ani nadmiernie podporządkowani swoim dzieciom, ani bardzo wysoce rygorystyczni. Matki wykazują skłonność do podporządkowywania się aktywności i spontaniczności córek. Podobne różnice autorki zaobserwowały również w przypadku postawy poziomej przyjmowanej restrykcyjności wobec dziecka. Wyniki wskazały na większą dominację w postępowaniu wychowawczo-rodzicielskim, karności, podporządkowaniu, stylu opartym na nakazach i zakazach ojców. Co może być tego przyczyną? Być może przeżywany ojcowski lęk o ich życie (ograniczenie działań spontanicznych córek, poddanie ich restrykcyjnej kontroli jako odpowiedź na ich chorobowe odchudzanie, „niszczenie siebie”). Ojcowie wydają się posiadać mniejszą wiedzę o chorobie córek, co może sprzyjać wprowadzaniu własnego systemu „chronienia ich” przed skutkami choroby (zgodnie z zasadą egzekwowania podporządkowania i karności wobec podopiecznych). Istotne różnice w eksponowanych postawach rodzicielskich wobec badanych stwierdzono również pomiędzy ich matkami i ojcami w zakresie postawy surowości „S” i dominacji kar w systemie postępowania wychowawczego. Preferencja stylu postępowania rodzicielskiego opartego na nadmiernie wyeksponowanych karach cielesnych, groźbach, krzyku ujawnia się wyraźniej u ojców niż u matek. Kary i groźby ze strony ojców mogą świadczyć o ich niepewności i lęku w związku ze zjawiskiem bezradności wobec choroby, o której mało wiedzą. Matki swoją uległą postawą, czasami nadmiernie łagodną, mogą „delegować” partnera do pełnienia takiej roli. Kobiety nie stosują kar, wykazują postawę przyzwalającą na większość działań córek (które są tego świadome). Czy zjawisko to może sprzyjać leczeniu? Jak wynika zarówno z doświadczeń klinicznych, jak i z danych teoretycznych znaczne różnice w prezentowanych postawach rodzicielskich matki i ojca (autokratyzm *versus* zbytńia demokratyczność), jak też nadmierna dominacja jednej postawy nad drugą nie sprzyjają właściwym oddziaływaniom wychowawczym ani leczniczym. Jedynie komplementarność zachowań (wypracowane razem strategie wychowawcze), współpraca i wyrównany poziom działania zarówno ze strony matki (nie nadopiekuńczość), jak i ojca (przejęcie na siebie większego udziału w opiece nad dzieckiem) zwiększa efektywność procesu leczenia.

Z badań przeprowadzonych przez B. Pa w ł o w s k ą i M. Ch u c h r ę (2004, s. 1031–1042) wynika, że pacjentki z anoreksją ($n = 30$, średnia wieku 21 lat) do opisu siebie i rodziców wybierają więcej przymiotników negatywnych niż pozytywnych, niemniej do oceny matki wybierają ich najmniej, a do oceny ojca najwięcej. Oznacza to, że w najmniejszym stopniu akceptują ojca, nieco bardziej siebie, a najbardziej matkę. W odniesieniu do relacji córka–ojciec wyniki uzyskane przez autorki są zbieżne z wynikami uzyskanymi przez G. Iniewicza i in. (2002). Rozbież-

ność dotyczy natomiast idealnego obrazu samej siebie – wyniki B. Pawłowskiej oraz M. Chuchry (2004) nie potwierdziły tych uzyskanych przez wcześniej cytowanych autorów. W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Z jakimi cechami obrazu siebie związana jest samoakceptacja?
2. Z jakimi cechami obrazu matki związana jest samoakceptacja pacjentek z anoreksją?
3. Z jakimi cechami obrazu ojca związana jest samoakceptacja?

Akceptacja siebie łączyła się u dziewcząt istotnie z poczuciem odpowiedzialności, autonomii, umiejętności osiągania życiowych celów oraz nawiązywania bliskich więzi z innymi ludźmi. Akceptacja matki dotyczyła dostrzegania u niej: opiekuńczości, umiejętności nawiązywania pozytywnych relacji interpersonalnych, empatii i rozumienia motywów zachowań własnych i innych ludzi. Akceptacja ojca łączyła się z dostrzeganiem u niego takich cech, jak wytrwałość, pracowitość, opiekuńczość, odpowiedzialność, umiejętność radzenia sobie z zadaniami i problemami oraz nawiązywania bliskich relacji z innymi ludźmi. Niski poziom akceptacji matek przez pacjentki z anoreksją łączył się ze spostrzeganiem ich jako osób, które niszczą siebie, utrzymują ludzi na dystans, boją się relacji z płcią przeciwną, unikają bliskich więzi oraz mają słaby wgląd w motywy zachowań własnych i innych ludzi. Co się tyczy ojców, im bardziej spostrzegani są jako osoby niedające poczucia bezpieczeństwa, niszczące siebie, impulsywne, nieodpowiedzialne, wrogo nastawione do otoczenia i nieradzące sobie ze stresem, tym mniej akceptowani są przez swoje córki.

Konsekwencje, z jakimi powinna liczyć się rodzina, w której dziecko cierpi na jadłowstręt psychiczny

Najczęściej zakłóceniu ulegają, niemal od samego początku ujawnienia się choroby, relacje pomiędzy większością członków rodziny. Zakłócone zostają rytm i sposób spożywania posiłków. Cała rodzina (choć najczęściej na początku głównie dotyczy to matek) skupia się na chorej nastolatce, dostosowuje całkowicie czas i rytm posiłków do niej, aby tylko szybko wyrównać braki. Jest to przeważnie działanie z lęku i poczucia winy za zaistniałą sytuację. Spożywanie posiłków zaczyna sterować całym życiem zarówno rodziny, jak i chorej. Wszystkie jej kontakty towarzyskie zostają temu podporządkowane. Wiele planów życiowych (np.: wa-

kacje, wyjazdy rodzinne, uroczystości, niejednokrotnie plany zawodowe rodziców) uzależnionych zostaje od choroby dziecka. Zmianie ulega też często komunikacja pomiędzy chorującym dzieckiem a pozostałymi członkami rodziny (matką, ojcem, rodzeństwem). Najczęściej rodzice koncentrują się nadmiernie na wszystkim, co łączy się z córką, często kosztem zainteresowania pozostałymi dziećmi czy też małżonkiem.

Problem jedzenia staje się w domu głównym punktem rodzinnego życia. Przerażeni rodzice próbują różnymi metodami przejąć kontrolę nad zachowaniem córki (bezsukutecznie). I chociaż ich działanie jest zupełnie naturalne (bliscy pragną przejąć w takiej sytuacji kontrolę nad sposobem odżywiania się córki, po to, by ułatwić jej konfrontację z przerażającą sytuacją, wyrównać wagę i ratować od śmierci), to jednak mogą swoim zachowaniem sprowokować dziecko do walki (którą i tak wygrywa najczęściej sama chora, ponieważ nie da sobie odebrać kontroli nad wybraną, często jedyną dla niej dostępną formą kontroli nad własnym życiem). Te zmagania o kontrolę nasilają jedynie chorobę i frustrację całej rodziny.

Kiedy choroba rozwija się, prowadzi do destrukcji i nasilenia objawów. Dotąd podporządkowana, perfekcyjna, bardzo pilna i spełniająca oczekiwania córka staje się niezdolna, krnąbrna, opryskliwa, niezdecydowana, czasem agresywna (agresja werbalna), zaczyna wprost wyrażać swoje zdanie, a niejednokrotnie też gorzej się uczyć. Zamiast objawów ujawnia tym samym swoje wcześniej zablokowane uczucia związane z buntem (jak najbardziej potrzebnym do przeżycia w okresie dorostania). Jeśli bunt zostanie stłumiony, to zaowocuje w przyszłości różnicowanymi trudnościami w zakresie życia uczuciowego (rozwojem represyjności, lęków, niewykorzystywania swego pełnego potencjału życiowego, nieumiejętnością nawiązywania relacji społecznych). Rodzice muszą być przygotowani na agresję, bunt i krytycyzm dorastającej córki, pamiętając, że są to normalne zachowania w okresie dojrzewania. Psycholodzy, terapeuci, pedagodzy powinni uprzedzić rodziców, że mogą zdarzyć się zachowania typu *acting-out* (zachowania, w których poprzez działanie wyrażane są bezpośrednio nieuświadomione impulsy, utrata kontroli na pewnych zachowaniach) i myśli czy zachowania samobójcze.

Zakończenie

Okres dorostania to szczególny czas w życiu każdego człowieka. Właściwe rozwiązanie wielu przeżywanego wówczas kryzysów emocjonalnych

(również tego związanego z kształtowaniem się tożsamości) zależy od tego, jak dorośli (rodzice, pedagodzy, psychologzy) wspomogą dorastające dzieci rozsądnym, rozumnym (opartym na znajomości podstawowych prawidłowości rozwoju) postępowaniem wychowawczym. Rodzicielska i pedagogiczna postawa jest niezwykle istotna, aby właściwy dla okresu adolescencji bunt (negatywizm, protest w zachowaniach i myśleniu, często rozumiany jako przejaw agresywności i krnąbrności) został wprost przeżyty i ujawniony po to, aby w dalszym życiu dziewczęta integrowały w sposób poprawny rozwojowo ich dorosłą tożsamość. Dlatego ważne jest, aby rodzice potrafili ten bunt przetrwać, nie wzmagając własnej agresji wobec dorastającego dziecka, konfrontując się z ujawnianymi problemami (poprzez dialog z nastolatką) oraz wypracowując własny autorytet oparty na sile emocjonalnej (nieuleganie nadmiernej frustracji i impulsywności zachowań, umiejętność otwartego wyrażania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć bez lęku przed ośmieszeniem się). Mimo że dla dorastającej nastolatki ważnym punktem odniesienia w relacjach interpersonalnych jest grupa społeczna (rówieśnicy), to podstawowe emocjonalne oparcie powinna otrzymywać, bazując na emocjonalnej sile i autorytecie nauczycielsko-rodzicielskim. Silna emocjonalnie, znacząca dla nastolatki osoba dorosła (matka, ojciec, nauczyciel) wskazuje i modeluje (eksponującą własnych osobowościowych cech oraz zachowań) ważne obszary i granice emocjonalnego funkcjonowania, a także rozwoju. Stanowi istotną matrycę zachodzącej separacji na rzecz zyskiwania przez dziewczęta ich własnej autonomii i indywidualności (wówczas nie „uciekają” one w dorosłość, lecz „wchodzą” w nią zgodnie z odczuwanymi potrzebami i świadomie podejmowaną decyzją).

Bibliografia

- Bruch H., 1978: *The golden cage*. Boston.
- Goldbloom D.S., Garfinkel P.E., 1993: *Anorexia nervosa and bulimia nervosa – diagnostic issues and risk factors*. In: *Handbook of eating disorders*. Ed. S.H. Kennedy. Toronto.
- Iniewicz G., Józefik B., Namysłowska I., Ulasińska R., 2002: *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną*. Część 2. „Psychiatria Polska”, nr 1.
- Izydorczyk B., Trepka-Starosta J., 2003: *Charakterystyka postaw rodzicielskich wobec zaburzeń jedzenia wśród adolescentów (na przykładzie badań własnych)*. W: *Psychologia w służbie rodziny*. Red. I. Janicka, T. Rostowska. Łódź.

- Józefik B., Iniewicz G., Namysłowska I., Ułasińska R., 2002: *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną*. Część 1. „Psychiatria Polska”, nr 1.
- Minuchin S., Rosman B., Barker L., 1978: *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge.
- Pawłowska B., Chuchra M., Masiak M., 2004: *Obraz siebie a obraz innych ludzi w percepcji pacjentek chorych na jadłowstręt psychiczny*. „Psychiatria Polska”, nr 6.
- Pawłowska B., Chuchra M., 2004: *Akceptacja siebie i rodziców przez kobiety z jadłowstrętem psychicznym*. „Psychiatria Polska”, nr 6.
- Sours J.A., 1980: *Starving to death in a sea of objects*. New York.
- Wilson C.P., Hogan C.C., Mintz I.L., eds., 1985: *Fear of being fat: the treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York.