

**Maria Monika Chuchra, Beata
Pawłowska**

**Samoakceptacja u dziewcząt z
jadłowstrętem psychicznym**

Studia nad Rodziną 8/1 (14), 185-201

2004

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.

Maria Monika CHUCHRA, Beata PAWŁOWSKA

SAMOAKCEPTACJA U DZIEWCZĄT Z JADŁOWSTRĘTEM PSYCHICZNYM

Wstęp

Nasilający się wzrost zaburzeń odżywiania, stanowiący poważny problem medyczny i społeczny w Ameryce Północnej czy Europie Zachodniej, nie ominął także naszego kraju. Sporadyczna niegdyś obecność dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym (*anorexia nervosa*) w oddziałach szpitalnych, budząca zdziwienie czy zainteresowanie osób spoza personelu medycznego tą dziwną i niezrozumiałą chorobą, stała się dzisiaj niemal powszechna. Dziewczęta z zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza w okresie adolescencji, są częstymi pacjentkami oddziałów pediatrycznych, ginekologicznych, endokrynologicznych, internistycznych i psychiatrycznych. Zjawisko to, a zwłaszcza fakt, że część z nich umiera, spowodowało zintensyfikowanie badań nad różnymi aspektami tych zaburzeń. Widocznym tego efektem są liczne publikacje zarówno w czasopiśmie naukowych, jak i popularnych. Jednak pomimo istnienia wielu koncepcji, etiopatogeneza zaburzeń odżywiania nadal pozostaje niewyjaśniona. Współcześnie przyjmuje się wieloczynnikowy model rozwoju tego zaburzenia. Obejmuje on aspekty biologiczne, społeczne, kulturowe i psychologiczne. Takie ujęcie warunkuje także wielokierunkowe podejście terapeutyczne¹.

Akcentując w ostatnich latach znaczenie uwarunkowań kulturowych i społecznych, szczególną rolę przypisuje się rodzinie². Wpływy rodzinne mogą mieć istotne znaczenie zarówno wśród czynników predysponujących, spustowych, jak i podtrzymujących proces chorowania³. Systemowe

¹ A. Banaś, A. Januszkiewicz-Grabias, P. Radziwiłłowicz, Wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania się, „Psychiatria Polska” 1998, nr 2, s. 165-176.

² E. J. Borgart, R. Meermann, Stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. In: Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation, Berlin 2001, s. 275-307.

³ B. Józefik, G. Iniewicz, I. Namysłowska, R. Ulańska, Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – cz. I, „Psychiatria Polska” 2002, nr 1, s. 51.

ujęcie wg Minuchina ujmuje anoreksję jako symptom dysfunkcjonalnego systemu rodzinnego. W życiu wewnętrznym takich rodzin wszystkie drzwi w domu są szeroko otwarte, ale szczelnie zamknięte przed światem zewnętrznym. W takiej sytuacji dziecko kształtuje obraz siebie wyłącznie w oparciu o informacje pochodzące od rodziców⁴. Uniemożliwia to mu obiektywizację obrazu siebie, który jest jednym z centralnych elementów w strukturze osobowości.

Z obrazem tym ściśle związana jest akceptacja siebie, która wpływa na poziom przystosowania, na formowanie tożsamości i dojrzałej osobowości, a przede wszystkim jest jednym z czynników determinujących społeczne funkcjonowanie człowieka. C. R. Rogers twierdzi, że człowiek, który rozumie i akceptuje siebie, będzie rozumiał i akceptował innych ludzi. Będą oni dla niego źródłem pozytywnych emocji i wartości⁵.

Akceptacja siebie w niniejszym artykule rozumiana jest jako pozytywne ustosunkowanie się do siebie, polegające na pozytywnym wartościowaniu swojej osoby i związany z tym pozytywny stosunek emocjonalny wobec siebie⁶. Akceptacja siebie nie oznacza aprobowania siebie takim, jakim się jest bez chęci zmiany na lepsze⁷.

Mówiąc o ustosunkowaniu się wobec siebie, na ogół wyróżnia się dwie skrajne możliwości, a mianowicie: wysoką i niską samoakceptację. Skrajne postawy rzadko jednak występują w czystej postaci, a pełna samoakceptacja także nie jest stanem optymalnym. Całkowita akceptacja występuje jako wyraz albo obniżonego wglądu, albo poważnych zaburzeń psychicznych⁸.

Analizując literaturę rodzimą, dotyczącą dziewcząt chorych na anoreksję, zauważyć można brak badań dotyczących problemu samoakceptacji. Badania koncentrują się głównie na percepcji ciała i w tym kontekście na ogół wspomina się także o obrazie siebie czy akceptacji siebie u anorektyczek⁹.

⁴ G. Weber, H. Stierlin, *Familiendynamik und Familientherapie der Anorexia nervosa-Familie*, Hrsg. R. Meermann, *Anorexia Nervosa*, Stuttgart 1981, s. 108.

⁵ Cyt za: A. Tomkiewicz, *Samoakceptacja w kontekście uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych*, RT 1996, z. 6, s. 164.

⁶ A. Tomkiewicz, *Samoakceptacja a relacje interpersonalne*, RTK 1981, z. 6, s. 190.

⁷ A. Januszewski, *Niektóre zdolności poznawania siebie i drugiej osoby*, Lublin 1988, s. 55.

⁸ Z. Płużek, J. Łazowski, M. Kozioł, A. Kozłowska, *Porównanie pacjentów z chorobą wrzodową z grupami kontrolnymi w badaniach poszczególnymi testami*, w: *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*, red. J. Łazowski, Warszawa 1985, s. 104; A. Tomkiewicz, *Samoakceptacja w kontekście uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych*, dz. cyt., s. 164.

⁹ A. Rajewski, M. Talarczyk-Więckowska, *Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego*, „*Psychiatria Pol-*

Niniejszy artykuł jest próbą dokładniejszego przyjrzenia się problemowi akceptacji siebie u dziewcząt z anoreksją. Powszechnie bowiem uważa się, że dziewczęta te mają negatywny obraz siebie oraz niską akceptację siebie. O niskiej akceptacji siebie mówi się także u alkoholików, chorych na nerwicę czy schizofrenię. Niską akceptację siebie posiadają także niektórzy ludzie, którzy powszechnie są uważani za zdrowych. Rodzi się więc szereg pytań:

1) W zakresie jakich cech kobiety z anoreksją akceptują siebie, a w obszarze jakich wykazują brak akceptacji siebie?

2) Posiadanie jakich cech osobowości warunkuje akceptację siebie?

3) Jaki jest poziom akceptacji siebie u kobiet z anoreksją w kontekście innych grup klinicznych?

Celem niniejszego artykułu jest próba odpowiedzi na powyższe pytania.

Grupa badana i metoda

Grupę badaną stanowiło 31 kobiet hospitalizowanych po raz pierwszy w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie, w wieku od 15-29 lat (średnia wieku – 20,5), z rozpoznaniem klinicznym jadłowstrętu psychicznego. Kobiety badano w początkowym okresie leczenia, kilka dni po przybyciu do kliniki, po nawiązaniu zadawalającego kontaktu.

Badania przeprowadzono Testem Przymiotnikowym ACL (*The Adjective Check List*) H. G. Gougha i A. B. Heilbruna, wersją 37 skal. Składa się on z 300 przymiotników, które służą do opisu osobowości i odnoszą się do szerokiego zakresu ludzkich cech i zachowań¹⁰. Pacjentki wypełniały test dwukrotnie. Najpierw w wersji „ja jestem”, a następnie „ja chciałabym być”. Pozwoliło to na otrzymanie realnego i idealnego obrazu siebie. Stopień rozbieżności pomiędzy tymi profilami ma istotne znaczenie dla oceny stopnia samoakceptacji. Wskaźnik samoakceptacji obliczono dwoma sposobami: określając różnicę między skalami w obrazie realnym i idealnym badanych kobiet (wskaźnik podobieństwa profili – D) oraz porównując liczbę pozytywnych i negatywnych przymiotników zaznaczonych przez badane w obrazie realnym (wskaźnik S = Fav/Unfav)¹¹.

ska” 1996, nr 5, s. 811-820; J. Rabe-Jabłońska, Zaburzenia obrazu własnego ciała w jadłowstręcie psychicznym, „Psychiatria Polska” 1997, nr 4, s. 397-408; M. Śmiarowska, B. Krzyżanowska-Swiniarska, R. Kamiński, E. Szakowska, J. Horodnicki, Wydzielanie niektórych hormonów a osobowość w jadłowstręcie psychicznym, „Psychiatria Polska” 2002, nr 1, s. 83-93.

¹⁰ H. G. Gough, A. B. Heilbrun, *The Adjective Check List*, Palo Alto 1980; A. Juros, P. Oleś, Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przymiotnikowego ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna, w: *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej*, red. J. Brzeziński, E. Hornowska, Poznań 1993, s. 171-201.

¹¹ R. Ł. Drwal, *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*, Warszawa 1995, s. 86-89.

Wyniki badań

W pierwszej kolejności porównano i opisano realne i idealne obrazy siebie. Dla przejrzystości opisu skale połączono w następujące grupy interpretacyjne:

1) Określenie siebie i sposobu funkcjonowania (NoCkd, Fav, Un-Fav, Com);

2) Potrzeby związane z osiąganiem celów i realizowaniem dążeń (Ach, Dom, End, Ord);

3) Potrzeby związane z kontaktem interpersonalnym (Int, Nur, Aff, Het, Exh, Suc);

4) Potrzeby związane z ustosunkowaniem się do życia (Aut, Agg, Cha, Aba, Def, Crs);

Sposoby odnoszenia się do siebie i realizowania siebie (S-Cn, Cfd, P-Adj);

5) Skale osobowości kreatywnej (iss, Cps, Mls, Mas, Fem);

6) Skale zachowań i relacji interpersonalnych (Cp, Np, A, Fc, Ac).

W interpretacji pominięto skale oryginalności – inteligencji, gdyż są one najslabiej opracowane i trudne do interpretacji.

Tab. 1. Różnice między realnym i idealnym obrazem siebie

Skale Testu ACL	obraz realny	obraz idealny	t	p<
Nck – ogólna liczba przym.	39,81	41,13	-1,03	
Fav – liczba przym. pozytywnych	37,74	51,87	-5,48	0,001
Ufv – liczba przym. negatywnych	59,35	40,71	6,40	0,001
Com – typowość	33,74	33,45	0,11	
Ach – osiągnięć	42,90	54,94	-5,36	0,001
Dom – dominacji	40,16	57,19	-8,38	0,001
End – wytrwałości	47,42	58,19	-3,48	0,01
Ord – porządku	50,61	58,35	-2,70	0,01
Int – rozum. siebie i innych	41,03	47,68	-2,74	0,01
Nur – opiekania się	41,77	48,10	-3,30	0,01
Aff – afiliacji	37,74	53,42	-6,09	0,001
Het – kont. heteroseksualnych	36,90	52,42	-7,75	0,001
Exh – ujawniania się	43,65	57,32	-5,89	0,001
Aut – autonomii	48,52	51,94	-1,76	
Agg – agresji	47,90	48,81	-0,45	
Cha – zmiany	40,39	42,52	-1,05	
Suc – wsparcia	60,13	41,94	7,68	0,001
Aba – upokorzenia	60,71	42,87	8,52	0,001
Def – podporządkowania	53,45	48,00	3,30	0,01

Skale Testu ACL	obraz realny	obraz idealny	t	p<
Crs – gotowość na pomoc	50,65	42,32	3,97	0,001
S- Cn – samokontrola	53,16	49,16	1,94	
S- Cfd – zaufanie do siebie	38,39	63,13	-8,47	0,001
P				-
- Adj – przystosowanie osobiste	37,77	51,03	-6,07	0,001
Iss – idealny obraz siebie	43,74	69,35	-8,84	0,001
Cps – osobowość twórcza	44,06	58,74	-5,94	0,001
Mls – uzdolnienia przywódcze	40,65	46,77	-2,49	0,02
Mas – męskość	43,55	59,00	-6,50	0,001
Fem – kobiecość	42,77	39,65	1,84	
CP – Rodzic krytyczny	53,90	48,39	3,44	0,01
NP – Rodzic wychowawczy	40,39	56,87	-6,55	0,001
A – Dorosły	42,58	55,13	-5,44	0,001
FC – Dziecko wolne	37,45	55,52	-8,40	0,001
AC – Dziecko adaptowane	59,16	42,48	7,78	0,001

Ad. 1. Określenie siebie i sposobu funkcjonowania (NoCkd, Fav, Unfav, Com).

Ta grupa skal pozwala na scharakteryzowanie badanych pod względem ich opisu siebie przymiotnikami pozytywnymi i negatywnymi oraz postawy wobec siebie i innych. W obrazie realnym trzy wyniki mieszczą się znacznie poniżej średniej, na poziomie wyników niskich, zaś jeden – liczba przymiotników negatywnych, znacznie powyżej średniej, osiągając pułap wyników wysokich. Tak więc pacjentki do opisu siebie wybrały zdecydowanie więcej przymiotników negatywnych niż pozytywnych. Spostrzegają siebie jako osoby zniechęcone, zmienne, zawzięte, pesymistyczne w widzeniu przyszłości, pełne lęku i obaw. W obrazie idealnym w zakresie tych cech chciałyby się zmienić. Zarówno w skali: liczba przymiotników pozytywnych, jak i: liczba przymiotników negatywnych, wyniki pomiędzy obrazami realnymi i idealnymi różnią się wyraźnie ($p < 0,001$). W wyborach zmieniają się istotnie proporcje, przy nie zmienionej ogólnej liczbie wybranych przymiotników.

Ad. 2. Potrzeby związane z osiągnięciem celów i realizowaniem dążeń (Ach, Dom, End, Ord).

W obrazie realnym wyniki w trzech skalach (Ach, Dom, End) są poniżej średniej, zaś jednej na poziomie średnim. W obrazie idealnym wszystkie są znacznie powyżej średniej. We wszystkich skalach związanych

z osiaganiem celów i realizowaniem dążeń wystąpiły bardzo istotne statystycznie różnice pomiędzy realnym i idealnym obrazem siebie.

Oznacza to, że w zakresie realizowania tych potrzeb, pacjentki nie są zadowolone z siebie, czyli wykazują brak akceptacji siebie w zakresie takich cech, jak: nieśmiałość, brak wytrwałości, przedsiębiorczości, pewności siebie. Chciałyby stać się osobami wytrwale dążącymi do celu, zdecydowanymi, ambitnymi. Pragną to osiągnąć przez sumienną pracę i poczucie obowiązku.

Zwraca uwagę nieco wyższy wynik w skali porządku, w porównaniu z pozostałymi trzema skalami, choć i w tym zakresie pacjentki chciałyby się zmienić, choć w nieco mniejszym stopniu (Ord, $p < 0,01$). Chciałyby się stać jeszcze bardziej uporządkowane, kontrolujące i zorganizowane.

Ad. 3. Potrzeby związane z kontaktem interpersonalnym (Int, Nur, Aff, Het, Exh, Suc).

W realnym obrazie potrzeb związanych z kontaktem interpersonalnym wyniki pacjentek mieszczą się poniżej średniej i zbliżają się do obszaru wyników niskich. Jedyne wyjątek stanowi wynik w skali wsparcia, który jest na poziomie wysokim.

Na szczególną uwagę zasługuje wynik w skali potrzeby kontaktów heteroseksualnych, który jest najniższym wynikiem nie tylko wśród skal potrzeb, ale i w całym profilu¹². Taki poziom wyników informuje, że badane dziewczęta mają trudności w kontaktach z innymi ludźmi, unikają bliskich więzi i zaangażowania. Są ostrożne, nieufne i nastawione obronnie, gdyż są niepewne co do intencji innych ludzi. Jednocześnie będąc mało odporne na sytuacje stresowe i kryzysowe, oczekują wsparcia ze strony innych osób, uważając je za silniejsze i skuteczniejsze w działaniu. Porównując wyniki w realnych i idealnych obrazach pacjentek, we wszystkich skalach otrzymano różnice istotne. Wyniki w większości skal obrazu idealnego są jednak na poziomie przeciętnym, jedynie w skali ujawniania się wynik jest zbliżony do wysokiego, zaś w skali wsparcia uległ znacznemu obniżeniu. Oznacza to, że badane nie są zadowolone ze swoich kontaktów z innymi ludźmi i pragną je zmienić. Największe pragnienie zmian dotyczy kolejno cech mierzonych przez skale wsparcia, kontaktów heteroseksualnych i ujawniania się. Dziewczęta chcą być niezależne, pewne siebie, skuteczne w wyznaczaniu i osiaganiu celów. Pragną mieć ciepłe i serdeczne relacje z innymi ludźmi, zwłaszcza z plcią przeciwną, jednak bez głębszego zaangażowania. Chcą przyciągać uwagę innych i czerpać radość z kontaktów z ludźmi.

¹² Najniższy jest wynik w skali Com. Nie jest to jednak cecha charakterystyczna dla anorektyczek, gdyż zazwyczaj w polskich profilach jest on najniższy i ostrożnie interpretowany.

Ad. 4. Potrzeby związane z ustosunkowaniem się do życia (Aut, Agg, Cha, Aba, Def).

Wyniki trzech skal potrzeb (Aut, Agg, Cha) związanych z ustosunkowaniem się do życia w obrazie realnym są poniżej średniej, zaś dwóch (Aba, Def) powyżej. Analiza wyników realnego obrazu siebie u dziewcząt z anoreksją ujawnia, że są one konwencjonalne, podporządkowane innym, unikają konfliktów, rezygnują z własnych pragnień i szukają bezpieczeństwa w tym co wypróbowane i pewne. Wolą raczej anonimowość i spokój niż odnoszenie zwycięstw w kontaktach z ludźmi. Porównując wyniki realnych i idealnych obrazów, otrzymano różnice w dwóch (Aba, $p < 0,001$, Def, $p < 0,01$) spośród pięciu opisywanych skal. Dziewczęta chciałyby jedynie zmienić cechy mierzone przez skale upokorzenia (Aba) i podporządkowania (Def), czyli stać się bardziej pewne siebie, umieć „dopominać się o swoje”, umieć współzawodniczyć i potrafić czasami zarzykować.

Ad. 5. Sposoby odnoszenia się do siebie i realizowania siebie (S-Cn, Cfd, P-Adj).

Spośród trzech skal badających ustosunkowanie się do siebie i auto-realizację, wyniki dwóch skal w obrazie realnym (Scf, P-Adj) znajdują się poniżej średniej, w obszarze wyników niskich, zaś jednej (Scn) nieco powyżej średniej. Wskazują one, że badane mają małe zaufanie do siebie, są zahamowane i skryte. Wykazują trudności adaptacyjne, są niespokojne, nastrojowe, wykazują małą odporność psychiczną i nadmierną samokontrolę.

Porównując obrazy realne i idealne w zakresie omawianych skal, w dwóch z nich wystąpiły różnice istotne statystycznie na bardzo wysokim poziomie. Dziewczęta chciałyby mieć znacznie większe zaufanie do siebie (Scf, $p < 0,001$) i być lepiej przystosowane (P-Adj, $p < 0,001$). Pragną także nieco zmniejszyć poziom samokontroli (Scn), choć różnica w tej skali nie osiąga jeszcze poziomu istotnego statystycznie.

Ad. 6. Skale osobowości kreatywnej (Iss, Cps, Mls, Mas).

W realnym obrazie siebie wyniki we wszystkich skalach osobowości kreatywnej mieszczą się poniżej średniej, w granicach wyników przeciętnych. Pozwalają one scharakteryzować pacjentki jako osoby mające trudności w ustalaniu i osiąganiu celów, uprzejme, mające wzgląd na prawa i pragnienia innych, przytłumione, uciekające w marzenia i fantazje, wycofujące się z kontaktów, nastawione obronnie.

W obrazie idealnym trzech (Iss, Cps, Mas) spośród pięciu skal wyniki są powyżej przeciętnej, zbliżając się do wyników wysokich, z wyjątkiem

skali Iss, która tę granicę przekracza i jest najwyższym wynikiem w profilu idealnym. Porównując realne i idealne obrazy w zakresie tych skal, pomiędzy czterema (Iss, $p < 0,001$, Cps, $p < 0,001$, Mas, $p < 0,001$, Mls, $p < 0,05$) wystąpiły różnice istotne na poziomie statystycznym. Dziewczęta chciałyby być bardziej przekonane o wartości nieustannego wysiłku i samodyscyplinowania, ambitniejsze i efektywniejsze w osiągnięciu celów.

Na szczególną uwagę zasługuje w tej grupie skal osobowości kreatywnej skala kobiecości (Fam), interpretowana w kontekście skali męskości (Mas). W obrazie realnym wyniki w obu tych skalach mieszczą się na poziomie przeciętnym, poniżej średniej i różnica pomiędzy średnimi jest minimalna (równa 0,78), zaś w obrazie idealnym jest bardzo duża (równa 20). Porównując natomiast wyniki pomiędzy realnymi i idealnymi obrazami w obu tych skalach, w skali męskości (Mas, $p < 0,001$) występuje różnica istotna, wskazująca na chęć nasilenia cech mierzonych tą skalą, zaś w skali kobiecości (Fem) różnica nie jest jeszcze istotna (choć się zbliża), wskazując na chęć obniżenia cech mierzonych przez tę skalę.

Ad. 7. Skale zachowań i relacji interpersonalnych (analizy transakcyjnej) (CP, NP, A, FC, AC).

Analizując skale zachowań i relacji interpersonalnych, w obrazie realnym najniższe wyniki (obszar wyników niskich) jest w skali wolnego dziecka (FC). Pozostałe wyniki są na poziomie przeciętnym, z tym że w skali dorosłego (A) i rodzica opiekuńczego (NP) mieszczą się poniżej średniej, a rodzica krytycznego (CP) i dziecka adaptowanego (AC) powyżej. Ten ostatni zbliżony jest do wyników wysokich. Taki układ skal wskazuje na to, że pacjentki są niepewne, niezadowolone, zależne, łatwo ulegające dezorganizacji pod wpływem stresu, pozbawione zapału.

Porównując wyniki realnego obrazu z idealnym, we wszystkich skalach wystąpiły różnice istotne statystycznie. W obrazie idealnym skal analizy transakcyjnej istotnemu obniżeniu uległy wyniki w skalach rodzica krytycznego (CP, $p < 0,01$) oraz dziecka adaptowanego (AC, $p < 0,001$), zaś podwyższeniu w skalach dziecka wolnego (AC, $p < 0,001$), dorosłego (A, $p < 0,001$) oraz rodzica opiekuńczego (CP, $p < 0,001$). Największych zmian pragną w zakresie cech mierzonych przez skale dziecka wolnego (FC) i rodzica opiekuńczego (NP). Oznacza to, że chciałyby być uczynne, lojalne, opiekuńcze i tolerancyjne wobec siebie i innych. Chciałyby bardziej obiektywnie oceniać rzeczywistość, lepiej radzić sobie z sytuacjami trudnymi, być osobami odpowiedzialnymi, autonomicznymi, spontanicznymi, umiejącymi cieszyć się życiem.

W następnym etapie wskaźnik samoakceptacji obliczono porównując liczbę pozytywnych z liczbą negatywnych przymiotników zaznaczanych

w obrazie realnym przez badane pacjentki (S=Fav/Unfav). Określono także współzależności między wskaźnikiem samoakceptacji (S=Fav/Ufav) a skalami potrzeb, skalami tematycznymi i skalami analizy transakcyjnej testu ACL (Tab. 2). Analiza powyższych zależności pozwala odpowiedzieć na następujące pytanie: posiadanie jakich cech osobowości warunkuje akceptację siebie u kobiet z anoreksją.

Tab. 2. Współczynniki korelacji między wskaźnikiem samoakceptacji a skalami testu ACL

Skale Testu ACL	Współczynniki korelacji r – Pearsona	p<
Ach – osiągnięć	0,82	0,001
Dom – dominacji	0,74	0,001
End – wytrwałości	0,85	0,001
Ord – porządku	0,73	0,001
Int – rozumienia siebie i innych	0,74	0,001
Nur – opiekowania się	0,74	0,001
Aff – afiliacji	0,85	0,001
Het – kontaktów heteroseksualnych	0,74	0,001
Exh – ujawniania się	0,21	
Aut – autonomii	-0,34	
Agg – agresji	-0,57	0,001
Cha – zmiany	0,13	
Suc – wsparcia	-0,47	0,01
Aba – upokorzenia	-0,33	
Def – podporządkowania	0,47	0,01
Crs – gotowość na pomoc	-0,46	0,01
S- Cn – samokontrola	0,37	0,05
S-Cfd – zaufanie do siebie	0,76	0,001
P-Adj – przystosowanie osobiste	0,76	0,001
Iss – idealny obraz siebie	0,88	0,001
Cps – osobowość twórcza	0,52	0,01
Mls – uzdolnienia przywódcze	0,67	0,001
Mas – męskość	0,50	0,01
Fem – kobiecość	0,22	
CP – Rodzic krytyczny	-0,45	0,01
NP – Rodzic opiekuńczy	0,87	0,001
A – Dorosły	0,84	0,001
FC – Dziecko wolne	0,60	0,001
AC – Dziecko adaptowane	-0,82	0,001

Analizując współzależności pomiędzy wskaźnikiem samoakceptacji, a 29 skalami realnego obrazu anorektyczek, bardzo istotne ($p < 0,001$) korelacje stwierdzono w 17 skalach, zaś istotne w 7 ($p < 0,001$, $p < 0,05$). W 19 skalach są to korelacje pozytywne, a w 5 negatywne. Brak istotnych korelacji stwierdzono jedynie w 5 skalach.

Bardzo istotny statystycznie ($p < 0,001$) związek występuje pomiędzy poziomem samoakceptacji u kobiet z anoreksją, a zespołem potrzeb związanych z osiągnięciem celów i realizowaniem dążeń (Ach, Dom, End, Ord). Oznacza to, że akceptacja siebie u dziewcząt jest związana z posiadaniem przez nie takich cech, jak pracowitość i wytrwałość w dążeniu i osiąganiu ambitnych celów oraz umiejętność organizacji i planowania swoich działań.

Analizując związek samoakceptacji dziewcząt z potrzebami związanymi z kontaktem interpersonalnym, pozytywne korelacje otrzymano z czterema spośród sześciu skal. Są to: potrzeba rozumienia siebie i innych (Int, $p < 0,001$), opiekowania się (Nur, $p < 0,001$), afiliacji (Aff, $p < 0,001$) oraz kontaktów heteroseksualnych (Het, $p < 0,001$). Negatywną korelację otrzymano ze skalą wsparcia (Suc, $p < 0,01$). Pozwala to sądzić, że dziewczęta akceptację siebie wiążą z posiadaniem takich cech, jak: niska potrzeba wsparcia ze strony innych, niezależność, umiejętność nawiązywania kontaktów towarzyskich zwłaszcza z płcią przeciwną, umiejętność współpracy z innymi, umiejętność rozumienia innych i współczucia.

Spośród pięciu skal potrzeb związanych z ustosunkowaniem się do życia, jedynie dwie wykazują związek z samoakceptacją. Pozytywna korelacja występuje ze skalą podporządkowania (Def, $p < 0,01$), zaś negatywna ze skalą agresji (Agg, $p < 0,001$). Dziewczęta więc akceptację siebie wiążą z uległością, skromnością, cierpliwością i umiejętnością unikania konfliktów.

Wskaźnik samoakceptacji istotnie koreluje ze wszystkimi skalami badającymi ustosunkowanie się do siebie i realizowanie siebie. Bardzo wysokie pozytywne korelacje zachodzą ze skalami: zaufanie do siebie (S-Cn, $p < 0,001$) i przystosowanie (P-Adj, $p < 0,001$). Nieco słabsza, lecz także istotna korelacja zachodzi ze skalą samokontroli (S-Cn, $p < 0,05$). Oznacza to, że badane dziewczęta akceptację siebie wiążą z posiadaniem takich cech, jak: stanowczość, przedsiębiorczość, zaufanie do siebie, pozytywne ustosunkowanie wobec życia i ludzi oraz umiejętność sprawowania kontroli nad swoimi działaniami.

Pozytywne korelacje zachodzą pomiędzy wskaźnikiem samoakceptacji a skalami osobowości kreatywnej. Najsilniejsze korelacje występują ze skalą idealnego obrazu siebie (Iss, $p < 0,001$) oraz uzdolnień przywódczych (Mls, $p < 0,001$). Nieco słabszy jest związek ze skalą osobowości

twórczej (Cps, $p < 0,01$) oraz męskości (Mas, $p < 0,01$). Związki te wskazują, że cechami warunkującymi akceptację siebie u dziewcząt z anoreksją są: stanowczość, przedsiębiorczość, umiejętność podejmowania decyzji oraz zdolność osiągnięcia celów.

Spośród pięciu skal analizy transakcyjnej, pomiędzy trzema a wskaźnikiem samoakceptacji występują korelacje pozytywne, a pomiędzy dwoma negatywne. Korelacje pozytywne dotyczą rodzica opiekuńczego (NP, $p < 0,001$), dorosłego (A, $p < 0,001$) oraz dziecka wolnego (FC, $p < 0,001$). Korelacje negatywne występują w odniesieniu do rodzica krytycznego (CP, $p < 0,01$) oraz dziecka adaptowanego (AC, $p < 0,001$). Oznacza to, że akceptacja siebie u badanych dziewcząt związana jest z posiadaniem takich cech, jak: odpowiedzialność, autonomiczność, spontaniczność, radość życia oraz umiejętność dokonywania obiektywnych ocen rzeczywistości i radzenie sobie w sytuacjach trudnych.

W kolejnym etapie pracy zestawiono dostępne w literaturze wskaźniki podobieństwa profili D (zwanymi także wskaźnikiem samoakceptacji) u osób zdrowych, pacjentów uzależnionych od alkoholu, chorych na nerwicę, schizofrenię oraz badanych chorych na anoreksję (Tab. 3).

Tab. 3. Porównanie wskaźnika samoakceptacji (D)

Rozpoznanie	Wskaźnik samoakceptacji (D)
Pacjentki chore na anoreksję	16,63
Uzależnieni od alkoholu	13,28
Chorzy na nerwicę	12,30
Chorzy na schizofrenię	11,48
Zdrowi	10,31

Powyższe zestawienie wskazuje, że u badanych kobiet z anoreksją występuje największa rozbieżność pomiędzy realnym i idealnym obrazem siebie. Oznacza to również, że pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego charakteryzuje najniższy poziom akceptacji siebie, w porównaniu z wymienionymi grupami klinicznymi i osobami zdrowymi.

Wnioski

1. Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym cechuje duża rozbieżność pomiędzy realnym i idealnym obrazem siebie oraz niski poziom akceptacji siebie.
2. Niska samoakceptacja jest związana z wysokim poziomem agresji, zależnością od stresu i małą na niego odpornością.

3. Brak akceptacji siebie jest szczególnie nasilony w odniesieniu do postawy wobec siebie i życia, typu relacji z innymi oraz realizacji zadań i celów.

4. Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym charakteryzuje najniższy poziom samoakceptacji w porównaniu z osobami uzależnionymi od alkoholu, chorymi na nerwicę, schizofrenię oraz osobami zdrowymi.

Omówienie wyników

Porównując realne i idealne obrazy siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, otrzymano aż 26 różnic istotnych statystycznie na 33 omawiane skale Testu ACL. Jedynie w 7 skalach różnice te nie były istotne na poziomie statystycznym. Brak istotnych różnic dotyczy skali ogólnej liczby wybranych przymiotników (NoCkd), typowości (Com), zmiany (Cha), autonomii (Aut), agresji (Agg), samokontroli (S-Cn) oraz kobiecości (Fem). Jeśli przyjmiemy, że brak różnic pomiędzy realnym i idealnym obrazem siebie oznacza akceptację siebie w zakresie cech mierzonych tymi skalami, wymagają więc one szczególnego potraktowania.

Niska potrzeba zmiany i brak chęci zmiany wiąże się z poszukiwaniem poczucia bezpieczeństwa, stabilizacji. Okres dojrzewania jest czasem zmian zarówno na płaszczyźnie relacji z rówieśnikami, jak i zmian w obrazie własnego ciała, poszukiwania własnej tożsamości. W okresie tym budzi się lęk przed własną seksualnością, intymnością, niezależnością. Jest to również okres wyrażania buntu wobec rodziców, który jeśli jest konstruktywnie przeżyty, pozwala na kształtowanie obrazu siebie jako autonomicznej osoby. Dziewczęta z jadłowstrętem, bojąc się tych zmian i niezależności, stosują mechanizm regresji, którego symptomem jest choroba. Gwarantuje ona rodzicielską ochronę. Z drugiej strony ten brak dążenia do autonomii łączy się z postawami rodziców, którzy każdy jej przejaw traktują jako egoizm, dowód niewdzięczności za ich miłość i poświęcanie się, co prowadzi do jeszcze większego uzależnienia się i braku samodzielności¹³.

Brak istotnych różnic w skali agresji, przy jednocześnie najwyższych wynikach w skalach podporządkowania się i poniżenia siebie, zdają się korespondować ze zdaniem tych autorów, którzy uważają, że dziewczęta z jadłowstrętem mają trudności w wyrażaniu własnych emocji, głównie negatywnych, takich jak agresja, którą tłumią. Anoreksja jest wtedy wyrazem pasywno-agresywnego zachowania, sposobem wyrażenia emocji,

¹³ G. Weber, H. Stierlin, *Familiendynamik und Familientherapie der Anorexia nervosa-Familie*, dz. cyt., s. 115.

których ujawnianie wprost jest w rodzinie zakazane i nieakceptowane, mimo że anorektyczki spostrzegane są przez otoczenie jako osoby agresywne. Nie mają więc one same wglądu w mechanizm tłumienia agresji¹⁴.

Na szczególną uwagę, jak już wspomniano przy opisie wyników, zasługuje skala kobiecości (Fem). Brak istotnej różnicy pomiędzy realnym i idealnym obrazem pacjentek w tej skali, sugerujący akceptację siebie w zakresie cech mierzonych tą skalą, jest zwodniczy. Interpretacja wyników tej skali w kontekście skal męskości (Mas), kontaktów heteroseksualnych (Het), a także skal potrzeb osiągnięć (Ach) i dominacji (Dom) – mierzących cechy przypisywane raczej mężczyznom – wskazuje, że badane mają problemy związane z tożsamością seksualną. Spojrzenie na wyniki w realnych i idealnych obrazach skal męskości i kobiecości ukazuje rzeczywistą tendencję badanych. Średnia w skali kobiecości w obrazie idealnym jest najniższa w całym profilu. Pacjentki pragną nasilenia cech mierzonych skalą męskości oraz znacznego obniżenia tych, które mierzy skala kobiecości, a różnica jest zbliżona do istotnej. Rezultaty niniejszych badań są zatem potwierdzeniem poglądów tych autorów, którzy twierdzą, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym nie akceptują siebie jako kobiety. Brak akceptacji swojej kobiecości ujawnia się w braku akceptacji dojrzywania seksualnego, wyglądu swego ciała, lęku przed byciem kobietą, a także chęcią pozostania dzieckiem¹⁵. Brak akceptacji w wyglądzie cech kobiecych ujawnia się w sposobie ubierania maskującym atrybuty kobiecości. Anoreksja, wg niektórych badaczy, daje poczucie bycia odległym od obrazu kobiety kreowanego przez matkę¹⁶. Można jednak przypuszczać, że w tej dziedzinie cechuje badane pewna ambiwalencja. Realną potrzebę kontaktów heteroseksualnych (Het), ujawnianą jako najniższą w profilu, pragną istotnie nasilić, o czym świadczą wyniki w obrazie idealnym. Niektórzy z autorów podkreślają, że rodzące się w okresie adolescencji pragnienia seksualne nie pasują do idealnego obrazu siebie, perfekcji dążeń, moralności narzuconej sobie, dlatego też pacjentki karzą siebie za nie, dokonując samouszkodzeń¹⁷. Albisetti – przedstawiciel współczesnej psychoanalizy – pisze wprost, że wiele jego pacjentek przeżywa w sposób zagmatwany własną tożsamość seksualną i że wiele z nich, przez długi czas umacniało w sobie poczucie bycia mężczyzną. Samo bycie anorek-

¹⁴ G. Reich, C. Buss. Familienbeziehungen bei Bulimia und Anorexia nervosa, „Familiendynamik” 2002, vol. 3, s. 230-253.

¹⁵ H. Mester, Die Anoreksja nervosa, Heidelberg 1981, s. 87-92; J. Vanderlinden. Anorexia nervosa overwinnen, Tiel 2002, s. 48-52.

¹⁶ Therapie der Magersucht und Bulimie, Herausgeber: M. Gerlinghoff, H. Backmund, Weinheim 1995.

¹⁷ H. Mester, Die Anoreksja nervosa, dz. cyt.

tyczką może u niektórych ujawniać chęć upodobnienia się i utożsamienia z męską sylwetką, a także udowodnienia, że stawiają siebie na równi z mężczyznami. Wśród przyczyn pragnienia zniszczenia atrybutów swojej kobiecości autor wymienia patologiczne relacje z ojcem, trudne lub niechciane doświadczenia seksualne, przemoc seksualną¹⁸. W swoich poglądach w tym zakresie jest zgodny z innymi autorami¹⁹.

Dokonując syntezy otrzymanych wyników mających dać odpowiedź na pierwsze pytanie, postawione we wstępie niniejszej pracy, można stwierdzić, że pacjentki cechuje niska akceptacja siebie. Akceptują u siebie jedynie posiadanie takich cech, jak: dążność do stabilizacji, umiarkowanie, cierpliwość, wyrozumiałość, umiejętność unikania konfliktów oraz brak wymagań wobec innych. Wyniki otrzymane w 26 skalach potwierdzają poglądy licznych autorów, że chore na jadłowstręt psychiczny mają negatywny obraz siebie i wykazują brak lub niską akceptację siebie.

Analizując postawy pacjentek wobec siebie i życia, stwierdzono, że mają one małe zaufanie do siebie, niskie poczucie wartości, są zahamowane, skryte i mało odporne na sytuacje stresowe. Pesymistycznie patrzą na przyszłość, są pełne lęku i obaw. W zakresie realizacji zadań i celów są mało skuteczne, niepewne, nieśmiałe, brak im przedsiębiorczości i wytrwałości. W relacjach z innymi ludźmi utrzymują dystans, unikają bliskich więzi i zaangażowania, są nieufne, ostrożne i nastawione obronnie. Rezygnując z własnych pragnień, podporządkowują się innym i unikają konfliktów. Wyniki te korespondują z wynikami innych polskich badaczy²⁰, a także są zgodne z opiniami autorów zagranicznych²¹. Wielu z nich podkreśla, że poczucie małej wartości i negatywny obraz siebie kompensowany jest przez perfekcjonistyczne strategie, dążenia, samopoprawiania i diety²². Kompensacyjny mechanizm samokontroli daje im poczucie siły, inności, niezwykłości, dumy i wyższości²³. Jednocześnie

¹⁸ V. Abisetti, Pułapka anoreksji, Kielce 2001, s. 45-46.

¹⁹ J. Vanderlinden, J. Norré, W. Vandereycken, R. Meermann, Die Behandlung der Bulimia nervosa, Stuttgart 1992; J. Vanderlinden, Anorexia nervosa overwinnen, dz. cyt., s. 77.

²⁰ M. Śmiarowska, B. Krzyżanowska-Świniarska, R. Kamiński, E. Szakowska, J. Horodnicki, Wydzielanie niektórych hormonów a osobowość w jadłowstręcie psychicznym, dz. cyt., s. 85.

²¹ G. Noordenbos, Problem and Possibilities of the Prevention of Eating Disorders. „European Eating Disorders Review” 1994, vol. 2 (3), s. 130-132.

²² J. Norré, W. Vandereycken, Ambulante behandeling van eetstoornissen, Diegem 1993; Group Psychotherapy for Eating Disorders, Washington 1992, s. 298.

²³ K. Köhle, C. Simons, Anorexia nervosa, in: Lehrbuch der psychosomatischer Medizin, München 1979, s. 537-538; M. Krystek, Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczną, w: Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji, red. A. Suchańska, Poznań 2000, s. 141-172; V. Abisetti, Pułapka anoreksji, dz. cyt., s. 45.

podkreślają, że opanowanie swoich potrzeb służy odbudowaniu niezależności i poczucia wartości oraz jest protestem przeciw nadmiernej kontroli rodziców²⁴. Obronna postawa wobec świata i ludzi jest wynikiem izolacji dziecka od świata zewnętrznego, który jest przedstawiany jako niebezpieczny i zagrażający, a dom rodzinny staje się jedynym przed nim schronieniem²⁵. Matka w dobrej wierze chroni córkę, wzmacniając w niej jej obraz jako osoby słabej, bezradnej, niekompetentnej i wymagającej wsparcia²⁶.

Szukając odpowiedzi na pytanie, jakie cechy osobowości warunkują akceptację siebie, skorelowano wskaźnik akceptacji siebie Fav/UnFav z poszczególnymi skalami Testu ACL. Okazało się, że akceptację siebie w zakresie postaw wobec siebie i życia badane dziewczęta wiążą z posiadaniem takich cech, jak: zaufanie do siebie, niezależność, odpowiedzialność, spontaniczność, radość życia oraz umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W zakresie realizacji zadań i celów dziewczęta akceptację siebie uzależniają od umiejętności osiągania ambitnych celów, umiejętności organizacji i planowania swoich działań, podejmowania decyzji. Wiążą je z pracowitością, wytrwałością, przedsiębiorczością oraz umiejętnością kontroli nad swoimi działaniami. Relacje z innymi ludźmi będą dla nich źródłem radości pod warunkiem, że posiadają umiejętność nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów towarzyskich, zwłaszcza z płcią przeciwną, umiejętność rozumienia innych i współpracy z nimi. Jednocześnie niska potrzeba wsparcia umocni ich niezależność. Otrzymałe wyniki w znacznej mierze są zbieżne z nakreślonym przez nie idealnym obrazem siebie i raczej trudne do urzeczywistnienia. W dostępnej literaturze można znaleźć opinie, że rozwijają one nierealny, idealny obraz siebie, który może być odzwierciedleniem ich narcystycznych tendencji²⁷. Pewien poziom rozbieżności pomiędzy realnym i idealnym obrazem siebie jest konieczny do prawidłowego funkcjonowania osobowości. Jednak zbyt wielka rozbieżność wskazuje na tendencje do nierealnych oczekiwań i aspiracji ponad realne możliwości lub świadczy o braku wglądu²⁸. Dlatego też jednym z celów psychoterapii jest zmiana tego nierealnego obrazu siebie, nierealistycznych myśli i zbudowanie realnego, pozytywnego obra-

²⁴ H. Mester, *Die Anoreksja nervosa*, dz. cyt.

²⁵ J. Vanderlinden, J. Norré, W. Vandereycken, R. Meermann, *Die Behandlung der Bulimia nervosa*, dz. cyt., s. 97-108.

²⁶ *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*, Berlin 2001 s. 275-307.

²⁷ H. Mester, *Die Anoreksja nervosa*, dz. cyt.; J. Spaans, *Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen*, Amsterdam 1998, s. 30-33.

²⁸ Z. Plużek, J. Łazowski, M. Kozioł, A. Kozłowska, *Porównanie pacjentów z chorobą wrzodową z grupami kontrolnymi w badaniach poszczególnymi testami*, dz. cyt., s. 104.

zu siebie, opartego na zaufaniu do siebie, rozpoznaniu i interpretacji własnych potrzeb²⁹.

Przekonanie o niskim poziomie akceptacji siebie u kobiet z jadłowstrętem psychicznym postanowiono zobiektywizować, porównując globalny wskaźnik samoakceptacji D badanych pacjentek ze wskaźnikami akceptacji innych grup klinicznych oraz osób zdrowych.

Okazało się, że u badanych kobiet wystąpiła największa rozbieżność pomiędzy realnym i idealnym obrazem siebie. Świadczy to, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym charakteryzują się najniższym poziomem samoakceptacji spośród wymienionych grup klinicznych. W większym stopniu akceptują siebie zarówno alkoholicy, jak i chorzy na nerwicę. Najbardziej zbliżony do zdrowych wskaźnik akceptacji siebie otrzymali chorzy na schizofrenię w okresie remisji³⁰.

Zakończenie

Otrzymane rezultaty badań, mające pogłębić zagadnienie samoakceptacji u kobiet z jadłowstrętem psychicznym, poszerzyło nieco omawiany problem, ale zrodziło wiele wątpliwości i pytań. Oto niektóre z nich: na ile niski poziom akceptacji siebie uwarunkowany jest chorobą a w jakim stopniu związany z osobowością przedchorobową? W jakiej mierze związany jest z nastrojem depresyjnym, lękiem? W jakim stopniu akceptacja siebie zmienia się pod wpływem psychoterapii? Tak więc problem ten jest nadal problemem otwartym, intrygującym i wymagającym dalszych badań.

Monika Maria Chuchra, Beata Pawłowska: Self-Acceptation among Girls with Mental Abhorrence for Food

These days girls with a feeding disorder, especially at the age of adolescence, are frequent patients of hospital wards. A multiplex model of the evolution of this disorder is assumed and a unique part in it is played by the family. A systemic approach by Minuchin views anorexia as a symptom of the dysfunctional family system. In the origin and development of *anorexia nervosa* an essential role

²⁹ J. Spaans, Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen, dz. cyt., J. Vanderlinden. Anorexia nervosa overwinnen, dz. cyt., s. 48-52.

³⁰ A. Ciupak. Poziom i struktura samoakceptacji u pacjentów uzależnionych od alkoholu (praca doktorska – mps Biblioteka KUL), Lublin 1991; Z. Płużek, J. Łazowski, M. Koziół, A. Kozłowska, Porównanie pacjentów z chorobą wrzodową z grupami kontrolnymi w badaniach poszczególnymi testami, dz. cyt., s. 105.

is played by the interrelated self-image and self-acceptation. Studies have shown that patients with mental abhorrence for food are characterized by a wide discrepancy between the real and ideal self-images and by a low level of self-acceptation. The low self-acceptation is combined with a high level of aggression and susceptibility to stress. The absence of self-acceptation is particularly intense with regard to one's attitude towards oneself, life relations with others and the implementation of tasks and achievement of goals. Patients with mental abhorrence for food are characterized by the lowest level of self-acceptation compared to people who are alcohol dependent, suffer from neurosis, schizophrenia, and the people in good health.