

Marta Znajmiecka-Sikora

Obraz siebie – struktura „Ja” u osób z diagnozą Anoreksja Nervosa

Self image of people with Anorexia nervosa

Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytet Jagielloński

Wprowadzenie

Jadłowstręt Psychiczny jest zespołem objawowym, który może występować u osób w różnym wieku, tzn. od dzieciństwa do dorosłości i u obu płci. Najczęściej pojawia się jednak w wieku młodzieńczym tj. przed okresem dojrzewania i w okresie adolescencji, szczególnie u dziewcząt. Podstawowym objawem AN jest świadome ograniczenie przyjmowanych pokarmów po to, aby uzyskać szczuplejszą sylwetkę, co w konsekwencji doprowadza do zbyt dużego ubytku masy ciała, a czasem nawet do skrajnego wyniszczenia.

W literaturze można się spotkać z różnymi kryteriami rozpoznawczymi Anoreksja Nervosa (AN). Według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III-R) o AN mówimy wtedy, gdy: choroba pojawia się w wieku między 10 a 25 rokiem życia; ubytek masy ciała wynosi co najmniej 25% wagi ciała okresu przedchorobowego lub 15% wagi należnej dla wieku i wzrostu; występują nieprawidłowe postawy i zachowania dotyczące żywienia; zostaną wykluczone inne choroby z brakiem łaknienia, które prowadzą do wyniszczenia; brak jest objawów innych zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza schizofrenii, depresji, zespołów nerwicowych; występują przynajmniej dwa z następujących objawów: pierwotny lub wtórny zanik miesiączki (przynajmniej trzech występujących kolejno po sobie cykli), obfite puszyste owłosienie kończyn,

bradykardia, obniżona temperatura ciała, wzmożony okres aktywności, wymioty, okresy wzmożonego łaknienia (9).

Wśród symptomów psychologicznych AN na plan pierwszy wysuwa się troska o wagę i kształt ciała, zniekształcenie obrazu ciała, niezadowolenie, depresja i negatywny obraz siebie, obniżona samoocena. Ponadto stwierdzono występowanie problemów emocjonalnych, dążenie do perfekcji i potrzebę kontroli czy osiągania sukcesu. Badania Swifta, Bushnella, Hansom i Logemanna nad pojęciem „Ja” u nastolatków z Anoreksja Nervosa odkryły, że w porównaniu z normalnymi badaniami, osiągnęli oni wyższe wyniki w obszarach: przystosowanie moralne, kontrola popędu, cele edukacyjne, natomiast niższe wyniki w obszarach: nastrój emocjonalny, obraz ciała i siebie oraz postawy seksualne (3).

Obraz własnej osoby zajmuje centralne miejsce w strukturze osobowości człowieka, jest systemem poglądów, wyobrażeń i spostrzeżeń dotyczących własnej osoby (10). Współcześni psychologowie poznawczy wychodzą z założenia, że struktura JA odgrywa szczególną rolę w sieci poznawczej osobowości; jest ona zapisem przetworzonych informacji i uogólnionych doświadczeń, odnoszących się do własnej osoby, jako odrębnego przedmiotu; stanowi złożony, hierarchicznie uporządkowany system wiedzy o własnej osobie (6, 7).

W związku z istotną rolą jaką pełni obraz siebie w strukturze osobowości oraz doniesienia-

mi innych badaczy na temat obrazu siebie u anorektyków istotne wydaje się przyjrzenie się temu zjawisku, tym bardziej, iż obecnie przedstawiana etiologia AN budzi wiele wątpliwości. Za główne czynniki wyzwalające uznaje się: czynniki genetyczne, biologiczne, rodzinne, osobowościowe, związane z okresem adolescencji, szkolne, socjokulturowe. Jednak są to czynniki niespecyficzne dla AN, co uzasadnia przypuszczenie, że czynnik unikalny nie istnieje.

Przedmiotem niniejszej pracy jest próba odpowiedzi na pytanie: Jak wygląda obraz siebie osób z diagnozą AN oraz czy struktura »ja« osób z AN przedstawia jakieś charakterystyczne cechy, jeżeli tak, to jakie?

Charakterystyka grupy badanej

Badaniami objęto 30 osób. Piętnaście z diagnozą AN stanowi grupę kliniczną, drugie 15 to zdrowi adolescenty – stanowią grupę kontrolną. Badania grupy klinicznej były prowadzone w Ambulatorium Terapii Rodzin w Krakowie oraz w Poradni Zdrowia Psychicznego we Włocławku. W celu stworzenia grupy kontrolnej dokonano doboru wiążanego biorąc pod uwagę kryteria: wiek, płeć, rodzaj rodziny, szkoły, ilość rodzeństwa, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 17,46 lat.

Metoda badań

Do pomiaru obrazu siebie zastosowano Kwestionariusz D. Offera „Obraz Siebie” (The Offer self-image, questionnaire for adolescents), w polskiej adaptacji Badury-Madej i Ulańskiej (1), Test zdań niedokończonych, Test do badania wiedzy o własnej osobie.

Kwestionariusz D. Offera „Obraz Siebie” składa się ze 130 pytań i stwierdzeń ważnych dla psychologicznego funkcjonowania i przeżyć nastolatków, wobec których nastolatek ma się ustosunkować posługując się 6 – stopniową skalą (bardzo dobrze mnie określa, dobrze mnie określa, nie całkiem się do mnie odnosi, właściwie się do mnie nie odnosi, zupełnie się do mnie nie odnosi). Obejmuje ona 5 wymiarów: JA

Psychologiczne, JA Społeczne, JA Seksualne, JA Rodzinne, Mechanizmy radzenia sobie (8).

Test zdań niedokończonych – technika ta jest ogólnie znana, jednak do celów pracy zostały stworzone nowe skale, zdania, a pewne zostały usunięte. I tak test bada: stosunek do matki, stosunek do ojca, stosunek do rodziny, stosunek do kobiet/mężczyzn, stosunek do życia płciowego, stosunek do przyjaciół i znajomych, stosunek do odżywiania, stosunek do fizjologii ciała, stosunek do kolegów, lęki i obawy, poczucie winy, stosunek do własnych uzdolnień, stosunek do przeszłości, stosunek do przyszłości, cele.

Test do badania wiedzy o własnej osobie – metoda stworzona przez D. Jasiołkę i pracowników Instytutu Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, w oparciu o założenia W Łukaszewskiego (7). Składa się z trzech części (w prezentowanych badaniach zastosowano część I i II). Część pierwsza – to pytanie otwarte, wypowiedź wolna. Osoba badana otrzymuje instrukcję: „Chciałbym, żebyś opowiedział(a) mi coś o sobie; czy mógłbyś(abyś) opisać siebie – jaki (jaka) jesteś”. Wypowiedź wolna na temat „Ja” w założeniach służy do badania: poziomu badania aktualizacji wiedzy o sobie u osoby badanej, zakresu koncentracji na sobie osoby badanej. Część druga zawiera pytania dotyczące mocnych stron, cech i właściwości, dzięki którym osoba badana realizuje swoje cele i marzenia; właściwości, które przeszkadzają osobie badanej w życiu, utrudniają realizację planów. Zawiera również pytania dotyczące samooceny osoby badanej w odniesieniu do otoczenia oraz pytania dotyczące właściwości wyróżniających adolescenta spośród innych, mówiących o jego indywidualności i oryginalności. Do analizy tej części testu wzięto pod uwagę wskaźniki: ilość cech pozytywnych, ilość cech negatywnych, poziom samooceny (negatywna, pozytywna), suma cech mówiących o indywidualności adolescenta.

Przedstawienie wyników badań

Po przeprowadzeniu badań dokonano analizy statystycznej uzyskanych wyników. Obliczono średnie i odchylenie standardowe dla grupy klinicznej i kontrolnej. Porównano obie grupy za pomocą testu T-studenta dla grup niezależnych.

Tabela 1. Średnie, odchylenie standardowe i poziom istotności różnic pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną w zakresie obrazu siebie

Wymiar	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		p
	M	SD	M	SD	
PS1 – kontrola emocjonalna	37,67	18,50	51,73	17,92	p=0,07
PS2 – emocjonalny ton	29,67	16,33	59,20	15,60	p<0,01
PS3 – obraz własnego ciała	32,47	18,53	55,67	16,74	p<0,01
SS1 – relacje społeczne	32,40	23,36	63,20	12,16	p<0,01
SS2 – morale	47,67	13,47	56,80	12,02	p=0,08
SS3 – cele: wykształcenie i zawód	50,00	10,27	55,20	11,82	p=0,14
SXS – postawy seksualne	40,00	16,74	64,07	13,73	p<0,01
FS – relacje rodzinne	36,80	20,39	39,33	16,60	p=0,65
CS1 – kontrola świata zewnętrznego	33,93	24,40	57,60	20,54	p<0,01
CS2 – psychopatologia	42,60	24,81	55,93	19,58	p=0,11
CS3 – przystosowanie	35,67	14,84	49,60	17,80	p<0,01
GOBAL – wynik globalny	20,27	X	45,67	X	X

Z analizy testu „Obraz Siebie” wynika szereg istotnych zależności. Wyniki przedstawione w tabeli 1 wykazują, że średnie oceny dotyczące emocjonalnego tonu, obrazu własnego ciała, relacji społecznych, postaw seksualnych, kontroli świata zewnętrznego, przystosowania są u osób z diagnozą anoreksja nervosa istotnie wyższe od średnich osób z grupy kontrolnej ($p < 0,001$). Odchylenie standardowe w grupie klinicznej waha się od 10,27 do 24,81.

Z przeprowadzonej analizy rysują się następujące portrety: Osoby z grupy klinicznej często działają pod wpływem impulsów, mają niską tolerancję na frustrację oraz słabo rozwinięte mechanizmy obronne. Nie radzą sobie z problemami, często się załamują. Są labilne emocjonalnie. Charakteryzuje je duża zmienność nastrojowa oraz przewaga uczuć negatywnych nad pozytywnymi. Badani nie zaakceptowali zmian zachodzących w ich ciałach – cechuje ich utrzymująca się od okresu wczesnej adolescencji niepewność co do zachodzących zmian fizycznych i związane z tym uczucie przykrości.

Adoleseenci opisują siebie poprzez odniesienie do swoich relacji z przyjaciółmi i kolegami,

poprzez odniesienie do wartości, które wybierają i preferują. W grupie klinicznej relacje te są zaburzone. Młodzież z diagnozą AN nie rozwinięła dobrych, satysfakcjonujących kontaktów z innymi, czuje się często samotna i wyalienowana. Przyjaźnie są zwykle płytkie, brakuje głębokich więzi emocjonalnych (SS 1 M = 32,40). Anorektyków cechuje relatywnie konserwatywna, unikająca postawa wobec seksualności (SXS M = 40,00). Mają natomiast prawidłowo rozwinięte poczucie obowiązku, odpowiedzialności i zainteresowania innymi (SS2 M = 47,67) oraz uczą się efektywnie i czynią rozsądne plany na przyszłość (SS3 M = 50,00).

Relacje rodzinne, które są ważnym wskaźnikiem zdrowia psychicznego, są również zaburzone (FS M = 36,80), chociaż różnice między grupami nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Badani negatywnie oceniają emocjonalny klimat domu, nie żyją dobrze ze swoimi rodzicami, nie umieją się porozumiewać w sposób zadawalający. Brak umiejętności komunikacji wpływa prawdopodobnie również na funkcjonowanie społeczne badanej młodzieży – nastolatki z grupy klinicznej nie radzą sobie z frustracją

mi płynącymi z otoczenia zewnętrznego (CS1 M = 33,93; CS3 M = 35,67). Średni wynik globalny (M = 20,27) wskazuje na globalne zaburzenie obrazu siebie.

Zupełnie inaczej rysuje się obraz nastolatka z grupy kontrolnej. Chociaż średni wynik globalny jest nieznacznie obniżony (M = 45,7), to poszczególne podskale wskazują na prawidłowy rozwój obrazu siebie. Młodzież z grupy kontrolnej charakteryzuje pozytywny stosunek do własnej osoby, dobrze rozwinięte ego, względna stabilność emocjonalna oraz duże możliwości doświadczania wielu satysfakcjonujących stanów emocjonalnych, a także dobrze ustrukturowany obraz siebie w zakresie JA fizyczne – obraz własnego ciała. Zdrowych adolescentów cechuje prawidłowa zdolność do empatii oraz satysfakcjonujące emocjonalne kontakty z rówieśnikami, dobrze rozwinięte poczucie obowiązku, odpowiedzialności i zainteresowań. Są otwarci

wobec seksualności; rozwinięli zadawalające kontakty społeczne. Jedynie relacje rodzinne są w grupie kontrolnej zaburzone (FS M = 39,33), co sugeruje brak satysfakcjonujących relacji rodzinnych.

Wyniki przedstawione w tabeli 2 dotyczą analizy Testu Zdań Niedokończonych i wskazują również, że grupa kliniczna różni się znacznie od grupy kontrolnej. Największe różnice ($p < 0,01$) dotyczą takich wymiarów jak: stosunek do ojca, do rodziny, stosunek do kobiet / mężczyzn, do życia płciowego, stosunek do przyjaciół i znajomych, stosunek do odżywiania, do fizjologii ciała, lęki i obawy, poczucie winy, stosunek do własnych uzdolnień, stosunek do przeszłości i przyszłości oraz cele. Odchylenie standardowe w grupie klinicznej waha się od 0,22 do 0,56.

Z analizy jakościowej wynika, że ojciec jest osobą nieobecną w domu anorektyków. W ocenie rodziny pojawia się pewna ambiwalencja:

Tabela 2. Średnie, odchylenie standardowe i poziom istotności różnic pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną w teście zdań niedokończonych

Wymiar	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		p
	M	SD	M	SD	
1– Stosunek do matki	0,87	0,51	0,49	0,46	p = 0,05
2 – Stosunek do ojca	1,21	0,31	0,55	0,51	p<0,01
3 – Stosunek do rodziny	0,74	0,28	0,33	0,40	p<0,01
4 – Stosunek do kobiet / mężczyzn	1,04	0,27	0,35	0,27	p<0,01
5 – Stosunek do życia płciowego	0,55	0,37	0,05	0,13	p<0,01
6 – Stosunek do przyjaciół i znajomych	0,29	0,27	0,07	0,10	p<0,01
7 – Stosunek do odżywiania	0,83	0,56	0,06	0,12	p<0,01
8 – Stosunek do fizjologii ciała	0,82	0,52	0,17	0,19	p<0,01
9 – Stosunek do kolegów	0,18	0,22	0,09	0,12	P = 0,2
10 – Lęki i obawy	1,47	0,38	0,37	0,34	p<0,01
11 – Poczucie winy	1,22	0,34	0,50	0,33	p<0,01
12 – Stosunek do własnych uzdolnień	0,65	0,36	0,18	0,16	p<0,01
13 – Stosunek do przeszłości	0,32	0,26	0,04	0,11	p<0,01
14 – Stosunek do przyszłości	0,71	0,44	0,18	0,15	p<0,01
15 – Cele	0,49	0,35	0,09	0,12	p<0,01

z jednej strony oceniają swoje rodziny jako cudowne i wspaniałe z drugiej zaś mówią o problemach, o małej otwartości. Wydaje się iż, osoby z grupy klinicznej nie potrafią nazwać tego co, się dzieje w ich domu, nie umieją nazwać problemów rodzinnych i być może do komunikacji problemów zachodzących w rodzinie używają ciała. W rodzinie anorektycznej osobą dominującą jest matka, ojciec jest wyalienowany z życia rodzinnego.

Kolejną skalą, która różnicuje badane grupy jest Stosunek do kobiet/mężczyzn. Anorektycy mają negatywny stosunek do płci przeciwnej, który może powodować trudności w nawiązywaniu kontaktów, wyalienowanie czy zamknięcie się w sobie.

Grupę kliniczną cechuje bardzo zaburzona postawa wobec jedzenia – z jednej strony badani anorektycy odczuwają głód, z drugiej zaś – nie jedzą. Prawdopodobnie odmowa jedzenia nie jest związana bezpośrednio z jedzeniem, pojawia się w wyniku jakiś głębszych problemów natury emocjonalnej. Również stosunek do fizjologii ciała jest zaburzony. Badanych z jednej strony nie interesuje wygląd własnego ciała z drugiej zaś – że ich ciało jest niedoskonałe i stanowi źródło kompleksów. Szczupłość jest dla nich cechą priorytetową, czymś bardzo ważnym, ideałem.

Kolejną sferą którą jest bardzo zaburzona w grupie klinicznej jest skala lęki i obawy. Badani obawiają się przede wszystkim przyszłości, samotności, życia, siebie oraz przytępienia i jedzenia. Silny lęk połączony jest z poczuciem winy. Osoby badane chciałyby zapomnieć o swojej chorobie, o jedzeniu, o tym, że kiedyś zaczęły się odchudzać. Za największy błąd swojego życia większość osób z grupy klinicznej uważa odchudzanie. Wydaje im się, że gdyby kiedyś w przeszłości nie zaczęły stosować diet i nie liczyły kalorii, obecnie nie miałyby takich problemów. Jednak przerwanie diety i rozpoczęcie normalnego odżywiania jest dla nich nie do przyjęcia. Lęk przed przytępieniem jest paraliżujący. Anorektycy są osobami słabymi psychicznie i mało odpornymi na frustracje. Za największe swoje słabości uważają wrażliwość, nieśmiałość, wstydlivość, szybkie załamywanie się. Nie akceptują siebie takimi jakimi są.

W opozycji do przedstawionego obrazu rysuje się obraz adolescenta z grupy kontrolnej. Osoby z grupy kontrolnej charakteryzuje otwartość, pewność siebie, optymizm. Badani mają satysfa-

cjonujące kontakty z rówieśnikami. Są pozytywnie ustosunkowani do życia, mają plany na przyszłość. Nie pojawia się lęk ani poczucie winy, mimo, że czasami stresują się, jednak potrafią sobie z tym poradzić. Stres na zdrowego adolescenta działa mobilizująco i pobudza go do rozwiązania problemów. Jedynie pewne konflikty czasami pojawiają się w relacji z matką i ojcem – wydaje się jednak, że owe różnice zdań są czymś prawidłowym w omawianym okresie życia.

Analiza „Testu do badania wiedzy o własnej osobie” wskazuje na istotne statystycznie różnice między grupą kliniczną, a kontrolną ($p < 0,01$) w zakresie: wskaźnika czasu, bogactwo – ubóstwo treści, skoncentrowanie na własnej osobie – brak koncentracji, zgodność – rozbieżność wypowiedzi, perseweracyjność, samodzielność – brak samodzielności, mocne strony, indywidualizm. Odchylenie standardowe w grupie klinicznej waha się od 3,45 do 0,70. Wyniki przedstawia tabela 3.

Osoby z grupy klinicznej bardzo negatywnie mówią o sobie. Ich wypowiedzi są krótkie i lapidarne. Badani często używają stwierdzenia „Nie znam siebie, Nie umiem o sobie mówić, To trudne”. Często potrzebują zachęty oraz pytań dodatkowych.

Opis własnej osoby jest opisem krótkim. Badani używają zdań prostych, często jedynie wymieniają swoje cechy charakteru. Są skoncentrowani przede wszystkim na własnej osobie. Nie przedstawiają swoich relacji z innymi osobami. Nie umieszczają opisu swojej osoby w środowisku społecznym, w którym żyją. Ich wypowiedzi są słabo zintegrowane i chaotyczne. Nie pojawiają się perseweracje. Anorektycy w opisie siebie używają częściej określeń negatywnych ($M = -3,93$) niż pozytywnych ($M = 2,2$). Często też w wypowiedziach pojawiały się stwierdzenia „Nie lubię siebie”. Analogiczna sytuacja pojawiła się w drugiej części testu, gdzie badani z grupy klinicznej podają więcej słabych stron niż mocnych, chociaż w tym przypadku różnica nie jest aż tak znacząca. Średni wynik w zakresie cech pozytywnych wynosi $M = 2,33$; cech negatywnych $M = -2,66$. Jednak analiza skali JA w porównaniu z innymi ($M = -1$) wskazuje na to, że badani spozstrzegają siebie jako osoby gorsze w stosunku do innych ludzi. Również poziom indywidualności jest niski w grupie klinicznej ($M = 1,54$).

Tabela 3. Średnie, odchylenie standardowe i poziom istotności różnic pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną w teście do badania wiedzy o sobie

Wymiar	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		p
	M	SD	M	SD	
1 – Wskaźnik czasu	2,67	1,45	4,27	0,96	p<0,01
2 – Bogactwo – ubóstwo treści	7,93	3,45	12,8	5,17	p<0,01
3 – Ogólność informacji – szczegółowość	2,2	0,77	2	0,76	P = 0,53
4 – Skoncentrowanie na własnej osobie – brak koncentracji	2,6	0,74	2,6	0,51	p<0,01
5 – Integracja – dezintegracja wypowiedzi	1,67	0,72	2,73	0,46	p = 0,30
6 – Zgodność – rozbieżność informacji	2,4	0,74	2,67	0,62	p<0,01
7 – Perseweryjność	0,67	0,72	0	0	p<0,01
8 – Samodzielność – brak samodzielności	2,07	0,70	2,8	0,41	p<0,01
9 – Określenia pozytywne	2,2	2,01	4	2,78	p = 0,07
10 – Określenia negatywne	-3,93	2,55	-1,93	1,22	p = 0,02
11 – Mocne strony	2,37	1,11	4,13	1,73	p<0,01
12 – Słabe strony	-2,67	1,54	-2,13	0,99	p= 0,35
13 – JA w porównaniu z innymi	-1	2,42	0	0	p = 0,13
14 – Indywidualizm	1,54	1,60	3	1,13	p<0,01

Na podstawie analizy prezentowanego testu można wysunąć wniosek, że osoby z grupy klinicznej cechuje brak znajomości siebie, niski poziom umiejętności mówienia o sobie, negatywny obraz własnej osoby oraz brak akceptacji siebie.

W opozycji do tego stoi grupa kontrolna. Młodzież z tej grupy chętnie mówi o sobie, podaje szczegółowe informacje na swój temat, ich wypowiedzi są zintegrowane, nie pojawiają się perseweryacje. Osoby z grupy kontrolnej cechuje pozytywny obraz własnej osoby. Postrzegają siebie jako równorzędnych partnerów w stosunku do środowiska, są świadomi swych cech świadczących o indywidualności (M=3).

Dyskusja wyników

Martha Jablow wysunęła hipotezę, że zaburzenia w przyjmowaniu pokarmów są nierozdzielnie

związane z konfliktami wewnętrznymi. Jedzenie jest formą zmagania się z licznymi problemami natury psychologicznej jakie trapią nastolatków u progu dorosłości. U podłoża tych zaburzeń leżą problemy uczuciowe, negatywny obraz własnej osoby, naturalna w młodym wieku potrzeba określenia własnej tożsamości (5). Przedstawione badania potwierdzają tę hipotezę. Wynika z nich, że obraz siebie w przebiegu Jadłowstrętu Psychicznego jest znacznie zaburzony. Zaburzenie polega na niskiej tolerancji na frustrację. Badani mają słabo rozwinięte mechanizmy obronne, bardzo szybko się załamują, często działają pod wpływem impulsów. Cechuje ich duża zmienność nastrojów – często z euforii popadają w nastrój depresyjny. W opisie siebie przeważają uczucia negatywne. Anorektycy nie akceptują zmian zachodzących w ich ciałach, czują się grubi, brzydki i nieatrakcyjni, mimo iż waga ich ciał jest zaniżona. Negatywna postawa

wobec siebie łączy się z brakiem szacunku do własnej osoby, z brakiem akceptacji siebie.

Osoby z diagnozą AN nie umieją nawiązywać satysfakcjonujących kontaktów interpersonalnych, ich związki z otoczeniem są powierzchowne. Często też mogą czuć się samotni i wyalienowani. Z zaburzonymi relacjami społecznymi jest związana relatywnie konserwatywna, unikająca postawa wobec seksualności. Anorektycy przeważnie nie mają swojej sympatii, są samotni. Intymne części ciała są postrzegane przez nich jako „wstrętne”.

Również relacje rodzinne są zaburzone – zaburzenie polega na nieumiejętności porozumiewania się z rodzicami, ambiwalentnej postawie wobec matki oraz braku kontaktu emocjonalnego z ojcem. Taki rodzaj rodziny nie wpływa prawidłowo na rozwój młodego człowieka, który w wieku dojrzewania z jednej strony dąży do autonomii, pragnie określić swoją tożsamość, z drugiej zaś potrzebuje wsparcia i zrozumienia. Problemy zależności i trudności w separowaniu się przyczyniają się do poczucia braku satysfakcji i negatywnie wpływają na samoocenę. Warto jednak podkreślić, iż w porównaniu z grupą kontrolną wyniki są niejednoznaczne.

Z badań D. Offera nad obrazem siebie anorektyków wynika, że osoby te mają problemy w radzeniu sobie w życiu codziennym, cechuje ich niska tolerancja na frustrację i słabe mechanizmy obronne. Nie funkcjonują społecznie, nie potrafią nawiązywać nowych znajomości i utrzymywać dawnych związków. Często czują się samotni i wyalienowani. Wobec płci przeciwnej pojawia się postawa unikowa. Nie akceptują własnego wyglądu zewnętrznego. Ciało stanowi źródło frustracji i niepokoju. Znamienne jest dla nich dobrze rozwinięte poczucie obowiązku i odpowiedzialności. Zwykle uczą się bardzo dobrze i konstruktywne myślą o przyszłości (8).

Prezentowane badania potwierdzają obserwacje D. Offera, jednak zaburzenie jest bardziej globalne. Badana grupa często działa pod wpływem impulsów, cechuje ją znaczna labilność emocjonalna z przewagą uczuć negatywnych oraz utrzymująca się od okresu wczesnej adolescencji niepewność co do zachodzących zmian fizycznych.

Bardzo znamioną cechą anorektyków jest słaby wgląd, nieumiejętność mówienia na swój

temat. Owa trudność może polegać na braku umiejętności nazwania pewnych stanów emocjonalnych, jak również na braku umiejętności do autoanalizy. Owe trudności mogą być również związane z lękiem – stan lęku i poczucie winy wciąż towarzyszą anorektykom.

Badani anorektycy to osoby bardzo wrażliwe i delikatne; zależy im na satysfakcjonujących kontaktach z rodziną i otoczeniem oraz na akceptacji. Jednak wewnętrzne przekonanie na swój temat „Jestem gorszy” – to imperatyw uniemożliwiający przyjęcie pozytywnych informacji zwrotnych na swój temat. Unikanie jedzenia daje poczucie siły i kontroli nad własnymi popędami, a konsekwentne przestrzeganie diety staje się źródłem dobrego samopoczucia i niezależności.

Przedstawione badania stanowią próbę przyjrzenia się tak złożonemu problemowi jakim jest obraz siebie u osób z diagnozą Anoreksja Nervosa. Badana populacja jest zbyt mała, aby można było wyciągać ogólne wnioski, a problem tak złożony, iż wymaga dalszych badań.

Wnioski

Z przeprowadzonych badań wynika, że obraz siebie w przebiegu Jadłowstrętu Psychicznego jest znacznie zaburzony. Zaburzenie występuje w sferze:

1. JA Psychologicznego – polega na labilności emocjonalnej, niskiej tolerancji na frustrację, przewadze uczuć pozytywnych nad negatywnymi;
2. JA Społecznego – zaburzenie polega na braku satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami; anorektycy mają kłopoty z zawieraniem nowych znajomości, czemu towarzyszy poczucie osamotnienia i wyalienowania;
3. W sferze postaw seksualnych – zaburzenie polega na unikaniu kontaktu z rówieśnikami płci przeciwnej oraz wstrętu do intymnych części ciała;
4. W sferze relacji rodzinnych – zaburzenie polega na nieumiejętności porozumiewania się z rodzicami, niemożności otwartego komunikowania się, wyrażania swoich stanów emocjonalnych w rodzinie, ambiwalentnej postawie wobec matki oraz braku kontaktu emocjonalnego z ojcem;

5. w sferze mechanizmów radzenia sobie – zaburzenie polega na nieumiejętności radzenia sobie z frustracjami płynącymi z otoczenia zewnętrznego;
6. W obrazie siebie anorektyków przeważają uczucia negatywne, w stosunku do własnej osoby, samoocena jest zaniżona;
7. Zaburzony jest stosunek do odżywiania – anorektycy świadomie odrzucają pokarm, czemu towarzyszy lęk przed otyłością oraz poczucie winy.

Streszczenie

Celem podjętych badań było ustalenie czy istnieje różnica i w jakim zakresie, pomiędzy obrazem siebie – strukturą „Ja” u osób z diagnozą *anoreksja nervosa* a osobami zdrowymi. Badaniami objęto 30 osób, średnia wieku badanej grupy wynosiła 17,46 lat. W badaniach zastosowano: Kwestionariusz „Obraz Siebie” D. Offera, Test Zdań Niedokończonych oraz część I i II Testu „Obraz Ja”. Uzyskane wyniki badań wykazały istotną zależność między grupą kliniczną a grupą kontrolną w zakresie: „Ja” psychologicznego, „Ja społecznego, Kontroli świata zewnętrznego i Przystosowania. Uzyskane rezultaty ujawniły niejednoznaczne różnice w zakresie „Ja” rodzinnego.

Słowa kluczowe: **Anoreksja nervosa, obraz siebie**

Summary

The aim of this research is to find whether there is any differences of self – image between ill and healthy people. There have been 30 people involved. 15 of them have been diagnosed as ill and the other 15 as healthy adolescence. The average age of people – 17,46 years

old. In the research we have used: The Offer self – image questionnaire for adolescents, Unfinished Sentences Test, Self – image test. The results have shown essential differences between the above mentioned groups as regards: psychological self, social self, coping self, psychopathology. As far as family self is concerned we got unclear results.

Key words: **Anorexia nervosa, self – image**

Piśmiennictwo

1. Bzdura-Madej W.: Ulaścińska R. Badania własne Ambulatorium Terapii Rodzin – Obraz siebie, praca nie publikowana. Kraków 1995.
2. Bomba J., Mamrot E. Orwid M.: Zaburzenia psychiczne u młodzieży. PZWL, Warszawa 1989.
3. Bryant-Waugh R.: Anoreksja nervosa u chłopców. *Gender Issues and Eating Disorders*, s. 75 – 81, 1990.
4. Bryant-Waugh R., Lask B.: Wczesny początek anoreksja nervosa i pokrewnych zaburzeń łaknienia. *Psychiarist Vol. 33 No. 1*, 1992
5. Jablow M.: Na bakier z jedzeniem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
6. Koziński J.: Psychologiczna teoria samowiedzy. PWN, Warszawa, 1986.
7. Łukaszewski W.: Osobowo – struktura i funkcje regulacyjne. PWN, Warszawa, 1974.
8. Offer D.: The Offer self – image questionnaire for adolescents Michael Reese Hospital and Medical Center Chicago 1982
9. Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży, rozdz. V, VI, Kraków 1993.
10. Reykowski J.: Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1992.

Adres do korespondencji

Marta Znajmiecka-Sikora
ul. Niemojewskiego 10/6
91–849 Łódź