

Elżbieta Nitendel-Bujakowa\*, Leszek Szewczyk\*\*

**WPLYW CZŁONKÓW RODZINY NA UJAWNIE NIE SIĘ  
ZESPOŁU JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO.  
CZĘŚĆ II: OBRAZ RODZICÓW W RODZINACH  
Z CÓRKĄ CHORĄ NA ANOREKSJĘ**

**THE IMPACT OF FAMILY MEMBERS ON ANOREXIA NERVOSA OUTCOME  
PART II. EVALUATION OF PARENTS IN FAMILIES WITH A DAUGHTER  
WITH ANOREXIA NERVOSA**

\*Poliklinika Dziecięcego Szpitala Klinicznego AM w Lublinie

Kierownik: dr n. med. Jolanta Niewiedziół

\*Specjalistyczna Poradnia Psychoprofilaktyki i Terapii Rodzin

Dyrektor: mgr Grażyna Soszyńska

\*\*Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii AM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Leszek Szewczyk

**self-evaluation of parents,  
spouses' mutual evaluation  
daughters' evaluation of  
their parents**

Autorka przedstawia wyniki badań dotyczących obrazu siebie rodziców dziewcząt chorych na anoreksję. Samoocena matki i ojca jest porównywana z oceną tych samych cech dokonaną przez współpartnera i córkę.

**Summary:**The results presented are an attempt to approach anorexia nervosa in a multi-aspect way, with particular emphasis placed on its family and objective aspects, i.e. relations within a family from the point of view of both a patient and her parents. Observation of the same phenomenon by various people, and, at the same time, a multi-aspect approach to the disease show that apart from clinical symptoms, the subjective evaluation of these symptoms and the adopted style of coping with it in a family, may result in better functioning of the whole family, and consequently, of the person identified as a patient, as well as assuming by the whole family the responsibility for the process of treatment.

### **Wstęp**

Przegląd literatury dotyczącej anoreksji wskazuje na ogromne zainteresowanie problematyką rodzinną osób zajmujących się tą chorobą w aspekcie zarówno poszukiwania czynników etiologicznych, jak i określenia skutecznych form terapii. Intensywny rozwój paradygmatu systemowego w psychologii i w terapii rodzin, jaki nastąpił w ciągu ostatnich dziesięcioleci, zaowocował wprowadzeniem terapii rodzinnej jako istotnego elementu w leczeniu tego zaburzenia [1]. Podstawowym pytaniem, jakie zadają sobie badacze, jest: czy można mówić o typowym modelu „rodziny anorektycznej”? Orwid i Pietruszewski

[2] uważają, że chodzi o typowy obraz takiej rodziny, o opis tzw. zgeneralizowany, co oczywiście nie oznacza, że każdą rodzinę z osobą chorą na anoreksję będzie można zmieścić w tym opisie. Pewne patogenne konstelacje rodzinne powtarzają się częściej, nie są jednak specyficzne tylko dla anoreksji, nie wykluczają też możliwości zupełnie odmiennych modeli rodzinnych [3, 4].

Z badań Freemana i wsp. [5] wynika, że zarówno anoreksja, jak i bulimia są chorobami rodzinnymi, ich krzyżowe przenoszenie w rodzinie sugeruje wspólną „skazę rodzinną”. Względne ryzyko wystąpienia zespołu objawów spełniających wszystkie kryteria chorobowe wynosiło u krewnych pierwszego stopnia płci żeńskiej (sióstr) 11,3% osób z anoreksją i 12,3% osób chorych na bulimię.

W części pierwszej artykułu [6] dokonano porównania samooceny dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym z oceną dokonaną przez ich matki oraz ojców. Wielkość i kierunek projekcji poszczególnych cech mierzonych za pomocą testu GT wydaje się wskazywać na sferę i siłę konfliktów w tych rodzinach.

### Material i metoda badań

Badaniom poddano 38 dziewcząt chorych na anoreksję i 38 zdrowych, w wieku 13–21 lat oraz ich rodziców. Celem niniejszego opracowania jest porównanie wybranych cech rodziców (w ich samoocenie), relacji pomiędzy mężem a żoną („żona o mężu”, „mąż o żonie”) oraz relacji między córką a rodzicami („córka o matce”, „córka o ojcu”) na podstawie Giessen Testu (GT) D. Beckmanna, E. Brahlera i H.-E. Richtera [7]. Szczegółowa charakterystyka osób badanych, jak i metoda badań zostały przedstawione w części pierwszej artykułu [6].

### Wyniki badań

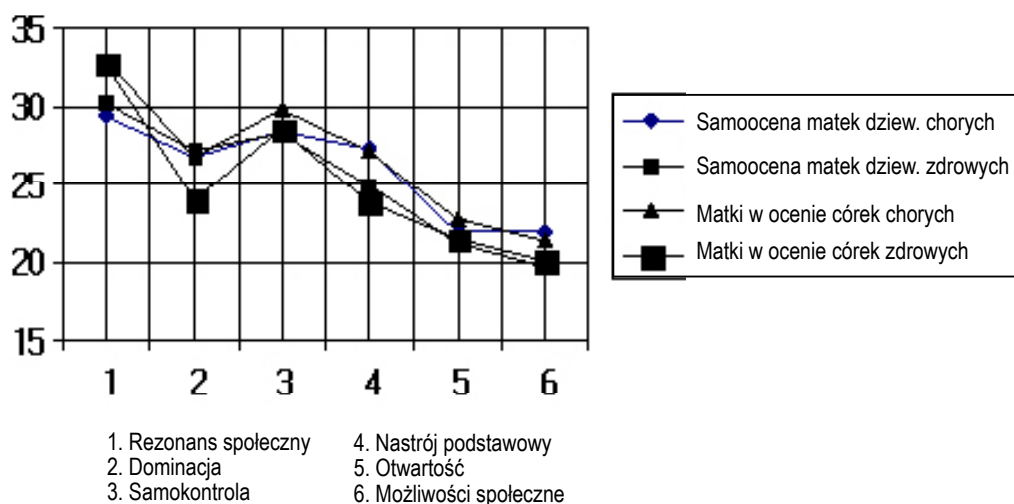
Między samooceną matek a ich oceną dokonaną przez chore córki daje się zauważyć największe różnice w skalach rezonansu społecznego ( $t = -3,993$ ;  $p = 0,00030$ ) i samoontroli ( $t = -2,036$ ;  $p = 0,04901$ ) (wykres 1).

Chore na anoreksję córki postrzegają swe matki jako zdecydowanie bardziej atrakcyjne, lubiane, popularne, szanowane, zdolne do „postawienia na swoim”, dbające o swój wygląd zewnętrzny, niż same matki sądzą o sobie. Ponadto chore na anoreksję przypisują swym matkom pedantyczność, dbałość o porządek, nadmierną gorliwość w wypełnianiu swych obowiązków, większe niż one same te cechy widzą u siebie.

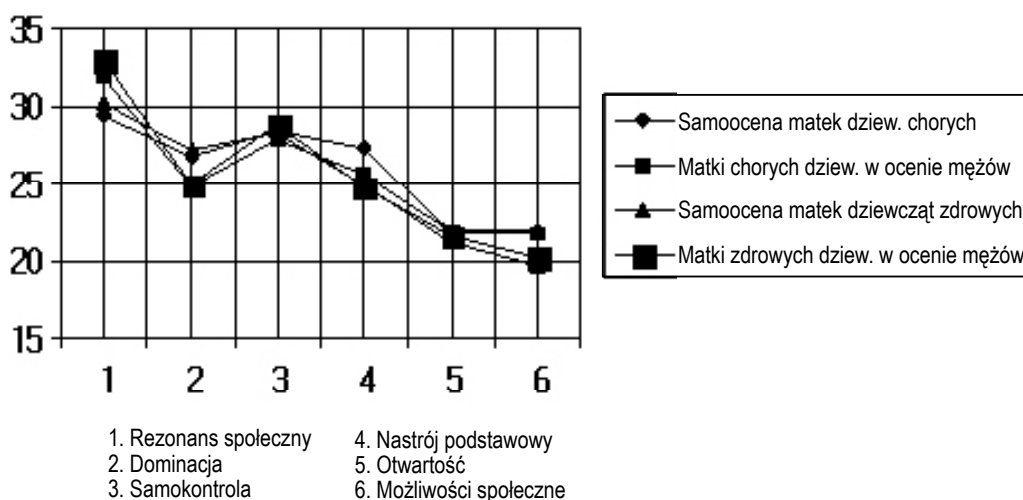
Samoocena matek dziewcząt chorych na anoreksję i ocena ich cech przez mężów różnią się w wymiarze: rezonansu społecznego, dominacji oraz nastroju podstawowego (wykres 2).

Mężowie przypisują swym żonom większą atrakcyjność i popularność („rezonans społeczny”) ( $t = -2,393$ ;  $p = 0,02188$ ), większą dominację ( $t = 2,443$ ;  $p = 0,01944$ ) i mniejszą skłonność do depresji, obniżonego nastroju, zamykania się w sobie („nastrój podstawowy”) ( $t = 2,062$ ;  $p = 0,04627$ ) niż one same postrzegają te cechy u siebie.

W samoocenie ojcowie córek chorych na anoreksję przypisali sobie znacznie większą otwartość na kontakty społeczne („otwartość”) ( $t = -5,672$ ;  $p = 0,00000$ ) niż to przypisały im córki (wykres 3). Uważają się oni za dostępnych dla innych, ujawniających swoje uczucia, szczególnie dotyczące potrzeby miłości, a córki widzą w ich zachowaniu izolację od innych ludzi, nieufność wobec nich i nieujawnianie uczuć.



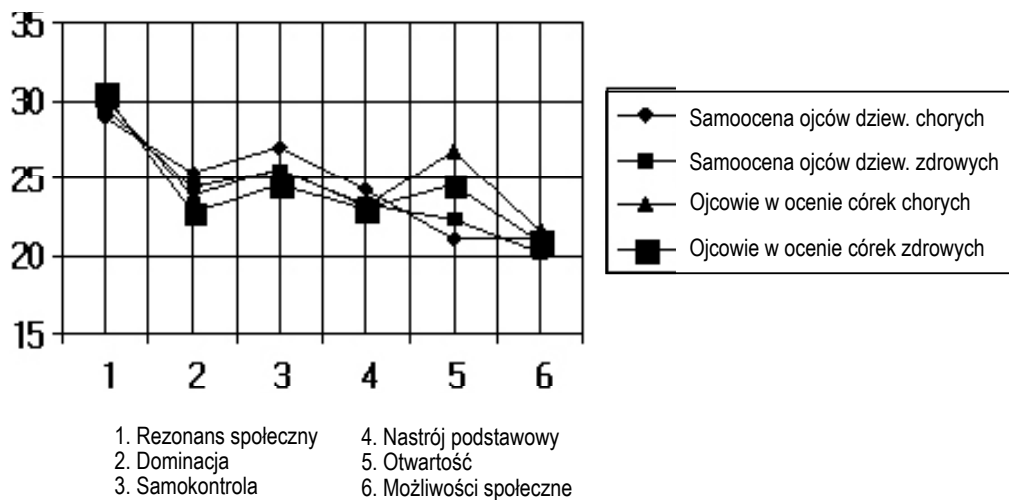
Wykres 1. Profil średnich wartości samooceny matek dziewcząt chorych na anoreksję i oceny dokonanej przez ich córki („matka o sobie” — „córka o matce”)



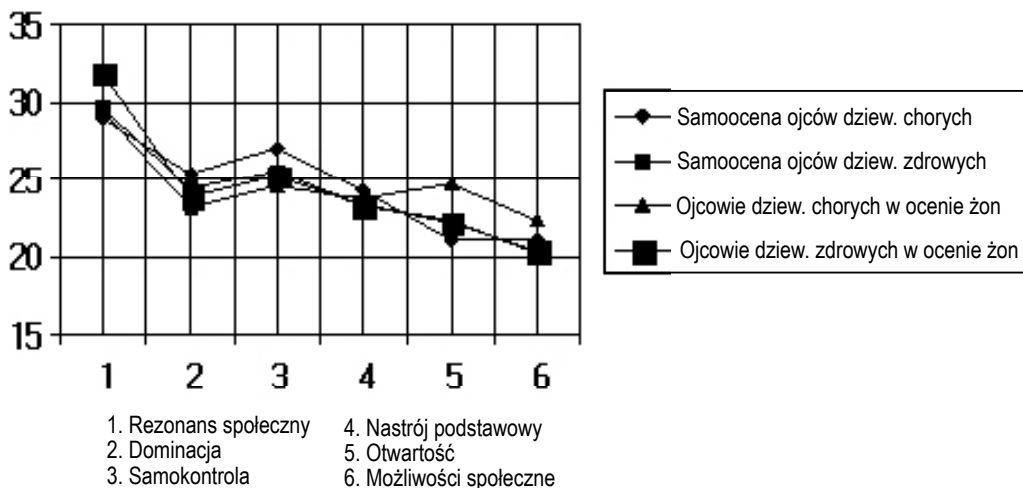
Wykres 2. Profil średnich wartości samooceny matek i oceny dokonanej przez ich mężów („żona o sobie” — „mąż o żonie”)

Porównanie obrazów „mąż o sobie” — „żona o mężu” w rodzinach dziewcząt chorych na anoreksję i zdrowych (wykres 4) zakłada potencjalne źródła konfliktów między małżonkami tkwiące w ocenie dominacji, samokontroli i otwartości. W rodzinach z córką chorą żony przypisują swym mężom znacznie silniejszą dominację ( $t = 2,528$ ;  $p = 0,01587$ ), słabszą

samokontrolę ( $t = 2,450$ ;  $p = 0,01915$ ), mniejszą otwartość na kontakty zewnętrzne ( $t = -3,270$ ;  $p = 0,00233$ ) niż oni sami spostrzegają te cechy u siebie, a ponadto różnice te są większe niż w rodzinach dziewcząt zdrowych.



Wykres 3. Profil średnich wartości samooceny ojców córek chorych na anoreksję i oceny ich przez córki („ojciec o sobie” — „córka o ojcu”).



Wykres 4. Profil średnich wartości samooceny ojców dziewcząt chorych na anoreksję i oceny dokonanej przez ich żony („mąż o sobie” — „żona o mężu”).

### Interpretacja wyników i dyskusja

Konflikty małżeńskie i ich projekcyjne podłoże oddaje porównanie, co myśli „żona o sobie”, a co „mąż o żonie” (wykres 2) oraz co myśli „mąż o sobie”, a co „żona o mężu” (wykres 4). Mężowie przypisują swym żonom większą atrakcyjność i popularność, większą dominację i pewność siebie niż one same postrzegają te cechy u siebie (wykres 2). Różnice są statystycznie istotne i znaczące ( $0,01 < p < 0,05$ ).

Badania Józefik [8] wskazują na ważność relacji małżeńskiej rodziców osób z jadłowstrętem psychicznym dla rozwoju ich indywidualności i umiejętności utrzymywania bliskich relacji z osobami znaczącymi. Minuchin i wsp. [9] wskazują na nadopiekuńczość matek wobec córek, symbiozę oraz uwikłanie kosztem poprawnych relacji małżeńskich. Z kolei w ocenach męża (wykres 4) różnice między tym, co myśli „mąż o sobie”, a co „żona o mężu” dotyczą dominacji, samokontroli oraz otwartości. W skali dominacji, ojcowie—mężowie oceniają siebie jako uległych, podporządkowujących się, łatwych we współpracy, cierpliwych, natomiast żony przypisują im istotnie niższe nasilenie tych cech, a więc postrzegają ich jako bardziej upartych, dominujących, trudnych we współpracy, niecierpliwych. Na tym tle może między rodzicami dochodzić do konfliktów, tym bardziej że żony w ocenie mężów również mają cechy dominacji, nawet większej niż to one same widzą i podają w samoocenie. W wymiarze samokontroli mężowie przypisują sobie cechy wskazujące na silne mechanizmy ego i superego kontrolujące id, a więc kontrolujące prymitywne, popędowe tendencje zachowania. Tymczasem, żony tę samokontrolę oceniają znacznie niżej, przez to cały system rodzinny jest ich zdaniem podporządkowany wygodnictwu, niezaradności i fantazjom męża i ojca. Ponadto mężowie przypisują sobie dużą otwartość na kontakty społeczne, natomiast żony przypisują im lęk przed otoczeniem, izolację i powściągliwość w wyrażaniu uczuć, zahamowanie w kontaktach społecznych.

Z porównań nasilenia cech przypisywanych sobie przez rodziców w samoocenie i cech przypisywanych współmałżonkowi (wykresy 2 i 4) najbardziej istotne statystycznie różnice wystąpiły między samooceną dokonaną przez ojca i oceną jego cech przez żonę. Wydaje się więc, że podłożem zaburzeń interpersonalnych, w które uwikłane są córki, może być rozbieżność między tym, co ojciec myśli o sobie, a tym, co myśli o nim żona [por. 10, 11]. Wood [12] na podstawie swoich badań wskazuje, że istotnym czynnikiem powiązanim z rozwojem choroby jest triangulacja i konflikt małżeński — podobnie w omawianych badaniach własnych samoocena matki jest matrycą dla córki, a ojciec pozostaje w konflikcie z żoną.

Córka przyglądając się relacjom rodziców widzi, że to matka jest faktycznie osobą sprawującą kontrolę nad całą rodziną, a ojciec, który jest prowokowany przez matkę do roli przywódcy, nie potrafi jej podjąć, przez co wprawia matkę w stan frustracji i agresji ocenianej jako dominacja, chęć rządzenia i kierowania. Nie jest też pewne, czy próba przejścia przez ojca kontroli nad systemem rodzinnym nie jest albo nie była w przeszłości wielokrotnie podejmowana, lecz wówczas jawne zanegowanie przez żonę zdolności kierowniczych męża zdyskwalifikowało go we własnym przekonaniu do tej roli, a żonie pozwoliło samorealizować się zgodnie z własną samooceną. O konflikcie wewnątrzrodzinnym, mogącym przybierać formę otwartego konfliktu z żoną na tle jej dominującej, kierowniczej roli, może świadczyć fakt, że ojcowie czują się otwarci na kontakty zewnętrzne, śmiali, niezależni, znacznie bardziej niż to widzą w ich zachowaniu żony, które przypisują

im powściągliwość, nieufność, zahamowanie w swym postępowaniu (skala „otwartości” — wykres 4). Również żony przypisują sobie załęknięcie i przygnębienie istotnie wyższe niż to spostrzegają u nich mężowie (skala „nastroju podstawowego” — wykres 2) — nie są pewne swej roli, a „nadrabiają” i nie pokazują tego włączając mechanizm obronny „dobrej miny do złej gry”. Z tymi różnicami w percepcji społecznego funkcjonowania, swojego i swego współmałżonka, może się wiązać konflikt między rodzicami wynikający z nierealnych oczekiwań wobec partnera. Taka desygnacja do zbyt trudnych zadań pociąga za sobą wzrost napięcia zarówno u osoby desygnującej, jak i desygnowanej, wyrażony wzajemną niechęcią.

Świadczy o tym też to, że córki oceniają swych ojców jako bardziej zahamowanych, odizolowanych od innych, powściągliwych, nieufnych niż to przypisują ojcowie sami sobie (skala „otwartości” — wykres 3).

Jak uważają autorzy metody GT, ta faktyczna, obserwowana przez żony (wykres 4) i córki (wykres 3), nieufność ojców może wynikać z braku poczucia bezpieczeństwa w małżeństwie i rodzinie, z trzymania w sobie tego, co jest ich osobistym problemem, co może być podstawą lęku przed wykorzystaniem przez kogoś ich otwarcia. Jest to swoista cicha i zakamufLOWANA walka o władzę i wpływy w rodzinie. Ta „wojna podjazdowa” pociąga za sobą izolację i zahamowanie w kontaktach społecznych nawet z osobami najbliższymi. Relacje rodzinne przybierają formę oficjalnych, podporządkowanych regułom gry, mało spontanicznych. Powściągliwość w ujawnianiu potrzeby miłości i bliskich kontaktów udziela się wszystkim członkom rodziny. To niedostateczne okazywanie sobie uczuć, brak empatii czy uczuciowego zaangażowania może być jednym ze źródeł trudności w kontaktach rodzinnych i tendencji do wzajemnego obwiniania się jej członków na skutek lokalizacji problemów w cechach osób, a nie w relacjach rodzinnych [13].

Orwid i Pietruszewski [2] podkreślają niejasność struktury władzy w tych rodzinach. W tej sytuacji władzę przejmują jak gdyby objawy chorobowe córki. Młoda dziewczyna „poświęca się w większym od innych stopniu dla dobra rodziny dbając o wyniki szkolne, gotując obiady dla całej rodziny, podejmuje walkę o władzę i o prawo do indywidualności” (s. 124). Podobnie Józefik [14] postrzega toczącą się w tych rodzinach walkę o władzę, która przejawia się brakiem jasnych struktur przewodzenia w rodzinie, brakiem jednoznacznej hierarchii i nieprzejrzystością relacji.

### Podsumowanie

Przedstawione badania są próbą spojrzenia na jadłowstręt psychiczny w sposób wieloaspektowy, ze szczególnym naciskiem na jego wymiar rodzinny i podmiotowy, a więc na relacje w rodzinie zarówno z perspektywy osoby chorej, jak i jej rodziców. Ogląd tego samego zjawiska przez różne osoby, a zarazem wielowymiarowe ujęcie choroby pokazuje, że obok objawów klinicznych, subiektywna ich ocena i przyjęty styl radzenia sobie z nią w rodzinie mogą wpływać na poprawę funkcjonowania zdrowotnego całej rodziny, a przez to osoby zidentyfikowanej jako pacjent, i podejmowaniu przez całą rodzinę odpowiedzialności za proces leczenia.

### Piśmiennictwo

1. Nitendel-Bujakowa E. Terapia rodzinna w procesie leczenia dziecka. Szt. Lecz. 2001; VII, 2: 37-44.
2. Orwid M, Pietruszewski K. Psychiatria dzieci i młodzieży. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1993.

3. Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. European Council on Eating Disorders – Warsaw Satellite Meeting, 22-23 October 1992.
4. Namysłowska I, Paszkiewicz E, Siewierska A. Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia. Warszawa: WAB; 2000.
5. Freeman RRN, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Kontrolowane badanie rodzin chorych z anoreksją i bulimią: dowód na przenoszenie i podatność rodzinną na zespoły częściowe. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 393-401, 2000.
6. Nitendel-Bujakowa E, Szewczyk L. Wpływ członków rodziny na ujawnienie się zespołu jadłowstrętu psychicznego. Cz. I – I. Ocena siebie osoby chorej na anoreksję a oceny dokonane przez jej rodziców. *Psychoter.* 2003; 3: 23-31.
7. Januszewski A. Test Giessen (GT). Wprowadzenie do polskiej adaptacji (nie publ.). Lublin 1992.
8. Józefik B. Wzory międzypokoleniowe w rodzinach pacjentów z zaburzeniami odżywiania się i w rodzinach pacjentów chorujących na schizofrenię. Część I. Funkcjonowanie rodziny pochodzenia pacjenta. *Psychiatr. Pol.* 2001; XXXV, 3: 399-415.
9. Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
10. Satir V. Terapia rodziny. Teoria i praktyka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
11. Selvini Palazzoli M. L'anorexie mentale dans une perspective systematique. *Ther. Fam.* 1989; 2: 87-103.
12. Wood BL. Beyond the "psychosomatic family": a biobehavioral family model of pediatric illness. *Fam. Proc.* 1993; 32: 261-279.
13. Józefik B, Iniewicz G, Namysłowska I, Ułasińska R. Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – cz. I. *Psychiatr. Pol.* 2002; XXXVI, 1: 51-64.
14. Józefik B. Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. *Psychiatr. Pol.* 1999; XXXIII, 6: 861-875.

Adres: Specjalistyczna Poradnia Psychoprofilaktyki i Terapii Rodzin  
ul. I Armii Wojska Polskiego 1  
20-078 Lublin  
tel. 081-53-248-22

