

Psychologiczna charakterystyka czynników osobowościowych i rodzinnych u osób jadłowstrętem psychicznym.

Pozwolą Państwo , że nawiążę do wcześniej zamieszczonego artykułu na temat anoreksji.

Problem zaburzeń odżywiania w postaci jadłowstrętu psychicznego czy bulimii jest wyjątkowo interesujący ze względu na złożoność czynników mających znaczenie w ich powstawaniu, jak i przebiegu.

Już teraz wiadomo, że nie można mówić o jednym czynniku, który ma wpływ na etiologię tych zaburzeń. Wielu badaczy jest zgodnych, że należy mówić raczej o wieloczynnikowym modelu powstawania tych chorób.

Chciałabym podzielić się z Państwem wnioskami końcowymi jakie zostały przeze mnie sformułowane w związku z przeprowadzonymi badaniami w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na Oddziale Nerwic (2003).

W badaniach skupiałam się tylko na samej anoreksji, a ściślej na zależnościach osobowościowych-rodzinnych, które oprócz aspektu kulturowego są odpowiedzialne za powstawanie oraz przebieg zaburzeń.

Moim celem była zatem zależność pomiędzy czynnikami osobowościowymi i relacjami rodzinnymi u osób ze zdiagnozowaną anoreksją.

Oprócz tego miałam nadzieję, określić charakterystyczne cechy osobowościowe tych osób, w ramach teorii osobowości Wielkiej Piątki Costy i McCrea.

Pierwsze pytanie badawcze jakie postawiłam to: Czy osoby chore na anoreksję będą przejawiały wyższy poziom neurotyzmu , niż osoby z grupy kontrolnej?.

Po przeprowadzonych badaniach okazało się, że istotnie neurotyzm jest cechą charakterystyczną dla osób z jadłowstrętem psychicznym i występuje znacznie częściej w grupie badawczej niż w grupie kontrolnej.

Cechy neurotyzmu w ujęciu Costy i McCare jakimi są lęk, labilność emocjonalna, niezadowolenie z życia, uczucie wstydu i winy są widoczne w życiu i funkcjonowaniu chorych.

Cyt.: „Źródłem lęku jest ciągła obawa przed utratą kontroli nad swoją wagą i ilością spożywanego pokarmu. Lęk jest tym większy , im bardziej chora opiera swoje poczucie wartości, siły na poczuciu kontroli nad własnym ciałem i jedzeniem” (Namysłowska 2000).

Anorektyczka przeżywająca wewnętrzne konflikty jest w stanie ciągłego chaosu emocjonalnego. Konflikt pomiędzy dążeniem – tu własne potrzeby, oczekiwania i wartości, a unikaniem tych potrzeb – mające swe źródło w nadopiekuńczym i usidlającym stylu wychowania jest przyczyną silnego lęku ponieważ wybierając swoje potrzeby anorektyczka czuje się odrzucona i nieakceptowana w swojej rodzinie, przekracza bowiem granice swobody dozwolonej przez rodziców, wymyka się spod ich kontroli, co wzbudza ich niezadowolenie. Jednocześnie musi zrezygnować ze swoich potrzeb i oczekiwań.

Osoba chorująca na anoreksję, jest zmuszona cały czas wybierać pomiędzy miłością rodziców, ich akceptacją, a potrzebą stanowienia o sobie, poznania własnych możliwości, wytyczenia granic swojego „ja”, a tym samym określenia własnej tożsamości. Świat jawi się jej jako zagrażający, a tylko bycie w rodzinie może zapewnić jej poczucie bezpieczeństwa. Chora w związku z nieprzygotowaniem do życia związanym z trudnością w separacji od rodziców nie może przyjąć na siebie żadnej z ról społecznych, które są narzucane z racji choćby wieku, mam tu na myśli rolę matki lub żony. Jedną dostępną rolą jest rola chorej.

Silna potrzeba osiągnięć, która wymusza ciągłą rywalizację z rówieśnikami, czy to o oceny, czy akceptację staje w silnym konflikcie z normą poszanowania bliźniego przekazywaną w toku ewolucji rodzinnej. Sytuacja taka powoduje chaos emocjonalny, który podszyty jest lękiem o to, czy „wypadnę dobrze”, albo „czy będę najlepsza”. Pochwały tego typu szczególnie wyrażane w opiniach innych, są dla chorej wyjątkowo cenne.

Trzeba sobie jednak zdawać sprawę, jak trudno jest utrzymać cały czas tak wysoki poziom i co dzieje się gdy to się nie uda. Poczucie wartości, które jest w dużej mierze zależne od ocen i opinii innych zostaje zburzone.

Rozbieżność pomiędzy „ja realnym”, a „ja idealnym” spowodowane stałym niezadowoleniem ze swego ciała powoduje odczuwanie stałych negatywnych emocji w postaci winy i wstydu.

Wszystkie te emocje, a więc silny lęk, labilność emocjonalna, poczucie winy i wstydu są charakterystykami neurotyzmu w ujęciu Costy i McCrae.

Drugi problem jaki postawiłam w swoich badaniach miał odpowiedzieć na pytanie czy osoby anorektyczne będą przejawiały w większym stopniu, niż osoby z grupy kontrolnej zachowania introwertywne.

Badania wykazały, że chore cierpiące na jadłowstręt psychiczny, w istotny sposób różnią się pod względem introwertyzmu w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej.

Anorektyczki w przeciwieństwie do dziewcząt zdrowych są introwertywne.

Opis zachowań dziewcząt cierpiących na anoreksję oraz ich funkcjonowanie w gronie rówieśników mówiący o izolacji społecznej potwierdzają ten wynik

Cyt.: „Dziewczęta w trakcie choroby coraz bardziej odsuwają się z życia towarzyskiego, czują się osamotnione i niezrozumiałe”

(Golczyńska 1996).

Anorektyczka, która przejawia introwertywny sposób funkcjonowania jest pozbawiona licznych kontaktów towarzyskich, które mogłyby spełniać rolę bufora. Wychodząc z domu, przebywając ze swoimi rówieśnikami, anorektyczka bardziej doświadczałaby siebie, swoich uczuć i potrzeb. Przebywając większą część dnia w domu z rodzicami, osoba chora na jadłowstręt psychiczny, tkwi w zamkniętym kręgu narzuconych norm, sztywnych zachowań, podporządkowaniu, którego wcale nie akceptuje. Takie zachowanie powoduje natomiast coraz większą zależność emocjonalną od rodziców i sprawia, że jedyna prawda o świecie i ludziach to prawda wyniesiona z domu.

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło uczuć jakie będą okazywały dziewczęta chore na anoreksję swym rodzicom w związku z silną deprivacją naturalnej potrzeby poznawania siebie i samostanowienia o sobie pojawiającej się w okresie adolescencji.

Badanie pokazało silny ujemny związek korelacji pomiędzy otwartością na doświadczenie, a uczuciami okazywanymi umiarkowanie negatywnymi w stosunku do matki.

Wydaje się, że uzyskany wynik koresponduje z opisami jakie znajdujemy w literaturze przedmiotu na temat funkcjonowania rodzin w których żyją osoby chore na anoreksję.

Weber i Sterin (1991) za : Józefik (1999) zwraca uwagę na występującą w tych rodzinach tendencję do rezygnacji z własnych, indywidualnych potrzeb na rzecz innych członków rodziny, a także na istnienie silnych granic zewnętrznych i spostrzeganie świata jako zagrażającego. Silna potrzeba indywidualności, jaka występuje u adolescentów, a więc umiejętność tworzenia wewnętrznych i zewnętrznych granic np. oddzielenia swego zdania, życzeń i fantazji, praw i obowiązków od życzeń, fantazji, praw i obowiązków innych, jest poddana w rodzinie anorektycznej silnej frustracji ze względu na usidlający charakter relacji w tych rodzinach.

Zamiast więc rozwijać się i realizować swoje potrzeby anorektyczka wypiera je na rzecz norm i obyczajów przyjętych w swojej rodzinie. Wybierając głodówkę zapewnia sobie choć częściowo poczucie kontroli nad swoim życiem. Taki jednak sposób sprawowania kontroli jest tylko iluzją prowadzącą często do śmierci.

W tym miejscu warto przytoczyć wyniki badań uzyskane w grupie kontrolnej gdzie uzyskałam wynik odwrotnej korelacji. Tu wymiar otwartości koreluje dodatnio z uczuciami okazywanymi umiarkowanie negatywnymi w stosunku do matki, ale również dodatnio korelują uczucia okazywane umiarkowanie negatywnie odbierane od matek.

Czyli im bardziej otwarte na doświadczenia są dziewczęta zdrowe, tym częściej okazują swym matkom uczucia umiarkowanie negatywne, ale także tym częściej odbierają od nich te uczucia. Świadczyć to może o wyrażaniu w pełni swych uczuć, zarówno przez matki jak i córki, co oprócz konfliktu, powoduje oczyszczenie atmosfery, poprzez prawdopodobnie uzyskany kompromis, a tym samym możliwość zaspokojenia własnych potrzeb i oczekiwań przez każdą ze stron. Taka sytuacja prawdopodobnie nie ma miejsca w domu chorej na anoreksję, gdzie uczucia są skrywane.

Wynik uzyskany w grupie chorych można potraktować jako dowód na małą komunikatywność w relacji córka – matka. Brak wyrażania swoich emocji służy podtrzymywaniu silnie przestrzeganej zasady, jaką jest przedkładanie dobra całego systemu, jakim jest rodzina, nad dobro i potrzeby poszczególnych członków rodziny. Powoduje to zapewne wzajemną niechęć i frustrację o czym pisze Selvini Palazzoli. W tak funkcjonującej rodzinie brak przyjmowania pokarmu jest wołaniem o swą niezależność i prośbą o zwrócenie na siebie uwagi.

Oprócz otwartości na doświadczenie wymiarem, który wszedł w istotny związek z uczuciami była sumienność. Tym samym uzyskałam odpowiedź na kolejne pytanie badawcze, a mianowicie z jakimi wymiarami osobowości wg Costy i McCarea będą korelowały uczucia skierowane i odbierane od rodziców w rodzinach anorektycznych?.

Są to otwartość na doświadczenie i sumienność.

Sumienność dodatnio koreluje z uczuciami okazywanymi umiarkowanie pozytywnymi matce ale również ujemnie z uczuciami niekompetencji w stosunku do matki.

Powyższy wynik koresponduje z wcześniejszym. Sumienność u anorektyczek jako wyraz posłuszeństwa i skrupulatnie wykonywanych obowiązków i przestrzeganie norm.

Pomimo, że anorektyczka, czuje się mało swobodnie w sztywnych ryzach surowych wymagań rodzicielskich, nie okazuje tego w zamian za to, okazuje uczucia zgodne z oczekiwaniami rodziców: jest miła, grzeczna, nie złości się i nie sprzeciwia, jest pokorna i zdyscyplinowana. Taki zresztą obraz swoich córek przedstawiają sami rodzice, nie rozumiejąc co się takiego stało, że dotąd nie sprawiające żadnych kłopotów dziecko odmawia nagle przyjmowania pokarmów. Odmowa jest wołaniem o niezależność, jest wydarciem kawałka życia, które może być tylko i wyłącznie pod jej – chorej kontrolą.

Okazywane pozytywne uczucia sprawiają, że dziewczyna zasługuje na miłość, jest poslušna, spełnia oczekiwania rodziców zwłaszcza matki, która w ten sposób może w niej widzieć dziecko, za które należy podejmować decyzje, stawiać wysokie wymagania i je weryfikować. Wszystko w takim układzie pozostaje na miejscu, nie trzeba nic zmieniać, rodzina tym samym nie przechodzi do następnej fazy rozwojowej, kiedy to dziecko usamodzielnia się, by w końcu wyjść z domu i zacząć samodzielne życie.

Matka, która w literaturze przedmiotu jest opisywana jako nadopiekuńcza pozostaje w swojej roli, co jest dla niej samej bezpieczne ponieważ po odejściu dziecka często następuje konfrontacja kobiety z rolą zawodową, z funkcjonowaniem jej po za domem i rodziną o czym pisze Suchańska (2000).

Pozytywne uczucia w tym przypadku stają się obiektywnie rzecz biorąc negatywne, ponieważ powodują blokadę rozwoju indywidualnego dziecka, co ma szerokie konsekwencje w sferze funkcjonowania społecznego młodego człowieka, tu chorej na anoreksję.

Druga część wyniku, a mianowicie okazywanie, czy raczej świadomość niekompetencji matek, córek chorych na anoreksję może świadczyć o doświadczeniu przez chore szczególnie przykrych uczuć w momencie funkcjonowania na zewnątrz, kiedy to chora sama musi stawiać czoła życiu, czy to w szkole, czy wśród rówieśników.

Obraz rodziny anorektycznej wyraźnie sugeruje, że u dziewcząt chorych na jadłowstręt psychicznie rodzice nadmiernie angażują się w sprawy dorastającej córki poprzez zbyt dużą kontrolę w różnych sferach życia, nie dając jej szansy na eksplorację otoczenia, na próbowanie swoich możliwości, sprawdzanie się, a tym samym zdobywania doświadczeń, które mogłyby zostać włączone do obrazu siebie. Postawa nadopiekuńcza, która może przejawiać się w usuwaniu różnych przeszkód stojących przed młodą osobą, hamuje także rozwój pozytywnych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych, nie pozwala na samodzielne rozwiązywanie problemów. Zatem anorektyczka nie posiada skutecznych mechanizmów radzenia sobie, co jest istotne w funkcjonowaniu jej na zewnątrz rodziny. Uzyskany wynik mówiący o niekompetencji matek może być konsekwencją braku radzenia sobie w życiu. Dziewczęta prawdopodobnie obwiniają swoje matki za brak przygotowania ich do życia, za brak wsparcia na zewnątrz.

Taka interpretacja wyniku koresponduje z wynikami uzyskanymi w badaniach przeprowadzonych przez Krystek M. za Suchańska: (2000) Krystek uzyskała w swych badaniach wynik świadczący o nadmiarze kontroli w sferze psychicznej funkcjonowania chorej, a więc rodzice podejmują za chore decyzje, nie przyzwalają na samodzielność, sprawiają, że dziewczęta czują się w dużej mierze zależne od nich emocjonalnie. W sferze społecznej funkcjonowania chorych Krystek uzyskała wynik świadczący o niedoborze kontroli, co może sugerować, że anorektyczki doświadczają w kontaktach z rodzicami braku

zainteresowania ich kontaktami z rówieśnikami, czy generalnie braku wsparcia w zdobywaniu nowych doświadczeń na zewnątrz.

Ostatnie pytanie badawcze dotyczyło ewentualne różnicy w odbieraniu uczuć zarówno pozytywnych jak i negatywnych w obu grupach badawczych.

Okazało się, że w grupie chorych na anoreksję występuje przewaga uczuć odbieranych silnie negatywnych od ojców. Uzyskany przeze mnie wynik jest zgodny z dotychczasowymi badaniami w których w większości relacji dziewcząt chorych na anoreksję opis kontaktów z ojcem nie jest satysfakcjonujący.

Wielokrotnie ojciec jest osobą nieobecną fizycznie i psychicznie, zimną nieprzystępną zamkniętą lub agresywną w kontakcie. Choć nie odmawia mu się takich zalet jak pomoc w trudnych sytuacjach, czy zapewnienie godziwego bytu rodzinie, w oczach chorych uchodzi za osobę obcą, budzącą obawy, lęk, nie zapewniającą poczucia oparcia i bezpieczeństwa (Ziółkowska, 2001).

Badania Engel i Stienen (1988) za Jucyk (1994) dowiodły, że w grupie pacjentek anorektycznych występowały ojcowie określani jako „ brutalni” i „ uzależniający”. Ojcowie brutalni charakteryzowani byli jako dominujący, silnie zorientowani na osiągnięcia, niezadowolony z małżeństwa, konfliktowy. Córki czuły się przez nich odrzucone. Pacjentki anorektyczne mające „ brutalnych” ojców osiągały znacząco wyższy wskaźnik myślenia obsesyjnego i depresyjnego.

Ojcowie „ uzależniający” byli określani jako nadmiernie ochraniający, córka była bardzo związana z ojcem, omawiała z nim wszystkie problemy, czuła się przez niego rozumiana i kochana. Ojcowie byli niezadowoleni z małżeństwa, również i u tych pacjentek występowało często myślenie obsesyjno- depresyjne.

Pacjentki mające ojców „ uzależniających” miały o wiele mniejszy kontakt z ludźmi niż inne badane anorektyczki, nie mające ojców „ uzależniających”, zanotowano u nich także silniejsze lęki seksualne i niższy poziom społecznej integracji.

Wynik drugi jaki poróżnił obie grupy dotyczył uczuć odbieranych silnie pozytywnych od matki. Tym razem w grupie anorektyczek wystąpiło znacząco mniej tych uczuć w porównaniu z grupą kontrolną, w której dziewczęta częściej odbierały uczucia silnie pozytywne od swych matek.

Suchańska na podstawie przeprowadzonych badań pisze, że zaledwie parę dziewcząt z grupy badawczej uznaje swój kontakt z matką jako satysfakcjonujący, co w ich rozumieniu wiąże się z wyrozumiałością matek, wsparciem jakie od nich otrzymują, bliskością fizyczną oraz porozumieniem na poziomie werbalnym. W pozostałych przypadkach kontakt z matką nie jest tak poprawnie oceniany, ponieważ, w opinii badanych dziewcząt komunikacja w relacji matka – córka nie jest jasna i czytelna, matka nie jest postrzegana przez córkę jako źródło oczekiwanego wsparcia, częstokroć budzi w dziecku zachowania lękowe i poświęca mu niewystarczającą ilość czasu.

W jednej trzeciej przypadków w omawianej grupie kontakty z matką uznano za zaburzone. Powodem takiej diagnozy stały się sformułowania w których dziewczęta wyrażały odczuwanie bezwzględnej dominacji matek przy równoczesnym ograniczeniu swobody. Dziewczęta doświadczały także deprywacji kontaktów z matką na wszelkich możliwych poziomach od werbalnego po bliskość fizyczną. W relacji matki okazywały uporczywe niezadowolenie ze swych córek.

Matka okazując przez większość czasu niezadowolenie i odmawiając dziecku pozytywnych emocji, stawia córkę w trudnej emocjonalnie sytuacji ponieważ cały czas musi ono zapracowywać na miłość. Okazując ciepło i zrozumienie matka prawdopodobnie otworzyłaby

furtkę do tego aby ta poczuła się bardziej bezpiecznie i miała może odwagę sprzeniewierzyć się jej.

W niniejszym artykule podzieliłam się z Państwem wynikami własnych badań, mam nadzieję, że przedstawione interpretacje i wnioski z badań zainteresowały Państwa, a być może zachęciły do zweryfikowania, przyjrzenia się własnym relacjom ze swoimi dziećmi, zwłaszcza, że wyniki moich badań w dużym stopni korespondują z wcześniej przeprowadzonymi.

Beata Kasprzak

Literatura :

1. Abraham S., Llewellyn – Jones D. (1995) „ Anoreksja, Bulimia, Otyłość” Warszawa Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Banaś A., Januszkiewicz – Grabias A., Radziwiłłowicz P. (1998)” Wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania się” Psychiatria Polska, tom XXXII.
3. Brzezińska A. (2000) „ Społeczna Psychologia Rozwoju” Warszawa Wydawnictwo Naukowe Scholar.
4. Golczyńska M. (1996) „ Anorexia nervosa – psychospołeczne tło zaburzeń” Nowa Medycyna ,21 17-18
5. Góra A., Szymona K.(2000) „ Anoreksja i bulimia – problem rodziców, psychologów, lekarzy” Warszawa Medycyna ogólna 6 (XXXV)
6. Iniewicz G. (1999) „ Samokontrola w anoreksji psychicznej” Psychoterapia 1 (108)
7. Jablow M.M. (1993) „ Na bakier z jedzeniem” GWP
8. Jakubczyk A., Żechowski C.(1996) „Anoreksja, jako przejaw pogranicznej struktury osobowości” Nowa Medycyna, Rok III, Nr 17, 18-25
9. Józefik B. (1999) „ Anoreksja i Bulimia psychiczna” Kraków Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
10. Jucyk T. (1994) „ Wpływ rodziny na etiologię i przebieg anorexia nervosa” Wydawnictwo Nowiny Psychologiczne
11. Komender J. (1996) „ Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa, czy zespół objawowy” Nowa Medycyna 21, 5-11
12. Kleszcz M (1997) „ Anoreksja choroba kobiecej duszy” Magazyn Pielęgniarek i Położnych
13. Lazarus A., Colman A.M. (2001) „Psychopatologia” Poznań Wydawnictwo Zysk i Spółka.
14. Namysłowska I., Paszkiewicz E., Siewierska A. (2000) „ Gdy odchudzanie jest chorobą” Warszawa Wydawnictwo W>A.B>
15. Namysłowska I (1997) „ Gdy cierpi ciało i choruje dusza” Charaktery, 10 12-17.
16. Scheridan CH.L., Radmacher S.A. (1998) „ Psychologia Zdrowia” Instytut Psychologii Zdrowia
17. Starzomska M. (2001) „ Z historii psychiatrii: anorexia nervosa jako optymalne zachowanie w socjokulturowym kontekście” Psychiatria Polska , tom XXXV, nr4 str. 669-679

18. Strelau J (1998) „Psychologia temperamentu” Warszawa Wydawnictwo Naukowe PWN
19. Talarczyk M., Rajewski A. (1999) „ Potrzeba osiągnięć u chorych z jadłowstrętem psychicznym „ Wiadomości Psychiatryczne, tom 2, nr 4
20. Ziólkowska B. „ Czas chudych ciał” Charaktery, 11 20-21
21. Ziólkowska B. (2001) „ Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji” Wydawnictwo Fundacji Humaniora
22. Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998) Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCarea.