

Postawy rodzicielskie a poczucie kontroli w percepcji dziewcząt z anoreksją

Parent-child relations and sense of control in the perception of girls with anorexia

Maria Chuchra¹, Katarzyna Drzazga¹, Beata Pawłowska²

¹Institut Nauk o Rodzinie KUL

Kierownik: prof. dr hab. M. Kalinowski

²Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

Summary

Aim. The aim of this study was to look for any relationships between the parent-child relations and sense of control in the perception of girls with anorexia.

Method. The examined group consisted of 30 girls aged 15–23 years, diagnosed with anorexia nervosa (ICD-10) and 30 healthy girls of the same age (15–23). Parent-child relations were examined using the Parent-Child Relations Questionnaire (PCR, A. Roe and M. Siegelman) and a belief in control with the use of Inter-External Control Scale (IE, J. Rotter).

Results and conclusions. Statistical and clinical analysis of the results obtained allowed us to formulate the following conclusions:

1. Mother-child relations as perceived by the girls with anorexia are ambivalent.
2. The fathers of the girls with anorexia are rated as being more rejecting and less loving as compared to the fathers of healthy girls.
3. There are differences between father-child relations and mother-child relations both in the experimental and the control group.
4. Compared to their fathers, the mothers are rated by the daughters from both groups as being more loving and protecting.
5. The patients' fathers are rated as being more rejecting than their mothers, whereas the healthy girls report more demanding fathers than mothers.
6. External control in girls with anorexia is connected with rejecting and hostile mothers.
7. Internal control in healthy girls is linked to the approving and loving mothers and fathers.

Słowa klucze: anoreksja, poczucie kontroli zewnętrznej, poczucie kontroli wewnętrznej

Key words: anorexia nervosa, a sense of external control, a sense of internal control

Wstęp

Na podstawie oryginalnej koncepcji Juliana B. Rottera [za: 1], powstałej w ramach teorii społecznego uczenia się, pomagającej zrozumieć, w jaki sposób człowiek spo-

strzeżę związek między własnym zachowaniem a jego konsekwencjami, postawiono hipotezę, że uzależnione od opieki dorosłych dziecko przejawia poczucie kontroli zewnętrznej; w miarę rozwoju możliwości skutecznego wywierania wpływu na zdarzenia powinno narastać u niego poczucie kontroli wewnętrznej. Zrodzeniu się poczucia kontroli zewnętrznej sprzyjają między innymi wychowanie autokratyczne, rygorizm, zmienność wymagań, sprzeczności w metodach wychowawczych rodziców. Natomiast tworzeniu się poczucia kontroli wewnętrznej służą wychowanie liberalne, dające dziecku samodzielność, możliwość podejmowania własnych decyzji, bezwarunkowa miłość rodzicielska, akceptująca, ochraniająca, ale koniecznie wymagająca. Tak więc, postawy rodziców mogą wpływać na lokalizację ośrodka kontroli u dzieci.

Osoby z poczuciem wewnętrznej kontroli kierują się w życiu przede wszystkim własnym systemem wartości, uważają świat za przewidywalny, za miejsce, w którym ludzkie działania mają swoje określone konsekwencje. Ludzie o poczuciu zewnętrznej kontroli są wrażliwi na wpływy innych, mogą mieć trudności w trzymaniu się własnej hierarchii wartości, świat dla nich jest nieprzewidywalny, a konkretne zachowania wcale nie muszą przynieść określonego skutku [1, 2].

Prawidłowe postawy rodzicielskie, okazywanie dziecku ciepła, podkreślanie więzi z nim stwarzają mu odpowiednie warunki do emocjonalnego, społecznego i umysłowego rozwoju [3]. Wyształcają prawidłową postawę wobec świata i innych ludzi, rozwijają jego samodzielność, umiejętność wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi. Wielu badaczy uważa, że nieprawidłowe postawy rodzicielskie leżą u podłoża wielu zaburzeń u dzieci – w tym także zaburzeń odżywiania się – a w konsekwencji są przyczyną wielu tragedii rodzinnych. Błędy wychowawcze rodziców dotyczą przede wszystkim wadliwego dystansu w relacji rodzic–dziecko. Nadmierny dystans wyraża się poprzez kontakt agresywny z jednej strony, a jednocześnie dążenie do uniknięcia go z drugiej strony. Nadmierna koncentracja natomiast manifestuje się w kontakcie uporczywie korygującym lub zbyt bliskim na poziomie wcześniejszej fazy rozwojowej [3]. Zbyt duża koncentracja na dziecku może opóźnić osiągnięcie przez nie dojrzałości emocjonalnej, może być przyczyną infantylizmu społecznego oraz braku inicjatywy. Wygórowane wymagania mogą spowodować u niego brak wiary we własne siły, niepewność, lękliwość, obsesyjność, przewrażliwienie. Zbyt silne więzi rodzinne w okresie dorastania mogą utrudnić dziecku lub wręcz uniemożliwić osiągnięcie niezależności [4]. Jak sądzą niektórzy autorzy [5, 6] – właśnie anoreksja może dać poczucie autonomii. Dysfunkcyjne wzory rodzinne, które dokładnie opisują Weber i Stierlin [7], mogą stwarzać ryzyko zachorowania na nią.

Poszukując związku między postawami rodzicielskimi a umiejscowieniem ośrodka kontroli u dziewcząt z anoreksją, sformułowano następujący problem badawczy:

Jakie typy postaw matek, a jakie ojców mają wpływ na poczucie kontroli u dziewcząt z anoreksją?

Na podstawie analizy literatury przedmiotu postawiono następujące hipotezy:

1. Postawy rodzicielskie w percepcji dziewcząt z anoreksją różnią się od postaw rodzicielskich w percepcji ich zdrowych rówieśniczek.

2. Dziewczeta chore i zdrowe różnią się pod względem poczucia kontroli.
3. Istnieje związek między postawami rodzicielskimi a poczuciem kontroli u córek z anoreksją.

Celem pracy jest weryfikacja powyższych hipotez.

Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 30 dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji (wg ICD-10), hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii oraz Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Chorób Młodości AM w Lublinie, w wieku 15–23 lat, ($x = 17,8$ roku) oraz 30 zdrowych ich rówieśniczek, dobranych parami ($x = 17,6$ roku). Wszystkie dziewczęta pochodziły z pełnych rodzin. Większość pacjentek pochodziła z miasta (73,3%). Relacje małżeńskie swoich rodziców 46,7% określiło jako poprawne, 16,7% jako pełne miłości, 13,3% jako obojętne, natomiast 17% jako negatywne i 6,6% – wrogie. Ponad połowa dziewcząt (56,7%) oceniała atmosferę panującą w domu jako dobrą lub bardzo dobrą, 23,3% jako przeciętną, a 20% jako złą.

Metoda

Postawy rodzicielskie badano za pomocą Kwestionariusza Stosunków Między Rodzicami a Dziećmi A. Roe i M. Siegelmana. Kwestionariusz ten pozwala na określenie nasilenia pięciu następujących postaw matek i ojców: 1) postawy kochającej (L), 2) postawy wymagającej (D), 3) postawy ochraniającej (A), 4) postawy odrzucającej (R), 5) postawy liberalnej (C). Oprócz wymienionych postaw, można jeszcze obliczyć dwa wskaźniki: miłość – odrzucenie ($L - R$) oraz liberalizm – wymagania ($C - D$) mówiące o przewadze określonej postawy.

Do pomiaru poczucia kontroli (LOC) zastosowano najbardziej popularną skalę I – E (*Internal – External Control Scale*) opracowaną przez Rottera i jego współpracowników na uniwersytecie stanu Ohio. Składa się ona z 29 par zdań z wymuszonym wyborem. Zadaniem badanego jest opowiedzenie się za tymi alternatywami, które uważa za bardziej prawdziwe i zgodne z własnymi poglądami. Obliczając wynik, pod uwagę bierze się 23 pozycje, a 6 pozostałych to tak zwane buforowe pary zdań, których zadaniem jest ukrycie celowości kwestionariusza. Badany w całej skali może uzyskać od 0 do 23 punktów. Wysoki wynik wskazuje na poczucie kontroli zewnętrznej, a niski – wewnętrznej.

Wyniki

W pierwszym etapie pracy porównano postawy rodzicielskie w percepcji dziewcząt z anoreksją z postawami rodzicielskimi w percepcji ich zdrowych rówieśniczek. Otrzymane wyniki testu poddano analizie statystycznej i klinicznej. W pierwszej kolejności porównano wyniki matek w grupie dziewcząt chorych na anoreksję i zdrowych (tab. 1).

Tabela 1

Porównanie postaw matek

Postawy	G. eksperymentalna		G. kontrolna		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p <
Kochająca – L	32,00	8,16	32,90	5,93	-0,49	
Wymagająca – D	21,90	6,60	21,33	4,90	0,38	
Ochraniająca – A	26,20	5,84	26,00	5,02	0,14	
Odrzucająca – R	17,37	6,58	14,50	4,76	1,93	
Liberalna – C	25,70	5,28	24,80	4,57	0,71	

Porównując wyniki dotyczące postaw rodzicielskich matek w grupie dziewcząt chorych na anoreksję i w grupie dziewcząt zdrowych, nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie, dlatego też zwrócono uwagę na występujące pewne tendencje. Zarówno w ocenie pacjentek, jak i dziewcząt z grupy kontrolnej najwyższe wyniki uzyskały matki w zakresie postawy kochającej (L). Wyniki niższe w obu grupach dotyczą postawy ochraniającej (A) i liberalnej (C), a najniższe – postawy odrzucającej (R).

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że zarówno pacjentki, jak i dziewczęta zdrowe podobnie oceniają matki w zakresie postawy kochającej, liberalnej, ochraniającej i wymagającej. Należy jednak zaznaczyć, że dziewczęta chore oceniają równocześnie matki jako bardziej odrzucające niż ich zdrowe rówieśniczki, co przemawia za typowymi dla tych rodzin ambiwalentnymi postawami matek.

Porównując postawy ojców w percepcji chorych na anoreksję oraz zdrowych córek, zauważono dwie istotne statystycznie różnice (tab. 2).

Tabela 2

Porównanie postaw ojców

Postawy	G. eksperymentalna		G. kontrolna		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p <
Kochająca – L	26,60	8,05	30,70	6,44	-2,18	0,05
Wymagająca – D	23,50	8,04	23,30	5,72	0,11	
Ochraniająca – A	19,67	5,57	21,23	5,33	-1,11	
Odrzucająca – R	20,03	7,50	15,10	5,31	2,94	0,01
Liberalna – C	23,50	5,78	24,30	4,26	-0,61	

Najbardziej istotna różnica dotyczy postawy odrzucającej (R, $p < 0,01$). Ojcowie pacjentek uzyskali istotnie wyższe wyniki niż ojcowie dziewcząt zdrowych, co oznacza, że ojcowie pacjentek w mniejszym stopniu akceptują „dziecięcość” swoich córek, są dla nich mniej czuli, mniej liczą się z ich zdaniem i ich punktem widzenia niż ojcowie dziewcząt zdrowych.

Najwyższe wyniki w obu grupach uzyskali ojcowie w postawie kochającej (L). Różnica między wynikami jest istotna statystycznie (L, $p < 0,05$). Oznacza to, że ojco-

wie pacjentek poświęcają im znacznie mniej uwagi, dają znacznie mniej pozytywnego wsparcia i miłości niż ojcowie dziewcząt zdrowych.

Porównując postawy ojców i matek w percepcji dziewcząt z anoreksją, zauważa się trzy istotne statystycznie różnice (tab. 3). Największa różnica dotyczy postawy ochraniającej (A, $p < 0,0001$), nieco mniejsza postawy kochającej (L, $p < 0,01$) i najmniejsza postawy odrzucającej (R, $p < 0,05$).

Tabela 3

Porównanie postaw matek i ojców dziewcząt z anoreksją

Postawy	Matka		Ojciec		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p <
Kochająca – L	32,00	8,16	26,60	8,05	3,29	0,01
Wymagająca – D	21,90	6,60	23,50	8,04	-1,02	
Ochraniająca – A	26,20	5,84	19,67	5,57	5,56	0,0001
Odrzucająca – R	17,37	6,58	20,03	7,50	-2,30	0,05
Liberalna – C	25,70	5,28	23,50	5,78	1,53	

Dziewczęta spostrzegają u swoich matek bardziej nasilone postawy kochające (L) i ochraniające (A) niż u ojców. Ojcom przypisują znacząco bardziej nasiloną postawę odrzucającą (R) niż matkom. Oznacza to, że matki poświęcają im więcej uwagi i okazują więcej uczuć oraz udzielają im więcej pomocy i wsparcia niż ojcowie. Matki są również bardziej pobłażliwe, ale i bardziej chronią je przed negatywnymi doświadczeniami, a także w większym stopniu akceptują ich dziecięcy sposób bycia i myślenia, natomiast w mniejszym stopniu niż ojcowie ograniczają córkom kontakty z rówieśnikami.

W kolejnym etapie pracy porównano postawy ojców i matek w ocenie ich zdrowych córek (tab. 4). W wyniku porównania otrzymano trzy różnice istotne statystycznie, przy czym dwie dotyczą analogicznych skal jak w grupie pacjentek (A, L), trzecia zaś – różnej (u pacjentek – R, u zdrowych – D).

Tabela 4

Porównanie postaw matek i ojców w grupie kontrolnej

Postawy	Matka		Ojciec		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p <
Kochająca – L	32,90	5,93	30,70	6,44	3,12	0,01
Wymagająca – D	21,33	4,90	23,30	5,72	-2,02	0,05
Ochraniająca – A	26,00	5,02	21,23	5,33	6,22	0,0001
Odrzucająca – R	14,50	4,76	15,10	5,31	-0,99	
Liberalna – C	24,80	4,57	24,30	4,26	0,60	

Dziewczęta zdrowe, podobnie jak i chore, uważają, że matki znacząco bardziej je ochraniają (A, $p < 0,0001$) i kochają (L, $p < 0,01$) niż ojcowie. Trzecia różnica doty-

czy postawy wymagającej (D, $p < 0,05$). W ocenie dziewcząt w zakresie tej postawy rodzice różnią się – ojcowie są bardziej wymagający niż matki, przy czym nie są to wygórowane wymagania, ale na poziomie przeciętnym. Ojcowie więc bardziej dbają o zasady dotyczące obyczajów i obowiązków.

Oprócz pięciu opisanych postaw, można także obliczyć dwa wymiary czynnikowe, tzw. wskaźniki postaw. Wyniki powyżej 30 punktów świadczą o przewadze postaw: kochającej (L) nad odrzucającą (R) oraz postawy liberalnej (C) nad wymagającą (D), a wyniki poniżej 30 punktów dowodzą istnienia tendencji odwrotnej. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Analizując wskaźniki postaw L – R, zauważa się, że zarówno u matek, jak i u ojców obu grup wyniki są na poziomie przeciętnym, z przewagą postaw kochających nad odrzucającymi. Najbardziej nasilone postawy kochające przejawiają matki z grupy kontrolnej (L – R = 48,3), w czym istotnie ($p < 0,02$) różnią się od swoich mężów (L – R = 45,2). Również matki z grupy eksperymentalnej przejawiają istotnie bardziej ($p < 0,01$) nasilone postawy kochające (L – R = 44,6) niż ich mężowie (L – R = 35,6). Z kolei ojcowie z grupy kontrolnej (L – R = 45,2) różnią się od ojców z grupy eksperymentalnej (L – R = 35,6) pod względem nasilenia postawy kochającej na niekorzyść ojców pacjentek ($p < 0,01$). Nie stwierdza się natomiast różnic w postawach matek obu grup.

Analizując wskaźnik C – D, nie stwierdza się żadnych różnic pomiędzy nasileniem postaw liberalnych i wymagających u rodziców obu grup. Wszystkie wskaźniki są na poziomie średnim i raczej oscylują w kierunku postaw liberalnych.

Poszukując związków między postawami rodzicielskimi a poczuciem kontroli, w pierwszej kolejności porównano średnie wyniki dziewcząt obu grup w skali poczucia kontroli, a następnie dotyczące wieku, gdyż niektórzy autorzy podkreślają jego związek z poczuciem kontroli (tabela 5).

Tabela 5

Związek poczucia kontroli z wiekiem

	G. eksperymentalna		G. kontrolna		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p
LOC	12,10	3,49	11,87	4,11	0,24	0,813
Wiek	17,83	2,76	17,60	2,27	0,36	0,722

Porównanie wyników Kwestionariusza Poczucia Kontroli (I – E) J. Rottera w grupie pacjentek i dziewcząt zdrowych nie ujawniło różnic istotnych statystycznie. Zarówno dziewczęta z anoreksją, jak i zdrowe uzyskały wyniki na poziomie średnim, które nie pozwalają na zdecydowane opowiedzenie się za poczuciem kontroli zewnętrznej czy wewnętrznej. Pod względem wieku grupy były niemal identyczne – średnia wieku w grupie pacjentek wynosiła 17,8, a dziewcząt zdrowych 17,6 roku.

W następnym etapie badawczym poszukiwano związków między postawami rodzicielskimi a poczuciem kontroli u dziewcząt chorych i zdrowych (tab. 6).

Tabela 6

Związki pomiędzy postawami rodzicielskimi a poczuciem kontroli u córek

Postawy	Matki g. ekspery- mentalna	p <	Matki g. kontrolna	p <	Ojcowie g. ekspery- mentalna	p <	Ojcowie g. kontrolna	p <
Kochająca – L	-0,14		-0,38	0,05	-0,17		-0,46	0,01
Wymagająca – D	0,13		0,39	0,05	0,03		0,30	
Ochraniająca – A	0,01		-0,21		-0,08		0,02	
Odrzucająca – R	0,36	0,05	0,39	0,05	0,22		0,51	0,01
Liberalna – C	0,07		-0,06		0,15		-0,10	
L – R	-0,24		-0,40	0,05	-0,21		-0,47	0,01
C – D	0,01		-0,21		0,02		-0,27	

W grupie dziewcząt z anoreksją stwierdzono statystycznie istotną dodatnią zależność między poczuciem kontroli zewnętrznej a postawą odrzucającą matki. Wynik ten oznacza, że dziewczęta z jadłowstrętem cechuje tym większe poczucie zewnętrznej kontroli, im bardziej spostrzegają swoje matki jako osoby wrogie, nieakceptujące, chłodne, które wyśmiewają się z ich błędów. Badane charakteryzują się tym większą zależnością od opinii otoczenia, tym silniejszym poczuciem, że ich zachowanie warunkują czynniki zewnętrzne, im bardziej matki unikają z nimi kontaktów, czy wydają zarządzenia celem odizolowania ich od siebie.

W grupie dziewcząt zdrowych zaznaczyły się dwie dodatnie zależności między poczuciem kontroli a wymagającą i odrzucającą postawą matki, oraz ujemny związek między jej postawą kochającą a ich poczuciem kontroli. Rezultaty te wskazują, że im bardziej matka spostrzegana jest jako osoba akceptująca, darząca zaufaniem, zachęcająca do niezależności, tym bardziej kształtuje się w córce poczucie własnej sprawczości, skuteczności, wpływu na swoje zachowanie i odpowiedzialności za nie. W sytuacji, gdy matka stawia zbyt wysokie wymagania, wydaje zarządzenia, ogranicza kontakty z rówieśnikami, jest despotyczna, dominująca, wroga, przyjmuje wobec dziecka postawę odrzucającą i nie liczy się z jego zdaniem – rodzi się w nim poczucie zależności własnych zachowań wyłącznie od innych ludzi czy zdarzeń losowych.

Analiza korelacji między postawami ojców dziewcząt z jadłowstrętem a poczuciem kontroli nie wykazała żadnych istotnych statystycznie zależności. W grupie dziewcząt zdrowych natomiast otrzymano znaczącą dodatnią korelację między poczuciem kontroli a postawą odrzucającą ojca i ujemną zależność między jego postawą kochającą a ich poczuciem kontroli. Wyniki te wskazują, że dziewczęta tym bardziej czują się odpowiedzialne za własne zachowanie, mające na nie wpływ, im bardziej oceniają ojców jako akceptujących, poświęcających im wiele uwagi, wspierających w dążeniu do niezależności i darzących zaufaniem. Im bardziej natomiast spostrzegają ojców jako wrogich, odrzucających, karzących, wyśmiewających błędy, nie liczących się z ich zdaniem i nie poświęcających im czasu, tym większe jest u nich poczucie zewnętrznej kontroli i braku wpływu na własne postępowanie.

Omówienie wyników

W literaturze wielokrotnie podkreśla się wpływ postaw rodzicielskich na wystąpienie zaburzeń u dzieci. Znacznie częściej dane te dotyczą negatywnych skutków nieprawidłowych postaw matek, choć współczesne badania coraz więcej miejsca poświęcają także roli ojca w powstawaniu zaburzeń [8, 9]. Badania te pokazują, że trafne może okazać się stwierdzenie, iż ojciec jest w tym samym stopniu (lub jeszcze większym niż matka) odpowiedzialny za rozwój choroby u dziecka. Obciążanie matek za ich nieprawidłowe postawy oraz zachowania prawdopodobnie częściowo wpływa stąd, że więcej czasu poświęcają one na wychowanie i przebywanie z dzieckiem, a przede wszystkim chętniej współpracują i poddają się badaniom testowym niż ojcowie. Stąd łatwiej obwiniać je niż ojców, o których zwykle niewiele wiemy.

Niniejsze badania nie wykazują różnic istotnych statystycznie między postawami matek dziewcząt chorych i zdrowych, choć wskazują na pewne tendencje, świadczące o ambiwalencji postaw matek dziewcząt z anoreksją. Poziom nasilenia postaw kochających jest niemal identyczny w obu grupach, natomiast matki dziewcząt chorych cechuje bardziej nasilona postawa odrzucająca, a różnica zbliża się do istotnej.

Wcześniejsze badania, przeprowadzone przez Kozaka [10], w pewnym zakresie są zgodne z otrzymanymi w niniejszych badaniach. W odniesieniu do postaw wymagających, ochraniających i liberalnych on także nie stwierdził istotnych różnic między matkami z grupy eksperymentalnej i kontrolnej, natomiast w zakresie postawy kochającej i odrzucającej otrzymał bardziej jednoznaczne wyniki – matki dziewcząt chorych cechowała istotna przewaga postaw odrzucających nad kochającymi. W badaniach Józefik i wsp. [11, 12] pacjentki także generalnie bardziej negatywnie oceniały swoje matki niż ich zdrowe rówieśniczki.

Otrzymane wyniki mogą być potwierdzeniem poglądów tych autorów, którzy uważają, że matki zewnętrznie (np. poprzez dobre odżywianie) i werbalnie starają się okazywać miłość dziecku, ale tak naprawdę je odrzucają, gdyż nie spełnia ono ich oczekiwań. To odrzucenie i dyscyplina faktycznie decydują o rodzinnej atmosferze. Przez dziecko jedzenie jest kojarzone z miłością matki, a dla niej karmienie jest substytutem miłości. Symptomy anoreksji (odmowa jedzenia) w takiej sytuacji zapewniają aktywną opiekę matki i chronią przed odrzuceniem z jej strony [8]. Potwierdzają to wypowiedzi badanych pacjentek, dotyczących tego, co daje im choroba: „doświadczam więcej ciepła, zrozumienia, niemal nadopiekuńczości” (Ania, lat 22), „rodzice bardziej się mną opiekują” (Kasia, lat 15), „wszyscy są bardzo opiekuńczy, martwią się o mnie” (Zosia, lat 15).

Bliższego wglądu wymagają także postawy ojców, które być może odgrywają większą rolę w rodzinach dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym niż dotychczas sądzono. Ojcowie pacjentek przede wszystkim różnią się od ojców córek zdrowych istotnie wyższym nasileniem postawy odrzucającej, w ocenie córek, i istotnie niższym – postawy kochającej, która w grupie kontrolnej osiąga poziom przeciętny, a w eksperymentalnej niski. Wynik taki oznacza mniejszy stopień akceptacji, czułości, pozwolenia na samodzielność i na własny punkt widzenia. Ponadto w postawie odrzucającej ojców dostrzec można negację dziecka jako osoby mającej swoje indywidualne potrzeby, oczekiwania, uczucia – również do nich.

O tym, że symptomy jadłowstrętu psychicznego mogą być także sygnałem wysłanym do ojca, a nie tylko do matki, świadczą wypowiedzi: „stałam się bardziej zauważalna, tata bardziej się mną zajmuje” (Jola, lat 15), „boję się, że kiedy wyzdrowieję, będę wyglądała grubo i tata znowu odejdzie, i nie będzie spędzał ze mną tyle czasu” (Ewelina, lat 15).

Między postawami ojców w obu grupach zauważa się również inne różnice. W grupie dziewcząt chorych zaznacza się przewaga postawy odrzucającej u ojca, a w grupie zdrowych – przewaga postawy wymagającej. Przewaga postawy odrzucającej u ojca w ocenie dziewcząt z anoreksją, w porównaniu z dziewczętami zdrowymi, może być związana zarówno z negatywnym obrazem mężczyzny, przekazywanym przez rozczarowaną i sfrustrowaną własnym małżeństwem matkę, jak i wypowiedzianym przez ojca poniżającym komentarzem na temat kształtowania się u córki kobiecej sylwetki [7]. W niektórych przypadkach może także wynikać z patologicznych relacji z ojcem [13].

Wielu autorów podkreśla rolę i znaczenie kontroli u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym. Albisetti [13] uważa, że mają one „obsesję na punkcie władzy, kontroli”. Znajduje to także potwierdzenie w wypowiedzi jednej z pacjentek: „stałam się osobą, która ma władzę, rodzina stara mi się podporządkować” (Ola, lat 18). Porównując jednak poczucie kontroli w grupie dziewcząt chorych i zdrowych, nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie. Uzyskane wyniki są na poziomie przeciętnym i nie pozwalają na opowiedzenie się ani za poczuciem kontroli zewnętrznej, ani wewnętrznej u dziewcząt obu grup. Brak różnic w poczuciu kontroli między grupą eksperymentalną a grupą kontrolną stwierdził także Kozak [10], ale w jego grupach dziewczęta cechowało poczucie wewnętrznej kontroli. Być może, kluczem do wyjaśnienia tej różnicy jest wiek badanych dziewcząt, albowiem badał on dziewczęta starsze. Nawiązując natomiast do poglądów i wyników badaczy twierdzących, że początek dorastania charakteryzuje przechodzenie od przekonań o kontroli zewnętrznej do poczucia kontroli wewnętrznej [2], można przypuszczać, że badane dziewczęta znajdują się w okresie przełomowym.

W kolejnym etapie pracy poszukiwano związku między postawami rodzicielskimi a poczuciem kontroli u pacjentek. Otrzymane wyniki ujawniły, że jest on częstszy w grupie kontrolnej niż w eksperymentalnej. W grupie kontrolnej wykazano związek między poczuciem kontroli a postawami wymagającą i odrzucającą u matek oraz kochającą i odrzucającą u ojców. W grupie dziewcząt z anoreksją jedyny związek stwierdzono między poczuciem kontroli a postawą odrzucającą u matki, nie stwierdzono natomiast żadnego istotnego związku między poczuciem kontroli u córek a postawami ojca. Otrzymane wyniki są trudne do interpretacji, ze względu na brak badań umożliwiających porównanie wyników. W porównywalnych, cytowanych badaniach Kozaka [10] nie poszukiwano związków korelacyjnych.

Analizując otrzymane wyniki, należy zwrócić uwagę na fakt, że postawy rodzicielskie badane były w percepcji dziewcząt, która może być zniekształcona, podobnie jak i postrzeganie siebie. Prawdopodobnie zupełnie inaczej by wyglądały związki korelacyjne, gdyby swoje postawy rodzicielskie oceniali sami rodzice.

Postawiony w niniejszej pracy problem wymaga więc dalszych badań, a otrzymane wyniki wymagają dalszych weryfikacji, gdyż w literaturze można spotkać poglądy zarówno częściowo potwierdzające je, jak i sprzeczne.

Wnioski

1. Postawy matek w percepcji dziewcząt chorych na anoreksję cechuje ambiwalencja.
2. W percepcji pacjentek ojców cechuje większe nasilenie postawy odrzucającej, a mniejsze kochającej, niż ma to miejsce w grupie dziewcząt zdrowych.
3. Między postawami ojców i matek (w percepcji córek) zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i kontrolnej istnieją różnice.
4. Matki, w porównaniu z ojcami, przejawiają bardziej nasilone postawy kochające i ochraniające w percepcji córek obu grup.
5. W percepcji pacjentek ojcowie przejawiają bardziej nasilone postawy odrzucające niż matki, w percepcji zaś dziewcząt zdrowych ojcowie przejawiają postawy bardziej wymagające niż matki.
6. Poczucie zewnętrznej kontroli u dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym łączy się ze spostrzeganymi przez nie odrzucającymi i wrogimi postawami matek.
7. Poczucie wewnętrznej kontroli u dziewcząt zdrowych łączy się z percepcją akceptujących i kochających postaw, zarówno matek, jak i ojców.

Родительское отношение и чувство контроля в понимании девочек с нервной анорексией

Содержание

Задание. Поставлено задание изыскания связей между отношением родителей в понимании девочек с нервной анорексией и чувством контроля.

Материал и метод. Группа исследованных состояла из 30 девочек с диагностированной нервной анорексией (ICD-10) в возрасте 15–23 лет и 30 здоровых ровесниц в том же возрасте, т.е. 15–23 лет. Отношение родителей оценено Глоссарием отношений между родителями и детьми А. Роэ и М. Сегельмана, а чувство контроля Глоссарием для измерения чувства контроля I-Е. Роттера.

Результаты и выводы. Статистический и клинический анализы полученных результатов позволили сформулировать следующие выводы: 1. Поведение матерей в оценке девочек, больных нервной анорексией, характеризует амбивалентность. 2. В перцепции пациенток отцы в большей степени отбрасывают страдания девочек и меньше их любят, чем здоровых ровесниц. 3. Между отношениями отцов и матерей (в перцепции дочерей) как в экспериментальной, так и контрольной группах существуют различия. 4. Матери в сравнение с отцами проявляют более выраженные черты любви и защиты по мнению девочек обеих групп. 5. По мнению пациенток отцы проявляют более выраженные черты отбрасывания, чем матери, а здоровые девочки считают, что отцы проявляют к ним более требовательное отношение, чем матери. 6. Внешнее чувство контроля у девочек с нервной анорексией соединяется с наблюдаемыми ими отбрасывающими и враждебными отношениями матерей. 7. Внутреннее чувство контроля у здоровых девочек соединяется с чувством акцептирующих и любящих их матерей и отцов.

Elternhaltungen und das Gefühl der Kontrolle in der Perzeption der Mädchen mit Anorexia

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Suche nach den Zusammenhängen zwischen den Haltungen der Eltern in der Perzeption der Mädchen mit Anorexia und dem Kontrollgefühl.

Material und Methode. Die untersuchte Gruppe bildeten 30 Mädchen mit der Diagnose Anorexia (ICD 10) im Alter zwischen 15 und 23 Jahren und 30 gesunde Gleichaltrige im Alter von 15 - 23 Jahren. Die Haltungen der Eltern untersuchte man mit dem Fragebogen für Beziehungen zwischen

den Eltern und Kindern von A. Roe und M. Siegelmann, und das Kontrollgefühl mit dem Fragebogen zum Messen des Kontrollgefühls von I-E. Rotter.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Die statistische und klinische Analyse der erzielten Ergebnisse liessen folgende Schlussfolgerungen formulieren: 1. Die Haltungen der Mütter charakterisiert die Ambivalenz in der Perzeption der an Anorexia kranken Mädchen. 2. In der Perzeption der Patientinnen charakterisiert die Väter eine größere Intensität der ablehnenden Haltung und eine kleinere der liebenden Haltung als in der Gruppe der gesunden Mädchen. 3. Zwischen den Haltungen der Mütter und Väter (in der Perzeption der Töchter) bestehen Unterschiede sowohl in der experimentellen Gruppe als auch in der Kontrollgruppe. 4. Die Mütter im Vergleich mit den Vätern zeigen intensivere liebende und schützende Haltungen in der Perzeption der Töchter beider Gruppen. 5. In der Perzeption der Patientinnen zeigen die Väter intensivere ablehnende Haltungen als die Mütter, und in der Perzeption der gesunden Mädchen zeigen die Väter mehr anspruchsvolle Haltungen als die Mütter. 6. Ein äußeres Kontrollgefühl bei den Mädchen mit Anorexia nervosa wird mit den durch sie wahrgenommenen ablehnenden und feindlichen Haltungen der Mütter verbunden. 7. Ein inneres Kontrollgefühl bei den gesunden Mädchen wird mit der Perzeption der akzeptierenden und liebenden Haltungen sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern verbunden.

Les relations parents-enfants et le sentiment de contrôle dans la perception des filles souffrant de l'anorexie nerveuse

Résumé

Objectif. Trouver les corrélations des relations parents-enfants et du sentiment de contrôle dans la perception des filles souffrant de l'anorexie nerveuse.

Matériel et Méthode. On examine le groupe de 30 filles (15-23 ans) souffrant de l'anorexie nerveuse (critères ICD-10) et le groupe de contrôle (30 filles de même âge). Les relations parents-enfants sont analysées à l'aide de Parent-Child Relations Questionnaire (PCR) d'A. Roe et de M. Siegelman et le sentiment de contrôle – avec Inter-External Control Scale d'J. Rotter (I-E).

Résultats et Conclusions. L'analyse clinique et statistique des résultats permet de formuler les conclusions suivantes : 1. les relations mères-enfants sont ambivalentes dans la perceptions des filles souffrant de l'anorexie nerveuse. 2. Les pères des filles avec l'anorexie manifestent plutôt le rejet que l'amour dans la perception des patientes. 3. Les relations mères-filles et pères-filles diffèrent dans la perception des patientes et du groupe de contrôle. 4. Les mères manifestent plus souvent l'amour et la protection que les pères dans la perception de deux groupes examinés. 5. Les pères manifestent plus fortement le rejet que les mères dans la perception des patientes, tandis que dans la perception des filles du groupe de contrôle ils sont plus exigeants que les mères. 6. Le sentiment de contrôle extérieure des patientes se lie avec le rejet et l'hostilité des mères. 7. Le sentiment de contrôle intérieure des filles du groupe de contrôle se lie avec l'acceptation et l'amour des parents, également pères et mères.

Piśmiennictwo

1. Rotter JB, Mulry RC. *Internal versus external control of reinforcement and decision time*. J. Person. Soc. Psychol. 1965; 2: 598–604.
2. Drwal ŁR. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN; 1995.
3. Ziemska M. *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1973.
4. Ziółkowska B. *Zaburzenia funkcjonowania systemu rodzinnego i konieczność podjęcia terapii*. W: Suchańska A, red. *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Poznań: Wyd. Humaniora; 2000, s. 173–183.
5. Blanck B. *Magersucht in der Literatur: Zur Problematik weiblicher Identitätsfindung*. Frankfurt: Psychologie-Verl.-Union; 1984.

6. Harper-Giuffre H, Mac Kenzie K, red. *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington; American Psychiatric Press 1992.
7. Weber G, Stierlin H. *Familiendynamik und Familientherapie der Anorexia nervosa-Familie*. W: Meermann R, red. *Anorexia nervosa*. Stuttgart: Schattauer; 1981, s. 108–115.
8. Fitzgerald J, Lane R. *The role of the father in anorexia*. J. Contemp. Psychother. 2000; 30 (1): 71–84.
9. Pawłowska B, Chuchra M. *Obraz siebie i ojca w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska 2003; 58 (13): 428–433.
10. Kozak G. *Jadłowstręt psychiczny – objawy, cechy osobowości i relacje*. Maszynopis BI, AM. Lublin 2002.
11. Józefik B, Iniewicz G, Namysłowska I, Ułasińska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część I*. Psychiatr. Pol. 2002; 34 (1): 51–64.
12. Iniewicz G, Józefik B, Namysłowska I, Ułasińska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część II*. Psychiatr. Pol. 2002; 34 (1): 65–81.
13. Albisetti V. *Pułapka anoreksji*. Kielce: Jedność; 2001.

Otrzymano: 27.02.2005

Zrecenzowano: 22.09.2005

Przyjęto do druku: 27.10.2005

Adres: Instytut Nauk o Rodzinie KUL

20-950 Lublin

al. Raławicka 14