

## **Współwystępowanie cech perfekcjonizmu i gotowości anorektycznej u młodzieży szkolnej**

### **Coexistence of the features of perfectionism and anorexia readiness in school youth**

Justyna Świerczyńska

Przychodnia Syntonia, Kielce, Polska

#### **Summary**

**Aim.** The aim of the study was an attempt to determine the structure and intensity of perfectionism among junior secondary school students, which can significantly trigger the incidence of Anorexia Readiness Syndrome (ARS).

**Methods.** The empirical study was conducted by means of *the Food Attitude Questionnaire* (FAQ) by Beata Ziółkowska (2001) and *the Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS) by Frost et al. (1990). The study was conducted on a group of 345 junior secondary school students

**Conclusions.** (1) A high level of anorexia readiness coexists with the parents' high level of criticism and their high expectations. (2) A high level of anorexia readiness coexists with excessive concern about one's own mistakes and doubts about actions. (3) The perception of one's own attractiveness coexists with excessive concern about one's own mistakes and excessive criticism on the part of the parents. (4) The higher the tendency to reduce weight, the deeper the concern about one's own mistakes and doubts about actions. (5) The individuals with a high level of anorexia readiness in comparison with the individuals with low anorexia readiness have a deeper concern about mistakes and higher personal standards. (6) The individuals with a high level of anorexia readiness, as compared to the people with low anorexia readiness, perceive their parents as more critical and demanding.

**Słowa kluczowe:** perfekcjonizm, syndrom gotowości anorektycznej, wysokie standardy osobiste

**Key words:** perfectionism, anorexia readiness syndrome, high personal standards

#### **Wstęp**

Zaburzenia odżywiania się stanowią poważny problem medyczny i społeczny wielu krajów. Obserwuje się narastanie tych zaburzeń w Polsce, o czym świadczą wyniki badań epidemiologicznych [1]. Inspiracją do rozpoczęcia badań nad zagadnieniem

gotowości anorektycznej były doniesienia o wzroście stopy anoreksji wśród młodych ludzi, zwłaszcza dziewcząt. *Anorexia nervosa* pojawiła się w literaturze medycznej prawie sto lat temu, jednak niektóre z symptomów tej choroby opisywano już od wieków [2, 3].

W *Słowniku psychologicznym* termin „jadłowstręt psychiczny” określany jest jako anoreksja nerwowa. Jest to choroba o podłożu psychicznym objawiająca się brakiem łaknienia połączonym ze spowolnieniem czynności fizjologicznych organizmu [4]. Owa słownikowa definicja została w znacznym stopniu rozbudowana w *Leksykonie psychiatrii*. Wskazano w nim, że anoreksja charakteryzuje się wstrętem do jedzenia, połączonym z dążeniem do zmniejszenia masy ciała i często prowadzącym do znacznego ubytku tej masy, a nawet do wyniszczenia organizmu (*cachexia*). Aby osiągnąć upragniony cel, chorzy radykalnie ograniczają ilość spożywanego pokarmu i jego skład (różnorodne diety), co zazwyczaj jest połączone z okresowym głodowaniem. Cierpiący na zaburzenia odżywiania zażywają różne środki przeczyszczające, zmniejszające łaknienie, leki moczopędne, a także prowokują wymioty i wykonują duży wysiłek fizyczny w celu zużycia nadmiaru kalorii. Próby przekonywania lub zmuszania do jedzenia kończą się niepowodzeniem, a często nawet zaostrzeniem objawów. Choć w przebiegu choroby zdarzają się okresy poprawy, to jednak po krótkim czasie następuje jej nawrót wraz z częścią objawów lub ze wszystkimi jej objawami. Ubytek masy ciała jest zazwyczaj dramatyczny, co niejednokrotnie prowadzi do wyniszczenia organizmu i rodzi poważne komplikacje zdrowotne [5].

Obecnie jadłowstręt psychiczny jest już powszechnie znanym zaburzeniem psychicznym. Niemniej jednak nadal zaskakujący społecznie okazuje się mechanizm eskalacji tego zjawiska a także podatność pewnej grupy dorastającej młodzieży na reagowanie destrukcyjnymi głodówkami i dietami [6], zdefiniowany jako *syndrom gotowości anorektycznej*.

Syndrom gotowości anorektycznej (lub inaczej pogotowie anorektyczne, poziom gotowości anorektycznej albo zachowania anorektyczne) jest to pewna osobnicza podatność uwarunkowana przede wszystkim: wychowaniem w rodzinie, uczestnictwem w kulturze popularnej, dojrzewaniem, jakością strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Ta skłonność przejawia się w podejmowaniu restrykcyjnych diet i głodówek [2]. Ziółkowska [6, s. 89] definiuje syndrom gotowości anorektycznej (SGA) jako „zespół objawów nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała, uwarunkowany psychologicznie, społecznie i kulturowo”. Rozwija się on i kształtuje w ciągu całego życia człowieka, a jego szczególna ekspresja przypada na stadium adolescencji. Ta podatność do wystąpienia jadłowstrętu przejawia się przez konkretne wskaźniki dotyczące sfery psychologicznej (*psyche*), fizjologicznej (*soma*) i społecznej (*polis*) człowieka. Bardzo ważne jest, że syndrom gotowości anorektycznej nie determinuje wystąpienia zaburzeń odżywiania, ale może być jednym z wielu czynników ryzyka [2, 6].

Chociaż dokładne określenie perfekcjonizmu jest trudne, w literaturze psychologicznej wskazuje się na kilka istotnych kwestii dotyczących tej problematyki. Praktycznie wszyscy autorzy zajmujący się zagadnieniem perfekcjonizmu podkreślają wysokie standardy osobiste jako kluczowe dla tej koncepcji [7, 8]. Ustawiczne dąże-

nie do osiągnięcia bardzo wysokich standardów osobistych samo w sobie nie jest złe, wręcz przeciwnie, niektórzy autorzy rozumieją przez to wzmacnianie pozytywnego nastawienia do życia. Hamachek (1978) dokonuje rozróżnienia pomiędzy normalnym nasileniem perfekcjonizmu a nasileniem neurotycznym. Definiuje się go jako kombinację myśli i zachowań związanych z wysokimi standardami lub oczekiwaniami co do własnych osiągnięć [9]. Przy czym natura perfekcjonizmu jest dwoista. Z jednej strony postrzega się go jako zdrowy i bardzo istotny element ludzkiego rozwoju, z drugiej zaś w niektórych wypadkach okazuje się destrukcyjny i prowadzi wówczas do braku satysfakcji z podejmowanych działań oraz nadmiernego samokrytycyzmu [7]. Część autorów twierdzi, że perfekcjonizm zdrowy i neurotyczny to odrębne cechy, różniące się natężeniem i rodzajem komponentów wchodzących w ich skład. Opracowano dwie podskale wiążące się ze zdrowym perfekcjonizmem (*Osobiste Standardy* i *Organizacja*) oraz dwie dla perfekcjonizmu neurotycznego (*Związek z oczekiwaniami rodziców*, *Związek z błędami i wątpliwościami*) [10]. Osoby charakteryzujące się neurotyczną odmianą perfekcjonizmu podlegają ciągłemu stresowi towarzyszącemu próbom sprośtania nierealistycznym zamierzeniom [7]. Zapal i zaangażowanie w podejmowaną aktywność w kombinacji z brakiem realizmu pochłaniają dużą ilość czasu i energii, nierzadko bez widocznych rezultatów. Szacuje się, że perfekcjonizm u około 15–20% wysoko uzdolnionych uczniów w pewnym momencie edukacji staje się istotnym powodem trudności w nauce [10].

*Encyclopedia of Behavior Therapy* (2005) definiuje perfekcjonizm, opierając się na koncepcjach różnych autorów. Jako pierwszy cytowany jest Hollender (1978), według którego „perfekcjonizm rozumiany jest jako styl osobowości, najważniejsza cecha perfekcjonizmu odnosi się zaś do stawiania sobie i innym wyższych standardów osobistych, niż jest to konieczne w danej sytuacji” [11, s. 273]. Burns z kolei (1980) definiuje perfekcjonizm z perspektywy poznawczej jako „zbiór postaw, przekonań, oczekiwań, interpretacji i oceny w odniesieniu do siebie lub innych obejmujących sztywne trzymanie się nierealistycznych, wysokich standardów i tendencji; poczucie wartości jest zaś uzależnione od wyników i realizacji zadania” [11, s. 273].

Perfekcjonizm już od dawna jest traktowany i opisywany jako centralna cecha zaburzenia odżywiania. Literatura przedmiotu potwierdza, że perfekcjonizm odgrywa dużą rolę w etiologii problemów związanych z jedzeniem [12]. W literaturze psychologicznej wskazuje się, że ustalenie roli perfekcjonizmu w psychopatologii zaburzeń odżywiania jest skomplikowane ze względu na jego nieściśle definicje. Mimo to badania dotyczące tych zmiennych podejmowane są przez różnych autorów [7, 13–17]. I tak Bruch (1978) jako jeden z pierwszych opisał pacjentów z zaburzeniami odżywiania jako dążących do perfekcji, bardzo uległych i bardzo mocno skupiających się na własnej wartości, obawiających się oceny i braku szacunku ze strony innych [12]. Z kolei Cockell i wsp. [18] wykazali, że pacjenci z anoreksją mieli wyższe wyniki w kryterium nieujawniania niedoskonałości w porównaniu z innymi pacjentami psychiatrycznymi i osobami zdrowymi, co sugeruje, że pacjenci z brakiem łaknienia przedstawiają się jako idealni, nie akceptując swoich niedoskonałości. Dodatkowe badania pozwoliły stwierdzić, że wszystkie trzy wymiary perfekcjonizmu

związanego z aspektem autoprezentacji zdradzały tendencję chorych na anoreksję do tłumienia negatywnych uczuć i do dawania pierwszeństwa do wyrażania uczuć innym osobom [19].

Minarik i Ahrensa [20] przeprowadzili i opisali dwa badania, których celem było znalezienie związku pomiędzy wielowymiarowym perfekcjonizmem a zaburzeniami odżywiania. „Koncentracja na błędach” i „wątpliwości dotyczące działania” były związane w obu badaniach ze skalami zachowań żywieniowych. Intensywne dążenie do uzyskania szczupłej sylwetki, skłonność do nieustającego myślenia o tym dążeniu, niekontrolowane jedzenie, niezadowolenie z wyglądu swojego ciała, dieta i zachowania związane ze zrzuceniem masy ciała łączyły się wspólnie z ogólną koncentracją na błędach. Autorzy wskazali, że być może obawa przed popełnieniem błędów jest narzucona i kształtowana przez społeczne normy piękna. Strach przed niesprostaniem temu ideałowi prowadzi do rozwoju zaburzonych postaw i zachowań żywieniowych. W toku prowadzonych badań Minarik i Ahrensa [20] ustalili również, że oczekiwania rodziców i osobiste standardy nie odnoszą się do zaburzeń związanych z jedzeniem. Podobnie krytyka ze strony rodziców nie miała związku z zaburzeniami jedzenia w badaniu pierwszym i wykazała tylko nieznaczny związek w badaniu drugim [20]. Ustalenia te są sprzeczne z popularnymi teoriami etiologii zaburzeń odżywiania [20–23].

Bastiani i wsp. (1995) prowadzili badania, używając różnych metod do badania perfekcjonizmu u osób z anoreksją psychiczną. Stworzyli trzy grupy: (1) osoby chore na anoreksję z niedowagą, (2) osoby chore na anoreksję z przywróconą wagą oraz (3) grupa kontrolna i porównywali wyniki pomiędzy nimi. Okazało się, że pacjenci z dwóch pierwszych grup uzyskali wyższe wyniki w skali perfekcjonizmu niż grupa kontrolna. Pacjenci chorzy na anoreksję charakteryzują się perfekcjonizmem narzuconym sobie, a nie perfekcjonizmem traktowanym jako odpowiedź na oczekiwania innych. Bastiani i wsp. (1995) stwierdzili, że „sztywne i obsesyjne zachowania perfekjonistyczne mogą przyczyniać się do oporności w leczeniu i towarzyszyć nawrotom choroby” [24, s. 147].

## 1. Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była próba określenia struktury i nasilenia perfekcjonizmu wśród młodzieży gimnazjalnej, które mogą znacząco wpływać na wystąpienie syndromu gotowości anorektycznej (SGA).

## 2. Grupa badana

Badania zostały przeprowadzone w dwóch szkołach gimnazjalnych, miały charakter grupowy i realizowane były w zespołach klasowych. Badanie odbyło się podczas zajęć lekcyjnych. Grupa liczyła 345 osób: 172 osoby uczyły się w katolickim gimnazjum, a 173 osoby uczęszczały do szkoły świeckiej. Próba badawcza została dobrana w sposób losowy. Uczestnicy badania byli zmotywowani i chętni do współpracy, wykazywali duże zainteresowanie jego tematem.

Grupa badana była zróżnicowana pod względem wieku, płci, miejsca zamieszkania, liczby rodzeństwa, średniej ocen oraz samooceny siebie jako ucznia. Biorąc pod uwagę płeć, wśród badanych znalazło się 198 dziewcząt (57%) i 147 chłopców (43%).

### 3. Metody

*Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Perfekcjonizmu* FMPS autorstwa Frosta i wsp. [7] w tłumaczeniu i opracowaniu S. Tucholskiej (2010) [25] posłużył do badania struktury i nasilenia perfekcjonizmu. Kwestionariusz ten daje możliwość oceny zarówno ogólnego wyniku perfekcjonizmu, jak i wyodrębnionych czynników. Składa się z 35 itemów ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza „całkowicie nieprawdziwe”, 5 – „całkowicie prawdziwe”. W kwestionariuszu wyodrębnia się następujące czynniki: CM – koncentracja na błędach, PS – standardy osobiste, PE – oczekiwania rodziców, PC – krytyka rodziców, D – wątpliwości w działaniu, O – preferencja porządku i organizacji.

Autorką *Kwestionariusza do Badania Indywidualnego Stosunku do Jedzenia* jest Beata Ziółkowska [6]. Metoda ta przeznaczona jest do pomiaru syndromu gotowości anorektycznej. Kwestionariusz daje możliwość oceny zarówno ogólnego wyniku syndromu gotowości anorektycznej, jak i jego poszczególnych czynników: zbijania wagi (ZW), stosunku do jedzenia (SJ), stylu wychowania w rodzinie (SW) i spostrzegania własnej atrakcyjności (SA). Metoda składa się z 20 twierdzeń opisujących stosunek do jedzenia. Badana osoba, ustosunkowując się do każdego twierdzenia, ma do wyboru dwie odpowiedzi: „tak” lub „nie”. Kwestionariusz ten może służyć do wyodrębnienia osób o różnych poziomach gotowości anorektycznej.

### 4. Wyniki badań

#### 4.1. Współwystępowanie cech perfekcjonizmu i gotowości anorektycznej

Wskaźnik korelacji ( $r$  Pearsona) występujący pomiędzy wymiarami perfekcjonizmu a zachowaniami anorektycznymi badanej grupy przedstawiono w tabeli 1. Dane w tabeli wskazują na wyraźne związki pomiędzy czynnikami strukturalnymi *Wielowymiarowego Kwestionariusza do Badania Perfekcjonizmu* a czynnikami *Kwestionariusza do Badania Indywidualnego Stosunku do Jedzenia*.

Tabela 1. Współczynniki korelacji ( $r$  Pearsona) i ich istotność między skalami gotowości anorektycznej a wymiarami perfekcjonizmu

Wymiary perfekcjonizmu/wymiary gotowości anorektycznej	Zbijanie wagi	Stosunek do jedzenia	Styl wychowania w rodzinie	Spostrzeganie własnej atrakcyjności	Wynik ogólny GA
CM – koncentracja na błędach	0,204**	0,214**	0,311**	0,378**	0,434**
PS – standardy osobiste	0,099	0,136*	0,217**	0,107*	0,193**
PE – oczekiwania rodziców	0,155**	0,102	0,239**	0,055	0,177**

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

PC – krytyka rodziców	0,216**	0,132*	0,347**	0,247**	0,348**
D – wątpliwości w działaniu	0,158**	0,122*	0,202**	0,315**	0,326**
O – preferencja porządku i organizacji	-0,016	0,049	-0,030	-0,019	-0,011
Wynik ogólny	0,225**	0,218**	0,357**	0,315**	0,417**

\*\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

Wskaźnik ujmujący wymiar zbijania wagi koreluje istotnie z pięcioma wymiarami: koncentracją na błędach, oczekiwaniami rodziców, krytyką rodziców, wątpliwościami w działaniu i wynikiem ogólnym. Taki układ wyników sugeruje, że im wyższy poziom zbijania wagi, tym większe tendencje do koncentracji na błędach, wątpliwości w działaniu, a także większa potrzeba wsparcia i miłości ze strony rodziców. Duże wymagania i postawa krytyczna rodziców wobec dzieci wzmacniają zachowania ujawniające się w dążeniu do odchudzania, uciekania się do różnych restrykcyjnych form zbijania wagi i wzmacniania syndromu gotowości anorektycznej. Analiza statystyczna potwierdziła założenia przyjęte w badaniu.

Silna zależność zachodzi również między skalą stylu wychowania w rodzinie a czynnikami perfekcjonizmu: koncentracją na błędach, standardami osobistymi, oczekiwaniami rodziców, krytyką rodziców, wątpliwościami w działaniu oraz wynikiem ogólnym perfekcjonizmu. Wszystkie te korelacje zachodzą na poziomie istotności  $p = 0,001$ . We wszystkich wymiarach korelacja jest dodatnia, co oznacza, że im wyższy poziom syndromu gotowości anorektycznej (SGA), tym większe znaczenie ma wymiar stylu wychowania. Oznacza to specyficzną realizację roli rodzica, manifestującą się bądź w nadmiernym krytycyzmie, bądź też w nadopiekuńczości [6]. Nadopiekuńcza albo krytykancka postawa rodziców względem dziecka, jak i brak akceptacji, ujawniane są w odniesieniu do jego fizyczności, sposobu kreowania swojego wizerunku, dużej koncentracji na błędach oraz wątpliwości w działaniu. Powoduje to ciągłe podnoszenie standardów osobistych dzieci.

Czynnik spostrzegania własnej atrakcyjności istotnie koreluje z wymiarami perfekcjonizmu: koncentracją na błędach, standardami osobistymi, krytyką rodziców, wątpliwościami w działaniu oraz wynikiem ogólnym w skali perfekcjonizmu. We wszystkich wymiarach występuje korelacja dodatnia. Ta konstelacja wyników sugeruje, że percepcja swojej fizyczności oparta jest w dużym stopniu na niezadowoleniu z własnej atrakcyjności, koncentracji na błędach czy też koncentracji na każdym fragmencie swojego ciała. Krytyka rodziców i wątpliwości co do podejmowanych działań znacznie wzmacniają krytyczny stosunek do swojego ciała i podnoszą standardy osobiste do tego stopnia, że dana osoba obsesyjnie kontroluje swój wygląd i na nim opiera relacje społeczne oraz samoocenę. Znaczenie zmiennej „percepcja atrakcyjności fizycznej” w kształtowaniu postaw wśród dorastającej młodzieży wynika w dużej mierze ze specyfiki okresu adolescencji. Jest to bowiem taki czas w życiu człowieka, który – z powodu dokonującej się w organizmie burzy hormonalnej oraz finalnego procesu dojrzewania układu nerwowego – mocno wpływa na relacje spo-

łączne. Krytyka i oczekiwania rodziców mogą się przekładać na deprecjonowanie własnej atrakcyjności.

Istotne korelacje wystąpiły pomiędzy wskaźnikiem stosunku do jedzenia a koncentracją na błędach, standardami osobistymi, krytyką rodziców, wątpliwościami w działaniu oraz wynikiem ogólnym w skali perfekcjonizmu. Wszystkie powyższe korelacje są dodatnie, a poziom istotności statystycznej wynosi  $p = 0,05$ . Taki układ wyników świadczy o tym, że dana osoba w znacznym stopniu koncentruje się na zliczaniu liczby kalorii spożywanych produktów i bardzo negatywnie przeżywa swoje emocje wywołane utratą kontroli nad ilością przyjmowanego pokarmu. Osoba z wysokim wynikiem w skali stosunku do jedzenia potrafi perfekcyjnie koncentrować się na ilości spożywanego pokarmu. Słabiej z kolei podwyższają się takie parametry, jak standardy osobiste, wątpliwości w działaniu i krytyka rodziców, jednak korelacja jest tutaj istotna statystycznie. Można powiedzieć, że naznaczony kontrolą stosunek do jedzenia i umiejętność kontrolowania spożywanych posiłków w perfekcyjny sposób podnoszą poziom standardów osobistych, a tym samym samoocenę.

Istotne korelacje występują między wynikiem ogólnym gotowości anorektycznej a wymiarami perfekcjonizmu: koncentracją na błędach, standardami osobistymi, oczekiwaniami rodziców, krytyką rodziców, wątpliwościami w działaniu oraz ogólnym wynikiem perfekcjonizmu. Czynniki korelują ze sobą na poziomie istotności statystycznej  $p = 0,001$ . Oznacza to, że badane osoby oceniają siebie w odniesieniu do wygórowanych standardów. Im wyższy wskaźnik syndromu gotowości anorektycznej, tym wyższy wynik w ocenie perfekcjonizmu i jego konkretnych wymiarów. Nietolerowanie popełnianych błędów, podwyższone standardy osobiste, zbyt wysokie oczekiwania i krytyka rodziców oraz wątpliwości w podejmowanym działaniu – skumulowane – dają podwyższony poziom możliwości wystąpienia anoreksji.

Jedynym wymiarem perfekcjonizmu, który nie koreluje z czynnikami gotowości anorektycznej, jest preferencja porządku i organizacji. Wymiar ten nie wpływa na wystąpienie zaburzeń odżywiania – szczególnie w wypadku jadłowstrętu psychicznego. Literatura przedmiotu wskazuje, że przywiązanie do starannego organizowania i planowania podejmowanych aktywności łączy się z perfekcjonizmem zdrowym i wspierającym rozwój zdolności dziecka [7, 10]. Badania referowane w tej pracy potwierdzają te doniesienia.

#### 4.2. Udział perfekcjonizmu w wyjaśnianiu syndromu gotowości anorektycznej w całej badanej grupie

Tabela 2. Wyniki wielokrotnej regresji krokowej dla wyniku ogólnego perfekcjonizmu wyjaśniającego wynik ogólny syndromu gotowości anorektycznej

Perfekcjonizm	R	R <sup>2</sup>	β	Błąd standardowy	F	p
WO – wynik ogólny	0,417	0,172	0,417	0,008	72,23	0,000

Skorygowany współczynnik korelacji wielokrotnej dla wyniku ogólnego w skali perfekcjonizmu i w skali syndromu gotowości anorektycznej wynosi  $R^2 = 0,172$

( $F = 72,23$ ;  $p = 0,000$ ), co pozwala przyjąć, że wynik ogólny w skali perfekcjonizmu wyjaśnia około 17% wariacji. Wpływ zmiennej wyjaśniającej perfekcjonizmu jest wprost proporcjonalny do zmiennej wyjaśnianej (wartość  $\beta$ ). Oznacza to, że im wyższy będzie poziom perfekcjonizmu w badanej grupie, tym wyższe będzie nasilenie syndromu gotowości anorektycznej.

**Tabela 3. Wyniki wielokrotnej regresji krokowej dla wyniku ogólnego i czynników perfekcjonizmu biorących udział w wyjaśnianiu wyniku ogólnego syndromu gotowości anorektycznej**

Zmienne niezależne perfekcjonizmu	$\beta$	t-Studenta	p
CM – koncentracja na błędach	0,347	6,35	0,000
PC – krytyka rodziców	0,182	3,34	0,001
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0,214$			
Skorygowany współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0,209$			
Istotność równania: $F = 46,488$ ; $p = 0,001$			

Wyniki regresji krokowej wskazały, że wkład dwóch zmiennych: CM – koncentracja na błędach i PC – krytyka rodziców wyjaśnia 21% ogólnego wyniku gotowości anorektycznej. Istotność statystyczna występuje na poziomie  $p = 0,001$ .

W sposób nawykowy perfekcyjniści w każdej sytuacji zauważają błędy i niedociągnięcia w zestawieniu z ich wyobrażeniami o idealnym stanie rzeczy. Po uzyskaniu idealnego rozwiązania pojawia się u nich fizyczne uczucie „odpuszczenia sobie” i odprężenia. Perfekcyjniści twierdzą, że gdy wyczuwają, jak doskonała może być dana sytuacja, mają nieodpartą chęć eliminowania zauważonych błędów. Wtedy bowiem z niepokojem koncentrują się na porządkowaniu najbardziej widocznych niedociągnięć. Tak duże napięcie wytworzone przez chęć idealnego wykonania zadania i usunięcia wszystkich pojawiających się błędów wzmacnia wskaźnik gotowości anorektycznej i może prowadzić w konsekwencji do zaburzenia jedzenia – anoreksji.

Drugim bardzo istotnym czynnikiem wyjaśniającym syndrom gotowości anorektycznej jest krytyka rodziców. Strach przed dezaprobatą i krytyką rodziców jest uwarunkowany wynikami, sukcesami, radzeniem sobie z trudną sytuacją. Takie doświadczenia powodują, że u osób dążących do perfekcji pojawia się poczucie, że są „niewystarczająco dobre” i za wszelką cenę pragną osiągać wyśrubowane standardy narzucane im przez rodziców, a w dorosłym życiu uwewnętrznione i wyznaczane sobie samym. Skutkiem jest większy wskaźnik gotowości anorektycznej i większa możliwość wystąpienia anoreksji.

#### 4.3. Porównanie grup z niskimi i wysokimi wynikami gotowości anorektycznej w zakresie perfekcjonizmu

W tym miejscu zostanie przedstawiona charakterystyka wyodrębnionych grup w zakresie gotowości anorektycznej i ich porównanie z wymiarami perfekcjonizmu.

W badanej grupie zostały wyłonione osoby o niskiej (95 osób) i wysokiej (87 osób) gotowości anorektycznej. Przydział do grup na podstawie wyników w *Kwestionariuszu*



do *Badania Indywidualnego Stosunku do Jedzenia* pozostawia sporo wątpliwości i jest niejednoznaczny, gdyż rozrzut wyników w grupie dolnej mieści się w przedziale od 0 do 5 punktów, a w grupie górnej od 10 do 20 punktów.

Tabela 4. Wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) oraz istotność różnic pomiędzy grupami NGA i WGA w skali perfekcjonizmu

Wymiary perfekcjonizmu	NGA N = 92		WGA N = 87		t-Studenta	p
	M	SD	M	SD		
CM – koncentracja na błędach	19,80	6,24	28,05	7,89	-7,85	0,000
PS – standardy osobiste	22,40	5,31	24,85	5,32	-3,11	0,002
PE – oczekiwania rodziców	14,22	3,96	16,11	4,37	-3,07	0,003
PC – krytyka rodziców	6,51	2,92	9,66	4,27	-5,85	0,000
D – wątpliwości w działaniu	10,45	3,23	13,28	3,39	-5,75	0,000
O – preferencja porządku i organizacji	23,57	3,73	23,30	3,81	0,48	0,630
Wynik ogólny	96,95	15,81	115,24	17,68	-7,37	0,000

NGA – niska gotowość anorektyczna

WGA – wysoka gotowość anorektyczna

Wyniki zamieszczone w tabeli 4 pokazują, że istnieją znaczące różnice w nasileniu i strukturze perfekcjonizmu u uczniów gimnazjum w grupie o niskiej (NGA) i wysokiej gotowości anorektycznej (WGA). Grupa NGA charakteryzuje się znacznie niższymi wynikami, jeśli chodzi o nasilenie czynników perfekcjonizmu i wyniku ogólnego. Największe różnice na poziomie wartości średnich występują w wyniku ogólnym perfekcjonizmu, koncentracji na błędach, krytyce rodziców, oczekiwaniach rodziców, wątpliwościach w działaniu oraz standardach osobistych.

Osoby z grupy o wysokiej gotowości anorektycznej (WGA) są bardziej skłonne do koncentracji na błędach, tj. do nadmiernego skupiania uwagi na porażkach. Osoby te poświęcają im zbyt wiele czasu i mogą mieć trudności z zakończeniem podjętych działań. Analiza wyników wskazuje, że osoby z wysoką gotowością anorektyczną w porównaniu z osobami z niską gotowością anorektyczną uzyskały wyższe wyniki, jeśli chodzi o nasilenie czynników perfekcjonizmu, a różnica ta jest istotna statystycznie ( $t = 7,85; p = 0,000$ ).

U osób z grupy WGA wyższy poziom odczuwanej przez uczniów krytyki ze strony rodziców przejawia się w postawie nadmiernie krytykującej i nieakceptującej wykonywanych przez dziecko zadań. Może się to ujawniać również w odniesieniu do fizyczności dziecka i sposobu kreowania przez nie swojego wizerunku. Można zatem wysnuć wniosek, że im mniejsza jest odczuwana krytyka ze strony rodziców, tym niższy poziom gotowości anorektycznej. Otrzymane wyniki wydają się uzupełniać rozważania przedstawione w punkcie dotyczącym oczekiwań rodziców. Uczniowie obciążeni zbyt dużą presją mogą obawiać się porażki i w konsekwencji ukrywać swój potencjał, aby uniknąć rozczarowania i bolesnej krytyki ze strony rodziców [10].

Jeżeli do dziecka docierają przeważnie negatywne komunikaty w formie krytyki, wówczas kształtuje ono swój obraz jako osoby niezdolnej stawiać czoła problemom i niezasługującej na sukces, co nieuchronnie prowadzi do podwyższenia wskaźnika gotowości anorektycznej [10].

Znaczące różnice widoczne są również w czynniku wątpliwości w działaniu, który osiąga najwyższy stopień nasilenia w grupie WGA. Przejawia się on w ciągłej niepewności co do jakości wykonania zadań i poświęcaniu mu zbyt dużej ilości czasu. Wiąże się z brakiem wiary we własną skuteczność, co utrudnia zakończenie zadania i obniża efektywność pracy. Porównanie średnich grupowych wskazuje na znaczną różnicę między badanymi grupami, która przekroczyła próg istotności statystycznej ( $t = 5,750; p = 0,001$ ). Biorąc pod uwagę uzyskane średnie, można stwierdzić, że badani z obu grup charakteryzują się natężeniem badanej cechy na poziomie wysokim. Ze względu na charakterystykę omawianego wymiaru można było oczekiwać, że uczniowie w grupie wysokiej gotowości anorektycznej uzyskają zdecydowanie wyższe wyniki niż uczniowie z grupy NGA. Analiza statystyczna potwierdziła te oczekiwania.

Osoby z wysoką gotowością anorektyczną charakteryzują się też wyższym poziomem standardów osobistych. Wskazuje on na dążenie do uzyskania jak najwyższych kompetencji w danej dziedzinie, której dotyczą podejmowane działania. Niewątpliwie bardzo duży udział w kształtowaniu się wysokiego syndromu gotowości anorektycznej ma właśnie ten wymiar. Porównanie średnich grupowych wykazało, że uczniowie NGA i WGA różnią się między sobą pod tym względem. Uczniowie z niskimi wynikami w skali stosunku do jedzenia uzyskali znacząco niższe wyniki w badanym wymiarze w porównaniu z uczniami z wysokimi wynikami w zakresie gotowości anorektycznej. Analiza statystyczna potwierdziła to założenie. Jeśli uczeń dąży do osiągnięcia wysokich kompetencji w kierunku zgodnym z jego rozwojem, będzie to owocować wysokimi osiągnięciami. Jeśli natomiast skupi się na kompulsywnym wykonywaniu zadań i za wszelką cenę będzie chciał być lepszy, może odbywać się to kosztem zadowolenia z siebie i swojej pracy, a w konsekwencji prowadzić do frustracji, niezadowolenia i zwiększać możliwość wystąpienia anoreksji czy innych zaburzeń odżywiania [10].

Wymiar oczekiwań rodziców dotyczy subiektywnie odbieranej przez badanego presji wywieranej przez rodziców. Wysoki poziom tego wymiaru wiązany jest przez badaczy z perfekcjonizmem neurotycznym (dysfunkcyjnym). Porównanie średnich grupowych wykazało istnienie statystycznie istotnej różnicy w wynikach grupy z niskimi i wysokimi wskaźnikami gotowości anorektycznej ( $t = 3,066; p = 0,003$ ). Osoby badane z wysoką gotowością anorektyczną uzyskały znacząco wyższe wyniki w badanym wymiarze w porównaniu z uczniami z niską gotowością anorektyczną.

Porównanie średnich grupowych w zakresie wymiaru preferencji porządku i organizacji nie wykazało istnienia statystycznie istotnej różnicy w wynikach grupy NGA i WGA. Uczniowie z niskimi i wysokimi wynikami w gotowości anorektycznej uzyskali wyniki bardzo podobne. Obie badane grupy: NGA oraz WGA wydają się być zorganizowane i uporządkowane w planowaniu i realizowaniu działań. Otrzymane wyniki są zgodne z doniesieniami, jakie znajdujemy w literaturze przedmiotu. Dotychczasowe badania wykazały, że wymiar porządku i organizacji jest ściśle związany z perfekcjonizmem zdrowym, wspierającym rozwój [10].

## Dyskusja

Przedstawione w pracy założenia, że wysoki poziom gotowości anorektycznej współwystępuje z wysoką krytyką rodziców i wysokimi oczekiwaniami rodziców, potwierdziły się. Osoby o wysokim poziomie gotowości anorektycznej postrzegają swoich rodziców jako bardziej krytycznych i wymagających [26]. Nadmiernie wymagający rodzice stale podwyższają poprzeczkę i często są krytycznie nastawieni do osiągnięć dziecka. Prawdopodobnie rodzice osób z wysoką gotowością anorektyczną nie liczą się z możliwościami swoich dzieci. Można sądzić, że przeciążają je dodatkowymi obowiązkami. Perfekcjonistycznie podchodzą do oceny wykonywanych przez dziecko zadań, co wiąże się z postawą korygującą, z akcentowaniem błędów dzieci, koncentracją na ich niepowodzeniach, brakach i trudnościach. Wyniki te korespondują z badaniami Ziółkowskiej [6], według której badane przez nią matki stawiały dziewczynkom nadmierne wymagania, wychowywały je w poczuciu niskiej wartości i wspierały oraz wzmacniały dążenie do perfekcjonizmu. Jednocześnie motywowały swoje dzieci do „bycia ponadprzeciętnymi”, lepszymi od innych, uporządkowanymi, zorganizowanymi oraz dążącymi do zrobienia kariery [6].

Potwierdziło się również założenie, że wysoki poziom gotowości anorektycznej współwystępuje z nadmierną koncentracją na własnych błędach i z wątpliwościami w działaniu. Analizując poszczególne czynniki perfekcjonizmu, zauważono, że największe zróżnicowanie w uzyskanych wynikach występuje w wymiarze koncentracji na błędach. Oznacza to, że osoby badane skupiają się na błędach, odbierają drobne pomyłki jako równoważne z porażką, nie dostrzegają pozytywnych stron swoich osiągnięć. Uczniowie zbyt wiele czasu poświęcają wykonaniu zadania, a przez to mogą mieć trudności z zakończeniem podjętych działań. Do przedsięwziętych aktywności podchodzą z założeniem: „wszystko albo nic”.

Teza, że spostrzeganie własnej atrakcyjności współwystępuje z nadmierną koncentracją na własnych błędach, wysokimi oczekiwaniami i nadmierną krytyką ze strony rodziców, potwierdziła się tylko częściowo. Nie występuje korelacja pomiędzy spostrzeganiem własnej atrakcyjności a oczekiwaniami rodziców. Natomiast zależność pomiędzy pozostałymi zmiennymi współwystępuje na poziomie istotności statystycznej  $p = 0,001$ .

Im wyższa tendencja do zbijania wagi, tym wyższa koncentracja na własnych błędach i większe wątpliwości w działaniu. Zgodnie z doniesieniami z literatury przedmiotu im silniejsze dążenie do stosowania restrykcyjnych diet, które obniżają masę ciała, oraz im więcej ćwiczeń fizycznych, tym większa koncentracja na błędach [12, 19, 27]. Hewitt i wsp. sugerują, że dążenie do doskonałości jest wyraźnie widoczne u chorych na jadłowstręt psychiczny. Pragną oni uzyskać akceptację innych, wykonując zadania zgodnie z oczekiwaniami, co prowadzi do tego, że ciągle muszą podnosić swoje standardy osobiste, a to w konsekwencji może wywoływać wątpliwości co do sposobu wykonania konkretnego zadania i opóźniać jego zakończenie [27]. Hewitt i wsp. stwierdzili ponadto, że osoby mocno zorientowane na własny perfekcjonizm szczególnie często stosowały diety i miały zastrzeżenia odnośnie swojej atrakcyjności fizycznej. Z kolei Davis i wsp. [28] stwierdzili, że

wysoki poziom aktywności fizycznej u chorych na jadłowstręt psychiczny polegający na dążeniu do zmniejszenia swojej masy ciała wiąże się z wyższymi wynikami w wymiarze perfekcjonizmu.

Wyniki regresji krokowej ujawniły, że ogólny wskaźnik perfekcjonizmu wyjaśnia 17% wyniku ogólnego syndromu gotowości anorektycznej. Wkład dwóch zmiennych, takich jak „koncentracja na błędach” i „krytyka rodziców”, wyjaśnia 21% ogólnego wyniku gotowości anorektycznej. Oznacza to, że w sposób nawykowy osoby dążące do perfekcji w każdej sytuacji zauważają błędy i niedociągnięcia.

Osoby o wysokim poziomie gotowości anorektycznej w porównaniu z osobami o niskiej gotowości anorektycznej postrzegają swoich rodziców jako bardziej krytycznych i wymagających. U osób z grupy WGA w porównaniu z grupą NGA zauważa się wyższy poziom odczuwanej przez uczniów krytyki ze strony rodziców.

Osoby o wysokim poziomie gotowości anorektycznej w porównaniu z osobami o niskiej gotowości anorektycznej bardziej koncentrują się na błędach i mają wyższe standardy osobiste, a także są bardziej skłonne do przeceniania roli koncentracji na błędach, tj. nadmiernego skupiania uwagi na porażkach. Poświęcają im zbyt wiele czasu i mogą mieć trudności z zakończeniem podjętych działań.

W podsumowaniu niniejszych badań nasuwa się wniosek, że poziom perfekcjonizmu w istotnym stopniu wpływa na percepcję własnego ciała i poczucie atrakcyjności, wzmaga też zachowania związane ze zbijaniem wagi, stosowaniem diet, intensywnymi ćwiczeniami. W pełni akceptująca postawa rodziców może zapewnić odpowiednie warunki do wykształcenia się prawidłowego obrazu ciała i jest najlepszym zabezpieczeniem przed wystąpieniem u młodzieży zaburzeń związanych z percepcją własnej cielesności. Postawa rodziców określana jako: wycofana, niekonsekwentna, krytyczna lub nadopiekuńcza łączy się z brakiem stałości emocjonalnej w relacji z dzieckiem i bardzo często wzmocnia nieprawidłowe podejście do norm i wskaźników określających nieosiągalny ideał. Z pewnością także i inne czynniki odgrywają ważną rolę w konstruowaniu obrazu własnego ciała u młodych ludzi, np. cechy osobowości czy wpływ grupy rówieśniczej. Uwzględniając oddziaływanie wymienionych czynników, nie można nie zauważyć znaczenia perfekcjonizmu w kształtowaniu się samooceny u młodzieży. Zgodnie z literaturą przedmiotu zbyt duże nasilenie perfekcjonizmu i jego generalizacja przyczyniają się do powstania różnych zaburzeń psychicznych, m.in. anoreksji psychicznej. Pełna znajomość tych uwarunkowań pozwala przewidzieć czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania oraz umożliwić opracowanie programów profilaktycznych i skuteczniejsze prowadzenie terapii.

Wydaje się, że specyfika funkcjonowania uczniów mających wysoką podatność na reagowanie zachowaniami anorektycznymi połączona z wysokimi wynikami w skali perfekcjonizmu (tj. podwyższona koncentracja na błędach, wysokie standardy osobiste, nadmierna krytyka i oczekiwania rodziców oraz wątpliwości w działaniu) powoduje jedynie pewną podatność na wystąpienie trudności w funkcjonowaniu. Wiele jednak zależy od wsparcia lub jego braku ze strony najbliższego otoczenia. Jest to pozytywny sygnał dla skuteczności działań interwencyjnych podejmowanych przez pedagogów, psychologów, nauczycieli. Problem syndromu gotowości anorektycznej i nasilenia oraz struktury perfekcjonizmu u młodzieży wymaga wszakże dalszej eksploracji.

Bardzo przydatne byłoby porównanie wyników grupy kontrolnej z grupą kliniczną osób chorych na anoreksję.

### Wnioski

Badania zakładały istnienie znaczącego związku pomiędzy perfekcjonizmem a formułowaniem się syndromu gotowości anorektycznej, co zostało potwierdzone. Uczniowie z wysokim poziomem gotowości anorektycznej znacznie dotkliwiej odczuwają presję związaną z wymaganiami, oczekiwaniami i krytyką ze strony rodziców niż ich koledzy z niskim poziomem zachowań anorektycznych. Stała presja w kierunku wysokich osiągnięć powoduje frustrację i brak poczucia spełnienia. W konsekwencji może zrodzić się obawa przed porażką i krytyką, co prowadzi do unikania nowych wyzwań. Oprócz wymiaru „porządek i organizacja” pozostałe badane aspekty perfekcjonizmu wyjaśniają na poziomie istotnym statystycznie różnicę między osobami z niskimi i wysokimi wynikami w zakresie zachowań anorektycznych.

Ponadto, kobiety uzyskały wyższy wynik w SGA niż mężczyźni. Natomiast nasilenie perfekcjonizmu w grupie chłopców jest znacznie wyższe niż u dziewcząt.

### Piśmiennictwo

1. Banaś A, Januszkiewicz-Grabias A, Radziwiłłowicz P. *Wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 1998; 32(2): 165–176.
2. Ziółkowska B. *Anoreksja od A do Z poradnik dla nauczycieli i wychowawców*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
3. Żechowski C. *Historia badań nad jadłowstrętem psychicznym*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2004; 13(3): 247–253.
4. Reber A, Reber E. *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005. S. 54.
5. Puzyński S. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1993.
6. Ziółkowska B. *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001.
7. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. *The dimensions of perfectionism*. Cognit. Ther. Res. 1990; 14(5): 449–468.
8. Schuler PA. *Perfectionism and the gifted adolescent*. J. Second. Gift. Educ. 2000; 11(4): 183–196.
9. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. *Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis*. Behav. Res. Ther. 2002; 40(7): 773–791.
10. Śliwińska K, Limont W, Deresz J. *Perfekcjonizm a osiągnięcia szkolne uczniów zdolnych*. W: Limont W, Cieślakowska J, Deresz J red. *Zdolności. Talent. Twórczość*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu; 2008. s. 103–117
11. Antony MM, McCabe RC. *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Hasło: „perfectionism”. New York: Plenum; 2005. S. 273.
12. McGee BJ, Hewitt PL, Sherry SB, Parkin M, Flett GL. *Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms*. Body Image 2005; 2(1): 29–40.

13. Hewitt PL, Flett GL. *Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology*. J. Pers. Soc. Psychol. 1991; 60(3): 456–470.
14. Hewitt PL, Flett GL, Besser A, Sherry SB, McGee B. *Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn*. Behav. Res. Ther. 2003; 41(10): 1221–1236.
15. Rhéaume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur R. *Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms*. Behav. Res. Ther. 1995; 33(7): 785–794.
16. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. “*Clinical perfectionism*” is not “*multidimensional perfectionism*”: A reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee. Behav. Res. Ther. 2003; 41(10): 1217–1220.
17. Tozzi F, Aggen SH, Neale BM, Anderson ChB, Mazzeo SE, Neale MC i wsp. *The structure of perfectionism: A twin study*. Behav. Genet. 2004; 34(5): 483–494.
18. Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry SB, Goldner EM, Flett GL i wsp. *Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa*. Cognit. Ther. Res. 2002; 26(6): 745–758.
19. Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. *Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2000; 28(1): 8–19.
20. Minarik ML, Ahrens AH. *Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women*. Cognit. Ther. Res. 1996; 20(2): 155–169.
21. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
22. Pawłowska M. *Przegląd koncepcji dotyczących rodzin anorektycznych*. W: Ziółkowska B red. *Opętanie (nie)jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009. S. 50-55
23. Popławska A. *Anorexia nervosa – choroba jednostki czy choroba rodziny?* W: Ziółkowska B red. *Opętanie (nie)jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
24. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. *Perfectionism in anorexia nervosa*. International Journal of Eating Disorders 1995; 17: 147–152.
25. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. *Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Perfekcjonizmu FMPS – wersja nieopublikowana, tłum. i oprac. Tucholska S.* 2010.
26. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M i wsp. *Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior*. Am. J. Psychiatry 2000; 157(11): 1799–1805.
27. Hewitt PL, Flett CL, Ediger E. *Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms*. Int. J. Eat. Disord. 1995; 18(4): 317–326.
28. Davis C, Kaptien S, Kaplan AS, Olmsted MP, Woodside DB. *Obsessiveness in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise*. Psychosom. Med. 1998; 60(2): 192–197.

Adres: Justyna Świerczyńska  
Przychodnia Syntonia  
25-103 Kielce, ul. Podgórska 20  
e-mail: j\_swierczynska@wp.pl

Otrzymano: 31.12.2018  
Zrecenzowano: 18.03.2019  
Otrzymano po poprawie: 24.04.2019  
Przyjęto do druku: 29.04.2019