



Złożenie pracy online:

2012-09-04 21:22:46

Kod pracy:

8104

Patrycja Jałocha
(nr albumu: 17028*PSYCH/JM)

Praca magisterska

Percepcja postaw rodzicielskich przez młodzież z gotowością anorektyczną

Perception of parental attitudes by adolescents with the anorexic readiness

Wydział: Psychologii

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr hab. Stanisława Tucholska

*Składam serdeczne podziękowania
Pani promotor dr hab. Stanisławie Tucholskiej,
profesor WSB-NLU, za opiekę naukową, życzliwą
pomoc, wyrozumiałość oraz cenne uwagi przy
realizacji niniejszej pracy.*

Streszczenie

Wzrost zainteresowania problematyką zaburzeń odżywiania jest uzasadniony ze względu na jednostkowe, ale i społeczne konsekwencje wynikające z nieprawidłowości w obszarze realizowania potrzeby pokarmowej. Ponadto dane epidemiologiczne wskazują na zwiększanie się liczebności oraz spadek wieku osób z objawami zaburzeń łaknienia. Przyczyn tego może być wiele, ponieważ anoreksja ma wieloczynnikowe podłoże. W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie relacji w rodzinach anorektycznych.

Realizowany program badawczy ma na celu analizę związków występujących pomiędzy gotowością anorektyczną a percepcją postaw rodzicielskich przez młodzież. Przeprowadzono badania psychologiczne, w których uczestniczyło 123 uczniów gimnazjum (67 kobiet i 56 mężczyzn) w wieku od 13 do 15 lat. Badania przeprowadzono przy pomocy następujących narzędzi psychologicznych: *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia Ziółkowskiej*, *Skali Postaw Rodzicielskich Płopy* oraz *Arkusza personalnego* własnej konstrukcji. Tak zebrany materiał empiryczny poddano analizie statystycznej i psychologicznej, z której wynika, że zarówno młodzież z gotowością anorektyczną, jak i bez takich skłonności postrzega swoich rodziców jako głównie niekonsekwentnych, wymagających, przeciętnie ochraniających, w mniejszym stopniu akceptujących i najmniej obdarzających autonomią. Jednak adolescenti z tendencjami anorektycznymi oceniają swoje matki jako mniej ochraniające, a ojców jako mniej kochających w porównaniu z młodzieżą nie mającą problemów żywieniowych.

Abstract

The increased interest in the issue of eating disorders is justified because of the individual, as well as of public consequences resulting from irregularities in the area of nourishment need execution. Furthermore, epidemiological data indicate to increase in the number and decrease in the age of people with symptoms of eating disorders. There can be many reasons for this situation, as anorexia has a multifactorial basis. In reference books the relations in anorexic families is being highlighted.

The realized research study aims to analyze the existing relationships between anorexic readiness and the perception of parental attitudes by adolescents. A psychological study which involved 123 middle school students (67 males and 56 females) between the ages of 13 and 15 was conducted. The study was performed with the use of the following psychological methods: *Questionnaire of individual attitude towards eating* by Ziółkowska, *Parental Attitude Scale* by Plopa and self-created personal sheet. The obtained empirical data was analyzed statistically and psychologically, the results show that both adolescents with anorexic readiness and without this propensity perceive their parents as inconsistent, demanding, averagely protective, to a lesser extent acceptable and least bestowing autonomy. However, adolescents with anorexic propensity perceive their mothers as less protective and their fathers as less loving, in comparison to adolescents not having nutrition problems.

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1. Problematyka jadłowstrętu psychicznego	12
1.1. Kwestie terminologiczne	12
1.2. Kryteria diagnostyczne anoreksji	15
1.3. Epidemiologia jadłowstrętu psychicznego	20
1.4. Czynniki warunkujące anoreksję	22
1.4.1. Czynniki społeczno - kulturowe	24
1.4.2. Czynniki rodzinne	28
1.4.3. Czynniki indywidualne	32
1.5. Analiza Syndromu Gotowości Anorektycznej	35
Rozdział 2. Psychologiczne ujęcie postaw rodzicielskich	39
2.1. Definicja postawy rodzicielskiej	40
2.2. Wybrane psychologiczne koncepcje postaw rodzicielskich	41
2.2.1. Roe typologia postaw rodzicielskich	42
2.2.2. Ziemskiej typologia postaw rodzicielskich	43
2.2.3. Braun-Gałkowskiej typologia postaw rodzicielskich	46
2.2.4. Płopy typologia postaw rodzicielskich	49
2.3. Uwarunkowania postaw rodzicielskich	50
2.3.1. Czynniki podmiotowe	51
2.3.2. Czynniki środowiskowe	53
2.4. Rola postaw rodzicielskich w kształtowaniu osobowości dziecka	55
2.5. Z badań nad percepcją postaw rodzicielskich przez młodzież	58
Rozdział 3. Metodologia badań własnych	62
3.1. Problem i hipotezy badawcze	62
3.2. Charakterystyka zastosowanych metod	64
3.2.1. Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia	64
3.2.2. Skala Postaw Rodzicielskich	66
3.2.3. Arkusz personalny	67
3.3. Opis grupy badanych	68
3.4. Organizacja i przebieg badań	73

Rozdział 4. Spostrzeganie postaw matek i ojców przez młodzież różniącą się poziomem gotowości anorektycznej.....	74
4.1. Sposób wyodrębnienia grup skrajnych	74
4.2. Percepcja postaw matek przez młodzież o różnym poziomie gotowości anorektycznej.....	77
4.3. Percepcja postaw ojców przez młodzież o różnym poziomie gotowości anorektycznej	79
Rozdział 5. Percepcja postaw rodzicielskich przez młodzież o różnym stosunku do jedzenia	81
5.1. Sposób wyodrębnienia grup homogenicznych.....	81
5.2. Postawy matek w percepcji młodzieży o różnym stosunku do jedzenia.....	85
5.3. Postawy ojców w percepcji młodzieży o różnym stosunku do jedzenia.....	86
5.4. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników	88
Zakończenie	93
Spis tabel	97
Spis wykresów.....	98
Spis rysunków.....	99
Bibliografia	100

Wstęp

Wraz z rozwojem industrializacji, na przełomie XIX i XX wieku zwrócono większą uwagę na tę fazę rozwojową, która poprzedza dorosłość i na jej określenie wprowadzono termin *adolescencja*, czyli wzrastanie ku dojrzałości. Jest to okres wielu przemian w życiu człowieka, zarówno fizycznych jak i psychicznych. W związku z tym, złożoność tego okresu stała się przedmiotem wielu badań psychologicznych (Obuchowska, 2007). Tematyka ta jest ciągle aktualna, ponieważ szybkie tempo zmian rozwojowych może przyczyniać się zarówno do poprawy, jak również do pogorszenia się jakości życia osób w tym okresie. Równocześnie należy zauważyć zmiany zachodzące w obrębie struktury i funkcji rodziny, co także wpływa na psychospołeczne funkcjonowanie dzieci i młodzieży. Młodzi ludzie, często nie radząc sobie z rozlicznymi problemami, wpadają w pułapkę różnych dezadaptacyjnych zachowań czy zaburzeń. Jednym z nich są zaburzenia odżywiania, a wśród nich anoreksja.

Anorexia nervosa w dosłownym znaczeniu to brak łaknienia, jednak w rzeczywistości jest to rozdarcie pomiędzy pragnieniem jedzenia a lękiem przed konsekwencjami spożywania go (Crisp, 1995, za: Starzomska, 2006). Występuje także pod takimi nazwami jak anoreksja psychiczna lub jadłowstręt psychiczny. Jest zaburzeniem, które wprawdzie bezpośrednio dotyka ciała, ale pośrednio wpływa na emocje, motywacje, obraz siebie i innych czy też kontakty społeczne. W większości dotyczy ono kobiet. Anorektyczki celowo i świadomie dążą do utraty masy ciała. Konsekwencją jest m.in. niedożywienie różnego stopnia z wtórnymi zmianami hormonalnymi i metabolicznymi, zaburzające funkcjonowanie całego organizmu. Poza ograniczeniami w diecie występują takie zachowania jak: wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, prowokowanie wymiotów, przyjmowanie leków obniżających łaknienie lub środków moczopędnych (Pecyna, 1998).

Choć termin *anorexia nervosa* występuje w literaturze medycznej od prawie stu lat, to objawy tego zaburzenia opisywano już znacznie wcześniej. Ślady tego typu zachowań można znaleźć w mitologii greckiej (Jablow, 1993). Bogini Demeter, radziła jak głodem można zwalczyć pożądanie. Rzymianki natomiast, za czasów Nerona, w celu zachowania szczupłej sylwetki prowokowały wymioty. W czasach późniejszych, szczególnie w średniowieczu, kobiety, kierując się względami religijnymi ograniczały przyjmowanie pokarmów. Stosowały różnego typu posty co z jednej strony prowadziło do oczyszczania ciała, symbolizującego czystość duchową, a z drugiej strony przyczyniało się do utrzymania wątej i wiotkiej figury, zgodnej z ówczesnym kanonem piękna. Są nawet znane przypadki męczennic – tzw. *świętych anorektyczek*, które zagłodziły się na śmierć (np. Katarzyna Sieneńska lub Katarzyna z Pazzi). Jednak pierwsze opisy przypadków anoreksji zostały sporządzone przez Awicennę w XI wieku a w później przez angielskiego lekarza Mortona w 1689 roku. Natomiast oficjalne zatwierdzenie anoreksji jako jednostki chorobowej nastąpiło w 1873 roku dzięki niezależnym badaniom Lasegue i Gulla (Ziółkowska, 2005).

Według Ziółkowskiej (2005, s. 13) anoreksja to *nasilenie postawy nacechowanej nienaturalnym stosunkiem do jedzenia i zaspokajania potrzeby pokarmowej oraz nadmiernie krytyczna ocena własnego ciała*. Autorka podkreśla, że obserwuje się ją głównie w państwach wysoko uprzemysłowionych. Ma to związek zarówno z nadmiernym konsumpcjonizmem jak i kulturą kreowaną przez mass media, której towarzyszy przesadna afirmacja walorów zewnętrznych. Współcześnie idealne ciało jest ważnym atutem osobistym. Często jest narzędziem władzy, sukcesu i manipulacji, dlatego jest tak wielu zwolenników joggingu, kulturystyki czy fitnessu. Równocześnie te same motywy sprzyjają wzrostowi liczby przypadków anoreksji. W latach 2001-2002 Światowa Organizacja Zdrowia przeprowadziła badania, które wykazały, że wśród polskich 15-latków nadwagę ma tylko 4,2% dziewcząt i 7% chłopców, ale niezadowolonych ze swojej wagi było aż 56% dziewcząt oraz 20% chłopców. W tym 25% dziewcząt i 7% chłopców podejmowało różne działania w celu kontroli masy ciała (Grączeska, 2009). Dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia anoreksji są ciągle aktualizowane. Zachorowalność dziewcząt poniżej 18-go roku życia mieści się w granicach 0,8%-1,08%. Natomiast osób dorosłych waha się od 0,2% do 0,8% (Namysłowska, 1997). Anoreksja dotyczy głównie dziewcząt w wieku 12-19 lat, ale dolna granica wieku ciągle się obniża. Coraz częściej chorują także młodzi mężczyźni (Kowalczyk, 2008). Należy zaznaczyć, że jest to zaburzenie przewlekłe o współczynniku śmiertelności sięgającym nawet 10%. Jest to dwukrotnie więcej niż w pozostałych schorzeniach psychiatrycznych. Średni czas trwania choroby systematycznie się wydłuża i obecnie wynosi

około sześć lat (Wąsik, 2009). Dane te wskazują na powszechność występowania zaburzeń łaknienia, a to z kolei uzasadnia zainteresowanie tą tematyką specjalistów różnych dziedzin, szczególnie zaś lekarzy, psychologów, dietetyków.

Powyższe dane wskazują na konieczność podejmowania profilaktyki zaburzeń odżywiania, zwłaszcza w środowisku młodzieży. Z kolei skuteczne działania profilaktyczne powinny być oparte na wiedzy o czynnikach warunkujących powstanie i rozwój anoreksji. W tym przypadku jest to utrudnione ze względu na bogatą różnorodność przyczyn jadłowstrętu psychicznego. Ziółkowska (2005, s. 24) podkreśla, że *jego źródła naznaczone są indywidualną historią jednostki wzrastającej w określonej kulturze, momencie historycznym, środowisku i rodzinie*. Autorka, na podstawie literatury przedmiotu, opisuje także wybrane hipotezy wyjaśniające źródła anoreksji. W psychologii uczenia się i rozwoju człowieka przyczyn tego zaburzenia upatruje się w niechęci młodych dziewcząt do dorastania i wynikających stąd zadań – do bycia samodzielnymi. W tym ujęciu, anoreksja jest pochodną zaburzonych kontaktów z rodzicami bądź niewłaściwych nawyków żywieniowych wyniesionych z domu. Psychologowie reprezentujący nurt poznawczy zwracają uwagę na nieadekwatne postrzeganie schematu własnego ciała przez anorektyczki. Badacze z dziedziny psychologii osobowości wskazują na anankastyczny rys osobowości tych chorych, na przesadny rygorizm i perfekcjonizm, na ich skłonności narcystyczne oraz autodestrukcyjne. Anorektyczki jako ofiary kultury masowej to hasło psychologii reklamy. Natomiast fizjologia i genetyka powołuje się na defekt genowy, prowadzący do anomalii w przekazywaniu serotoniny i dopaminy oraz dysfunkcje w ośrodkach regulujących poczucie głodu i sytości. Zatem w odniesieniu do anoreksji można mówić o polietiologii. Do najważniejszych czynników ryzyka zalicza się: podatność dziewcząt na wpływ mass mediów, zaniżoną samoocenę, silną potrzebę perfekcjonizmu i rywalizacji oraz styl wychowania charakterystyczny dla rodziny chorej. Generalnie jednak jest mało prawdopodobne, że tylko jeden z tych czynników może przyczynić się do powstania i rozwoju jadłowstrętu psychicznego, stąd coraz częściej mówi się o ich wzajemnych interakcjach. Przykładowo Becker i współpracownicy (2004, za: Starzomska, 2006) wskazują na interakcje czynników genetycznych i socjokulturowych jako prawdopodobnych w kształtowaniu się anoreksji. W niniejszej pracy bardziej szczegółowo zostaną omówione determinanty społeczno-kulturowe, rodzinne oraz indywidualne.

Celem zwiększenia efektywności działań profilaktycznych, Ziółkowska (2001) opracowała i wprowadziła do języka nauki nowy konstrukt, który nazwała *Syndromem Gotowości Anorektycznej*. Jest to pewna osobnicza podatność na pojawienie się symptomów

wskazujących na nieprawidłowości w postawie do jedzenia oraz do własnego ciała. Obecność *Syndromu Gotowości Anorektycznej* nie gwarantuje, że dana osoba zachoruje na anoreksję. Jednak jest to jeden z ważnych wskaźników sugerujących możliwość pojawienia się tego zaburzenia w dalszej perspektywie czasowej.

Jak już zostało zasygnalizowane, czynnikami warunkującymi jadłowstręt psychiczny są m.in. specyficzne cechy osobowości młodej osoby oraz styl wychowania w rodzinie, który ściśle wiąże się z postawami rodzicielskimi. Te dwa czynniki w pewnym sensie współlistnieją ze sobą, ponieważ postawy rodzicielskie odgrywają ważną rolę w kształtowaniu się osobowości dziecka, a ta z kolei wpływa na powstawanie i rozwój anoreksji. W literaturze przedmiotu zalicza się do nich głównie takie niewłaściwe postawy jak: dystans emocjonalny, nadmierne wymagania, zachęcanie dziecka do perfekcjonizmu i rywalizacji bez zwracania uwagi na jego możliwości, decyzje i wybory (Ziółkowska, 2005). Ponadto nie bez znaczenia jest specyficzny typ organizacji rodziny, na który mogą składać się sztywne i nieprzepuszczalne granice rodzinne, silna spistość, wewnętrzne koalicje czy ograniczona autonomia (Mroczkowska, Ziółkowska, Cwojdzńska, 2007; Brytek i Izydorzyc 2008). Zburzony dystans w relacji rodzic – dziecko początkowo warunkuje ekspresję Syndromu Gotowości Anorektycznej, ale z czasem może przerodzić się w pełnoobjawowe zaburzenie łaknienia. Może to być zarówno zbyt bliski, jak i zbyt odległy dystans. W przypadku nadmiernej koncentracji na dziecku przejawia się postawa usidlająca lub nadopiekuńcza, które powodują opóźnienie dojrzałości emocjonalnej i społecznej dziecka. Natomiast unikanie kontaktu z dzieckiem współwystępuje z postawą sztywną, której konsekwencją może być zaniżona samoocena dziecka, jego niepewność i lękliwość oraz brak inicjatywy (Ziółkowska, 2005).

Zatem postawa rodzicielska, będąca pewną *tendencją do zachowywania się w specyficzny sposób wobec dziecka* (Ziemska, 1973, s. 31-32), istotnie wpływa na kształtowanie się osobowości dziecka. Należy jednak zwrócić uwagę, że czym innym są rzeczywiste zachowania rodziców wobec dziecka, a czym innym są jego subiektywne odczucia. W związku z tym percepcja postaw rodzicielskich wiąże się ze sferą poznawczą młodego człowieka. W przypadku osób chorych na anoreksję, zaburzenia w tej sferze mogą rzutować na ich obraz matki i ojca. Być może z tego względu rezultaty dotychczas prowadzonych badań nad spostrzeganiem postaw rodzicielskich przez młodzież z anoreksją nie są jednoznaczne. Niektórzy badacze (Cook-Darzen i in., 2005, za: Starzomska, 2006) uważają, że rodziny anorektyczne dotyka stygmatyzacja poprzez określanie je *patologicznymi*, a w rzeczywistości można mówić co najwyżej, że są one *specyficzne*.

Zasadne wydaje się więc podjęcie badań w tym obszarze tematycznym. Dodatkowo należy podkreślić, że problematyka Syndromu Gotowości Anorektycznej nie jest wystarczająco eksplorowana i nie doczekała się zbyt wielu opracowań.

Realizowany program badawczy będzie dotyczyć powiązań pomiędzy gotowością anorektyczką i postrzeganiem postaw rodzicielskich w grupie adolescentów. Jego celem będzie odpowiedź na pytanie:

Czy i jakie różnice występują w percepcji postaw rodzicielskich pomiędzy młodzieżą z gotowością anorektyczną a młodzieżą nie wykazującą takich skłonności?

Podstawą do rozwiązania problemu będą wyniki własnych badań psychologicznych. Badaniami zostaną objęte 123 osoby będące w wieku od 13 do 15 lat, uczęszczające do gimnazjum.

Zebrany materiał empiryczny i teoretyczny zostanie przedstawiony w pięciu rozdziałach. Pierwszy rozdział będzie ukazywał problematykę jadłowstrętu psychicznego. Zostaną w nim wyjaśnione kwestie terminologiczne anoreksji oraz jej kryteria diagnostyczne. Następnie zostanie przybliżona epidemiologia zachowań anorektycznych oraz czynniki je warunkujące, z podziałem na: społeczno-kulturowe, rodzinne oraz indywidualne. Ostatnim zagadnieniem w tym rozdziale będzie analiza Syndromu Gotowości Anorektycznej. W drugim rozdziale zostanie omówiona tematyka postaw rodzicielskich. Zaprezentowany zostanie przegląd definicji postaw rodzicielskich oraz ich wybranych typologii – autorstwa: Roe, Ziemskiej, Braun-Gałkowskiej oraz Plopy. W dalszej części omówione zostaną uwarunkowania postaw rodzicielskich, zarówno podmiotowe, jak i środowiskowe. Następny podpunkt będzie się odnosić do roli postaw rodzicielskich w kształtowaniu osobowości dziecka, a ostatnim elementem części teoretycznej będzie przegląd badań nad postrzeganiem postaw rodzicielskich przez młodzież. Trzeci rozdział będzie stanowił opis metodologii badań własnych. W jego treści zostanie zawarty problem i hipotezy badawcze. Ponadto dokonana zostanie charakterystyka narzędzi psychologicznych, opis badanej grupy oraz przebiegu badań. Rozdziały czwarty i piąty będą dotyczyły szczegółowych analiz danych empirycznych. Wnioski płynące z badań zostaną zaprezentowane w zakończeniu, a całość niniejszej pracy będzie zamykać bibliografia.

Rozdział 1. Problematyka jadłowstrętu psychicznego

Określenie zaburzeń jedzenia jako choroby XXI wieku jest pewnym paradoksem, chociażby z uwagi na wzrastający konsumpcjonizm. Jednak dane epidemiologiczne wskazują, że jest to poważny problem dotyczący szczególnie młodych kobiet w krajach kultury zachodniej. Życie w biegu, stale rosnące wymagania oraz otaczające społeczeństwo billboardy z ideałami w zakresie wyglądu zewnętrznego – szczupłymi kobietami i umięśnionymi mężczyznami, wpływają często na utratę równowagi psychicznej. Przejawia się to w różnego typu nieprawidłowościach czy zaburzeniach funkcjonowania, w tym również nieprawidłowościach dotyczących łaknienia. Ostatnie trzydzieści lat zaowocowało wzrostem publikacji poświęconych zaburzeniom odżywiania. Dzięki bardziej wnikliwej analizie poznano złożoność tego zjawiska w zakresie etiologii, uwarunkowań i przebiegu (Józefik, 2006). Tematyka ta będzie treścią niniejszego rozdziału. Znajdzie się tutaj wyjaśnienie kwestii terminologicznych w połączeniu z faktami historycznymi nawiązującymi do zaburzeń łaknienia. Kolejno zostaną omówione kryteria diagnostyczne, epidemiologia oraz czynniki warunkujące anoreksję. Ostatni paragraf to analiza Syndromu Gotowości Anorektycznej.

1.1. Kwestie terminologiczne

Zaburzenia odżywiania nie są fenomenem tylko dzisiejszych czasów. Okazuje się, że już w średniowieczu głodzenie się było jedną z praktyk religijnych. Trzeba jednak zaznaczyć, że ujęcie historyczne zaburzeń łaknienia odnosi się głównie do anoreksji. Natomiast bulimie

określano jako jeden z objawów jadłowstrętu psychicznego. Dopiero Russell w swojej pracy z 1979 roku wyodrębnił ją jako autonomiczną jednostkę kliniczną (Józefik, 1999a).

Obecnie w kategorii zaburzeń odżywiania, wyodrębnionej przez Światową Organizację Zdrowia w *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych*, ICD, jak i w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, *Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych*, DSM, poza anoreksją i bulimią psychiczną wymienia się subkliniczne formy anoreksji i bulimii, zespół napadowego jedzenia, stosowanie zachowań kompensacyjnych po spożyciu małej ilości jedzenia oraz przeżuwanie dużej ilości pokarmów bez ich połknięcia. Są to *zaburzenia wyrażające nieprawidłowy, nietypowy stosunek do jedzenia, z towarzyszącymi temu zjawisku złożonymi objawami natury psychicznej i somatycznej* (Józefik, 2006, s. 31). Zaburzenia łaknienia to złożone i szerokie pojęcie. Stosunkowo duże zainteresowanie, zarówno teoretyków jak i praktyków, budzi jedna z jego form – anoreksja określana w literaturze naukowej jako *anorexia nervosa*.

Anorexia to słowo pochodzenia greckiego – powstałe z połączenia dwóch odrębnych wyrażeń: *an* – brak, pozbawienie i *orexis* – apetyt. W związku z tym dokładne znaczenie określenia *anorexia nervosa* to utrata apetytu na tle nerwowym. Józefik (2006) wyjaśnia, że tak naprawdę pacjenci cierpiący na tą chorobę często odczuwają głód i potrzebę jedzenia, jednak świadomie rezygnują z jedzenia, by mieć szczupłą – idealną sylwetkę. Z uwagi na to autorka proponuje bardziej adekwatny termin – głodzenie się (*self-starvation*). Pojęcie to oddaje istotę tego zaburzenia nie tylko wśród współczesnych pacjentów. Analizując przypadki zachorowań w kontekście historycznym wydaje się, że również bardziej zasadne byłoby użycie pojęcia głodzenie się niż anoreksja.

Jeden z pierwszych opisów anoreksji pochodzi z 895 roku, kiedy *pewna wieśniaczka nabrała takiej niechęci do jedzenia, że narzuciła sobie bardzo surowy post*. Jadła w tajemnicy bardzo małe ilości pokarmu, a zamiast ćwiczyć, podejmowała najcięższe prace. Nie przyjmowała żadnej specjalistycznej pomocy, gdyż uważała się za zdrową osobę (Jablów, 1993, s. 31). Podłożem jej choroby była głęboka wiara w Boga. Umartwianie ciała było drogą do chwały bożej. Jedną z najbardziej znanych, która wybrała ten rodzaj praktyki religijnej była Św. Katarzyna ze Sieny, która zmarła z wyniszczenia organizmu w 1380 roku – mając 33 lata. Budziła szacunek wśród ludzi i umacniała wiarę. Była symbolem doskonałości w obszarze rozwoju duchowego (Józefik, 2006).

Od XV wieku znacznie zmieniło się podejście do niejedzenia. Traktowano je jako jeden ze wskaźników potwierdzających, że kobieta jest czarownicą. Nadmiernie długi post był uważany za sprzeczny z naturą - jako efekt ingerencji sił nieczystych. Popularne wówczas

było praktykowanie egzorcyzmów. Dalsza sekularyzacja kultury doprowadziła do ujmowania niejedzenia jako wydarzenia jarmarcznego, podczas którego można było podziwiać „cudowne poszczące dziewczęta”. Do XIX wieku narastała fascynacja chudością. Anorektyczne osoby zyskiwały sławę występując w cyrkach i udowadniając swoją świetną kondycję mimo drastycznego ograniczania spożywania jedzenia (Pilecki, 1999a). Z biegiem czasu wstrzeźliwość od pokarmów zaczęto traktować w kontekście przejawów choroby, a nie jako rodzaj świętości czy cudu. Uważa się, że pierwszego opisu objawów odpowiadających współczesnej anoreksji dokonał, angielski lekarz, R. Morton już w 1694 roku. Jednak dokładne kryteria diagnostyczne zostały określone przez C. E. Laseuga w 1873 roku oraz W. W. Gulla w 1874 roku. Ujmowali oni anoreksję w kontekście określonego zachowania wyrażającego się w negacji przyjmowania posiłków, co wiązało się z objawami natury fizycznej. Według Gulla jadłowstręt psychiczny należy rozpatrywać w aspekcie medycznym. Natomiast Laseug zwrócił uwagę na psychologiczne podłoże tej choroby oraz na złożony kontekst rodzinny (Jablow, 1993). Kolejno Freud sądził, że anoreksja jest wynikiem zaburzenia w sferze pierwotnego popędu płciowego. W późniejszym okresie rozwijano koncepcję uwzględniającą organiczne przyczyny jadłowstrętu psychicznego. Jednak wraz z pojawieniem się monografii Bruch (w latach 60-tych XX wieku) powróciło podejście psychologiczne (Pilecki, 1999a). Lata 70-te i 80-te to wzrost zainteresowania anoreksją. Zmienił się stosunek lekarzy do osób cierpiących na zaburzenia odżywiania oraz rozpoczęto prace nad nowymi strategiami terapeutycznymi. W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w *Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych* (DSM III) wypracowało definicję oraz ustaliło zestaw objawów zaburzeń odżywiania. Natomiast kryteria diagnostyczne jednostki chorobowej anorexia nervosa ustalono dopiero w 1987 roku (Jablow, 1993).

Według Brownell i Rodin (1994, za: Gerrig i Zimbrado, 2006) na świecie jest więcej ludzi, którzy są przekonani o swojej nadwadze niż takich, u których można ją stwierdzić w obiektywny sposób. Obserwuje się tutaj rozbieżność pomiędzy faktycznym rozmiarem ciała a jego percepcją. Ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania zwiększa się wraz ze wzrostem tej rozbieżności. Luyat, Guardia, Lafargue i Thomas (2009, za: Wycisk i Ziółkowska, 2010, s.71) definiują anoreksję jako *zaburzenie psychiczne charakteryzujące się fałszywą oceną własnego ciała*. Ten opis również odwołuje się do niezgodności między rzeczywistością a jej postrzeganiem. Różne źródła, naukowe i popularnonaukowe, podają wiele definicji jadłowstrętu psychicznego. Niektóre z nich są bardziej ogólne, jak na przykład Jabłowa (1993) – mówiąca o złożonej jednostce chorobowej, gdzie krzyżują się czynniki biologiczne i

psychologiczne. Pilecki (1999a) poszerza definicję anoreksji o uwarunkowania rodzinne i społeczne tego zespołu klinicznego. Według Tokarskiego (1980, za: Wycisk i Ziółkowska, 2010) anoreksja to poważne zaburzenie związane z brakiem apetytu i/lub awersją do pokarmu. Definicja ta niewiele różni się od tej ze słownika medycznego z 1865 roku. Wówczas jednak anoreksja była uważana za objaw innych dolegliwości (Jablów, 1993). Poza tym, jak wskazuje Izydorczyk (2008, s. 57), nazwa ta ma niewiele wspólnego z naturą choroby, gdyż anorektyczki mają *ogromną, obsesyjną potrzebę myślenia o jedzeniu i właśnie ten fakt przeraża je najbardziej*. Zatem jest to lęk przed zaspokojeniem własnych, podstawowych potrzeb, który staje się obsesją jedzenia/niejedzenia, zwany też fobią tłuszczu (Izydorczyk, 2008). Podobnie, o anoreksji jako o nadwrażliwości na swój wygląd lub jako o lęku przed przybieraniem na wadze, które to motywują do zachowań mających na celu spadek masy ciała, piszą Abraham i Llewelyn-Jones (2001). W tym kontekście należy zauważyć, że interesującą i w miarę pełną definicję proponuje Kowalczyk (2008). Opiera ją na literaturze przedmiotu i ujmuje anoreksję jako *schorzenie o podłożu psychicznym, którego istotą jest świadome, rygorystyczne ograniczanie ilości przyjmowanych pokarmów, silne koncentrowanie się na wyglądzie i masie ciała powiązane z panicznym lękiem przed przybraniem na wadze* (Kowalczyk, 2008, s. 17). Natomiast Rajewski (2003) opisując jadłowstręt psychiczny, poza fałszywym ocenianiem własnego wizerunku, głodzeniem się i lękiem, zwraca uwagę na wyraźnie odbiegającą od norm, przyjętą dla wieku i wzrostu, masę ciała oraz wykluczenie organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i choroby somatycznej. Ustosunkowując się do opisu Rajewskiego, można powiedzieć, że wkracza on częściowo w kryteria diagnostyczne oraz różnicowanie z innymi jednostkami chorobowymi, które to będą tematem kolejnych podrozdziałów tej pracy.

Zasadne wydaje się przyjęcie, jako obowiązującej w realizacji programu badawczego, definicji opracowanej przez Kowalczyk, która zawiera właściwie wszystkie elementy przytoczonych wyjaśnień terminu anoreksja.

1.2. Kryteria diagnostyczne anoreksji

Diagnostyka zaburzeń łaknienia jest obecnie trudnym zadaniem, gdyż wiele kobiet ma problem z akceptacją własnego ciała i stosuje różne diety. Granica między zdrowym stylem życia, a obsesją na punkcie osiągnięcia szczupłej sylwetki jest często trudna do uchwycenia. Świadczy o tym spora ilość pacjentów, których kwalifikuje się do niesprecyzowanej kategorii

zaburzeń odżywiania (Butcher, Carson i Mineka, 2003). Często cały proces chorobowy zaczyna się właśnie od „zwykłej diety”, stopniowego ograniczania ilości i rodzaju pożywienia. Powody odchudzania mogą być różne: krytycyzm otoczenia, uleganie panującej modzie bądź rzeczywista nadwaga. Z czasem osoba zaczyna stosować bardziej drastyczne metody i rytuały mające na celu obniżenie masy ciała, np.: intensywny wysiłek fizyczny, ukrywanie i wyrzucanie jedzenia, obsesyjne liczenie kalorii, nadmierne troszczenie się o posiłki dla pozostałych domowników bądź prowokowanie wymiotów (Orwid i Pietruszewski, 1996). Te i inne zachowania, jak przyjmowanie środków przeczyszczających i odwadniających, pozwalają na uzyskanie poczucia kontroli nad własnym ciałem. Z czasem chorzy zaczynają unikać rodziny i znajomych, a znaczny ubytek masy ciała może doprowadzić u nich do groźnych powikłań i problemów o charakterze somatycznym. Przykładowo mogą to być: trwałe i nieodwracalne uszkodzenie wątroby, uszkodzenie funkcji wydzielniczej nerek, trwałe zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym, osteoporoza, niepłodność, wyłysienie i inne dysfunkcje hormonalne (Wycisk i Ziółkowska, 2010).

W związku ze złożonością obrazu klinicznego jadłowstrętu psychicznego oraz ze względu na różnego typu powikłania zwraca się uwagę na potrzebę możliwie wczesnej i poprawnej diagnozy. We współczesnych systemowych klasyfikacjach DSM-IV i ICD-10 wiele uwagi poświęca się kryteriom diagnostycznym jednostek chorobowych. Poniżej zostaną one w miarę szczegółowo omówione.

Kryteria diagnostyczne dla rozpoznania anoreksji, opracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) i zawarte w DSM-IV (1994), są następujące:

- A. Odmowa utrzymania ciężaru ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu (np. utrata wagi prowadząca do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi oczekiwanej lub brak należnego przyrostu wagi w okresie wzrastania, prowadzący do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi należnej).
- B. Silny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi.
- C. Zaburzenie sposobu doświadczania własnej wagi i kształtu ciała; nadmierny wpływ wagi lub kształtu ciała na samoocenę albo zaprzeczenie znaczenia niskiej masy ciała.
- D. U kobiet przed menopauzą, nieobecność przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych.

Wyodrębnione typy:

- 1) Typ ograniczający (*restricting type*) – podczas obecnego epizodu anoreksji nie występuje niekontrolowane objadanie się lub zabiegi oczyszczające (prowokowane wymioty, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych lub lewatyw);
- 2) Typ żarłoczno-przeczyszczający (*binge eating/purging type*) – występują zarówno okresy głodzenia się oraz okresy objadania się i przeczyszczania.

W Polsce zaleca się wykorzystywanie kryteriów diagnostycznych zawartych w ICD-10 (1992). Według tego systemu klasyfikacyjnego, opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), jadłowstręt psychiczny (oznaczony kodem F50.0) rozpoznaje się na podstawie następujących kryteriów:

- A. Spadek wagi lub brak przyrostu masy ciała (u dzieci), wskutek czego osoba waży o co najmniej 15% poniżej normy (względem wieku i wzrostu) lub gdy wskaźnik BMI wynosi 17,5 bądź mniej (patrz poniżej).
- B. Celowe unikanie „kalorycznego pożywienia”, skutkujące spadkiem wagi.
- C. Narzucanie sobie niskiej masy ciała z powodu samoocenia siebie jako osoby otyłej oraz strachu przed przytęciem.
- D. Zaburzenia endokrynne osi przysadkowo-gonadalnej przejawiające się u kobiet brakiem miesiączki (wyklucza się krwawienie wskutek leczenia hormonalnego), a u mężczyzn zanikiem zainteresowań seksualnych i potencji.
- E. Wykluczenie kryteriów A i B dla żarłoczności psychicznej (czyli występowanie nawracających epizodów przejadania się oraz utrzymywanie się poczucia przymusu jedzenia i nadmiernej koncentracji na jedzeniu).

Światowa Organizacja Zdrowia w swojej klasyfikacji (1992) nie wymienia typów anoreksji, ale zwraca uwagę, że w przebiegu mogą występować takie zachowania jak: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie się, intensywne ćwiczenia ruchowe, stosowanie leków zmniejszających łaknienie i/lub diuretycznych. Poza tym dodaje, że wczesny początek choroby, czyli przypadający przed okresem pokwitania, może opóźnić lub zahamować jego przebieg (dochodzi do zatrzymania wzrostu, zatrzymania rozwoju piersi i pierwotnego braku miesiączki u dziewcząt, a u chłopców obserwuje się zahamowanie rozwoju narządów płciowych). Niemniej jednak możliwe jest, że po powrocie do zdrowia pokwitanie osiągnie prawidłowy stan.

Według Pileckiego (1999b) kryteria diagnostyczne w DSM-IV są bardziej precyzyjne i częściej wykorzystywane zarówno przez praktyków jak i przez naukowców. Ewolucja

czwartej edycji amerykańskiej klasyfikacji pozwoliła na wykluczenie możliwości diagnozy u jednej osoby anoreksji i bulimii jednocześnie – dzięki wprowadzeniu dwóch typów anoreksji. W kryteriach jadłowstrętu psychicznego ICD-10 nie uwzględnia się natomiast takiego objawu bulimicznego jak objadanie się. Zamiast tego wyróżniono szeroko pojęty jadłowstręt psychiczny atypowy (F50.1), gdzie diagnostom pozostawia się dowolność co do liczby i typów kryteriów. Takie rozróżnienie wydaje się jednak istotne w rokowaniu choroby. Jak podkreśla Wąsik (2009, s. 22) *pojawienie się napadów jedzenia jest korzystnym prognostycznie objawem leczenia anoreksji restryktywnej, gdyż zmniejsza się ryzyko śmierci*. Pomijając jednak anoreksję skrajnie ograniczającą, objawy bulimiczne nie należą do czynników korzystnego rokowania.

Józefik (1999c) zwraca uwagę, że wśród czynników pozytywnie prognozujących znajdują się:

- stosunkowo wczesny okres zachorowania,
- szybkie rozpoczęcie właściwego leczenia (do półtora roku od wystąpienia objawów),
- korzystna sytuacja rodzinna,
- dobre przystosowanie w okresie poprzedzającym zachorowanie (kontakty rówieśnicze, powodzenie w szkole),
- brak objawów bulimicznych,
- uniknięcie hospitalizacji (związanej z dużą utratą wagi i zagrożeniem życia).

Powracając do głównych kryteriów należy wspomnieć, że przy diagnozowaniu anoreksji oblicza się wartość indeksu wagi ciała – BMI (Body Mass Index). Jest to wskaźnik liczony na podstawie wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{\text{ciężar ciała wyrażony w kg}}{\text{wzrost wyrażony w m}^2}$$

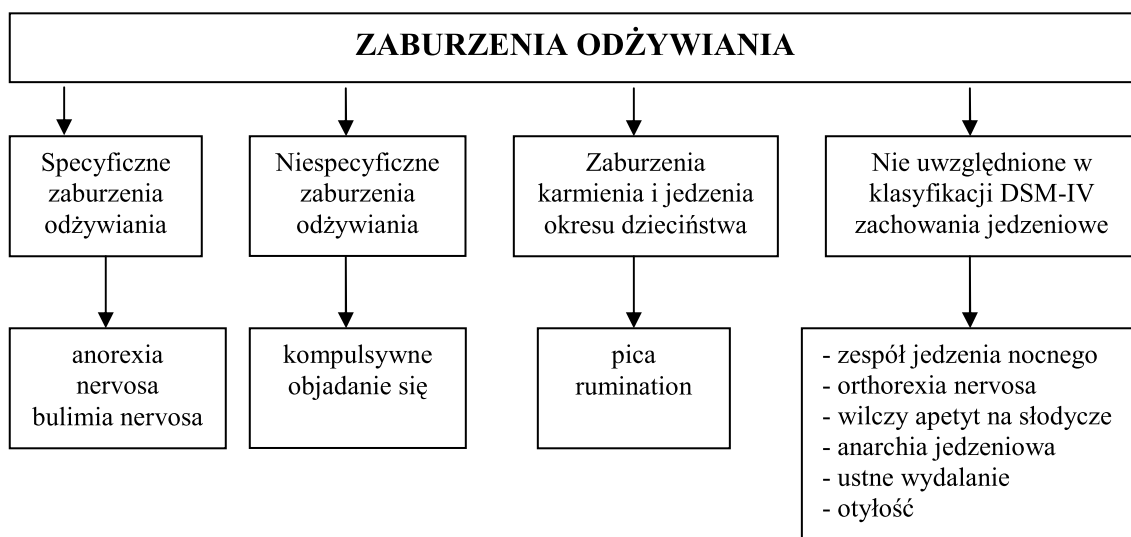
Wynik taki porównujemy do zakresów indeksów w poszczególnych zaburzeniach masy ciała, które przedstawione są w tabeli 1 (Kowalczyk, 2008).

Tab. 1. Klasyfikacja zaburzeń masy ciała w zależności od BMI (źródło: Kowalczyk, 2008).

Indeks wagi ciała	Klasyfikacja zaburzeń masy ciała
poniżej 15	wyniszczenie
15-18,9	niedowaga
19-24,9	zakres prawidłowej wagi ciała
25-29,9	nadwaga
30-39,9	otyłość
40 lub więcej	chorobliwa otyłość

Przyjmuje się, że osoby, których BMI jest niższe niż 17,5 mogą cierpieć na jadłowstręt psychiczny, ale zanik miesiączki może nastąpić nieco wcześniej – już poniżej 19 (Abraham i Llevelyn-Jones, 2001).

Diagnosta powinien mieć także świadomość, że utrata masy ciała – podobna jak w anoreksji, może towarzyszyć innym chorobom. Celem weryfikacji poprawności diagnozy jadłowstrętu przeprowadza się tzw. diagnozę różnicową. Należy dokonać rozróżnienia zarówno w obszarze innych jednostek wchodzących w skład kategorii zaburzeń odżywiania, jak i w kontekście chorób znajdujących się poza tym obszarem. Poniższy schemat przedstawia anoreksję na tle innych zaburzeń odżywiania.



Rys. 1. Klasyfikacja zaburzeń odżywiania (źródło: Wycisk i Ziółkowska, 2010).

Równie ważne jest różnicowanie z anoreksją chorób nie wchodzących w skład zaburzeń odżywiania (Pilecki, 1999b).

Należą do nich:

- choroby układu pokarmowego,
- nadczynność tarczycy,
- cukrzyca,
- zaburzenia hormonalne związane z funkcją podwzgórza: guzy, urazy, stany zapalne, powikłania po naświetleniach,
- choroby degeneracyjne układu nerwowego,
- depresja endogenna,
- zaburzenia nerwicowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne,
- narkomania,
- poza tym: choroby zakaźne, schorzenia układu oddechowego, układu krążenia, zatrucia przewlekłe, a także niedobór pierwiastków w diecie.

Przeprowadzone powyżej analizy wskazują, że diagnoza jadłowstrętu psychicznego nie jest łatwym zadaniem. W celu uniknięcia pomyłek diagnostycznych należy zebrać możliwie dużo danych, w tym również obserwacyjnych. Warto zatem obserwować czy młodzież przejawia pewne charakterystyczne zachowania: stosuje rygorystyczne diety, sprawdza zawartość kaloryczną wszystkich produktów, woli jeść w samotności, korzysta z toalety zaraz po posiłku, za bardzo koncentruje się na swojej wadze i wyglądzie, narzeka na swoją nadwagę (zniekształcony obraz własnego ciała), często waży się, izoluje się od otoczenia, ma huśtawki nastrojów w kontekście jedzenia bądź niejedzenia, przejawia nadmierny krytycyzm wobec siebie (Szurowska, 2011). Pozwoli to na możliwie poprawną diagnozę i wczesną interwencję, co pomoże uchronić adolescenta przed negatywnymi konsekwencjami tej choroby.

1.3. Epidemiologia jadłowstrętu psychicznego

Dane liczbowe dotyczące zaburzeń odżywiania, w tym jadłowstrętu psychicznego, nie są jednoznaczne. Rajewski (2003) podaje, że ogólnie choruje od 1% do 2% populacji, przy czym 10-krotnie częściej są to kobiety niż mężczyźni. Ponad to przyjmuje, że ramy wiekowe anoreksji mieszczą się w granicach 13-19 lat. Natomiast Namysłowska, Paszkiewicz i Siewierska (2000) piszą, że choroba ta dotyka około 1% populacji najczęściej w okresie dorastania: 13-18 lat ze zdecydowaną przewagą u dziewcząt. Mężczyźni to 10% wszystkich

chorych. Józefik (1999b) przytacza dokładniejsze dane epidemiologiczne, według których anorexia nervosa występuje u 0,2-0,8% populacji dorosłych, a w populacji młodzieży u 0,5-1% (przy czym 0,1% w grupie 11-15 lat, a 1% w grupie 16-18 lat). Wśród chorujących chłopcy stanowią 5-10% całej grupy pacjentów.

Autorzy są zgodni odnośnie tego, że zapadalność na anoreksję rośnie. *Najwięcej zachorowań obserwuje się w Europie i Ameryce Północnej, ze szczególnym wzrostem w drugiej połowie XX w* (Rajewski, 2003, s.110). Józefik (1999b) zwraca także uwagę na czynniki, które przyczyniają się do wzrostu tego typu zaburzeń. Zalicza do nich:

- wzrost populacji młodych kobiet,
- polepszanie się umiejętności diagnostycznych wśród lekarzy,
- częstsze leczenie szpitalne pacjentek.

Poza tym autorka podaje czynniki budzące zastrzeżenia w kwestiach metodologicznych, tj.: sposób zbierania danych, przyjęte kryteria diagnostyczne czy nieprecyzyjny opis grupy badanych. Powyższe czynniki ukazują problem zarówno zawyżania danych epidemiologicznych, ale także dają możliwość ich zaniżania. Przykładem jest częstsze obejmowanie badaniami osób z populacji klinicznej oraz pominięcie osób chorych, ale nie poszukujących pomocy. W związku z tym przytaczane statystyki powinny być analizowane z pewną ostrożnością.

Abraham i Llevelyn-Jones (2001) ukazują dane epidemiologiczne anoreksji na tle innych zaburzeń odżywiania. Według nich jadłowstręt psychiczny stanowi 0,5-1%, bulimia to 2% (1-3%), nie sklasyfikowane zaburzenia odżywiania się – 15% (10-34%) oraz otyłość – 5%. Na tej podstawie wydawałoby się, że nie mamy do czynienia z epidemią anoreksji. Jednak nie można wykluczyć eskalacji problemu, m.in. analizując dane amerykańskiego Narodowego Stowarzyszenia Zaburzeń Odżywiania (National Eating Disorders Association – NEDA) z 2011 roku, które wskazują, że prawie 10 milionów kobiet i 1 milion mężczyzn cierpi na zaburzenia odżywiania w Stanach Zjednoczonych. Problem ten nasila się w okresie dojrzewania i późnej adolescencji, jednak nie wyklucza się występowania objawów już w wieku przedszkolnym. Warto też zaznaczyć, że dieta, u więcej niż jednej osoby na trzy stosujące, przybiera formę patologiczną. Niepokojące są również statystyki NEDA wskazujące, że 42% dzieci w trzech pierwszych klasach szkoły podstawowej chciałoby być szczuplejszymi, 81% 10-latków obawia się przybrania na wadze, a 51% 9-cio i 10-cioletnich dziewczynek twierdzi, że czuje się lepiej, gdy jest na diecie. Jakkolwiek odsetek osób chorujących na jadłowstręt psychiczny nie jest jednym z najwyższych (jeśli chodzi o zaburzenia odżywiania) to powyższe dane ukazują tendencje wzrostowe. Co więcej anoreksja

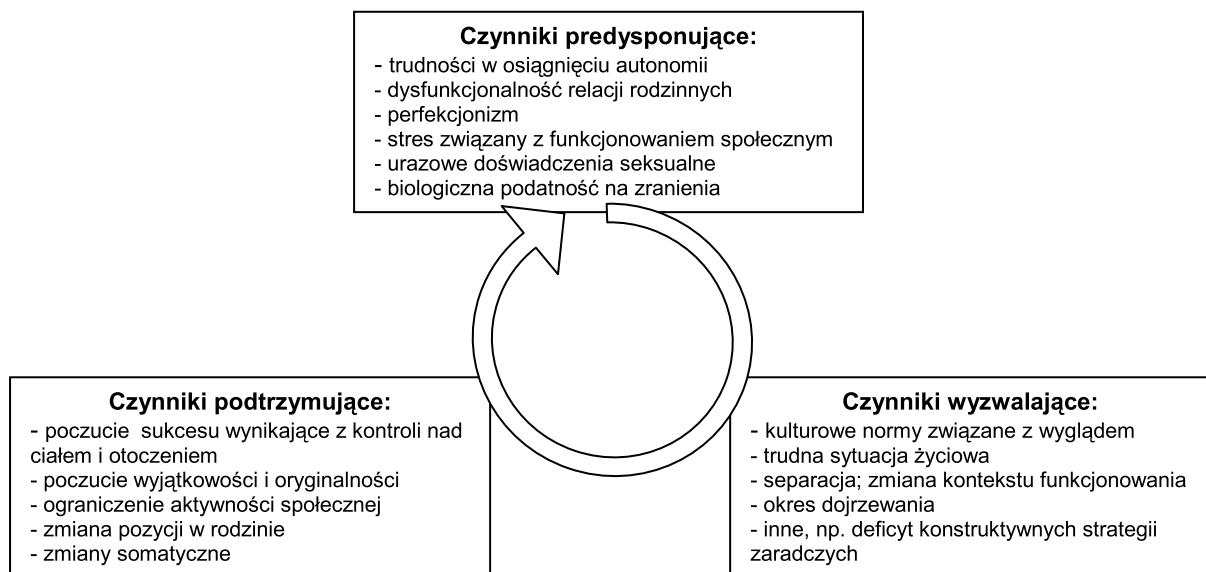
jest zaburzeniem psychicznym o najwyższym wskaźniku śmiertelności. Starzomska (2008) podaje, że 4-20% chorujących umiera przedwcześnie najczęściej wskutek zaburzeń elektrolitowych i sercowo-naczyniowych. Wąsik (2009) dodaje, że w ciągu 10-ciu lat od zachorowania umiera 5-10% osób, a w ciągu 20-stu lat umiera 18-20%. Osoby, które uważa się za wyleczone stanowią tylko 50%. U połowy dochodzi do nawrotów choroby, a do wymienionych już przyczyn śmierci należy dodać samobójstwo. Światowa Organizacja Zdrowia (2004) podaje, że u 25-33% chorych powstaje zaburzenie chroniczne, któremu mogą towarzyszyć uzależnienia, depresja czy zaburzenia lękowe. Liczby te wskazują, że metody leczenia jadłowstrętu psychicznego nie są jeszcze wystarczająco dobre, dlatego zasadne wydaje się pogłębianie tej problematyki w badaniach naukowych.

Podsumowując można powiedzieć, że statystyczna osoba chorująca na anoreksję to kobieta w wieku 13-19 lat, białej rasy ze średniej lub wyższej klasy społecznej. Wskaźnik zachorowalności u kobiet rasy czarnej lub żółtej jest zdecydowanie niższy (Gerrig i Zimbardo, 2006). Do tej pory także osoby z niższych warstw społecznych chorowały rzadziej, ale ta sytuacja zaczyna się zmieniać (Goryniak, 2000). Podobnie u mężczyzn i chłopców odnotowano 37% wzrost zachorowań na zaburzenia łaknienia w ciągu ostatnich pięciu lat (NEDA, 2011). W związku z tym statystyczny wzorzec osoby chorej na anoreksję może ulec zmianie w ciągu kilku kolejnych lat. Póki co, pokrywa się on z realiami polskiej kultury, dlatego potrzebne jest kontynuowanie badań w zakresie problematyki zaburzeń odżywiania.

1.4. Czynniki warunkujące anoreksję

Zastanawiając się nad uwarunkowaniami jadłowstrętu psychicznego trzeba odwołać się do psychologii odżywiania się. Prawdą jest, że ludzie jedzą nie tylko w momencie, gdy odczuwają głód. Zazwyczaj nie zastanawiają się nad tą czynnością. Jedzą, gdy przychodzi pora śniadania, obiadu czy kolacji, co jest zgodne z normami społecznymi. W większości kultur, świętowaniu towarzyszy spożywanie, często w nadmiarze, niecodziennych potraw. Wówczas ignorowane jest fizyczne uczucie sytości. Zatem o odżywianiu się decydują nie tylko biologiczne mechanizmy regulujące ilość spożywanego pokarmu. Gdyby tak było to głodny wegetarianin bez wahania zjadłby kawałek mięsa (Gerrig i Zimbardo, 2006). Do tej jedności psychofizycznej, którą stanowi człowiek nawiązuje także Ziółkowska (2009). Kondycja psychospołeczna jednostki jest zależna od zaspokojenia potrzeb biologicznych i odwrotnie. Ilość i jakość spożywanego pokarmu jest związana z indywidualnymi

preferencjami smakowymi, które kształtuje także system rodzinny. Nierzadko jedzenie pełni rolę regulatora stanów afektywnych bądź zależne jest od znaczenia jakie jest mu przypisywane – przykładowo od wyznawanej religii. Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk (2009, s.87) nazywają to postawą wobec jedzenia, którą definiują jako *wielowymiarowy konstrukt regulujący procesy poznawcze (wymiar kognitywny), afektywne (wymiar emocjonalny), interpersonalne (wymiar społeczno-kulturowy) oraz związane z zachowaniem (wymiar behawioralny), które osoba żywi względem czynności odżywianie się*. Zatem jest to stosunek jednostki do jedzenia, który może być pozytywny lub negatywny, wyrażany w prawidłowych nawykach żywieniowych bądź zaburzeniach łaknienia. Postawy wobec jedzenia ściśle łączą się z czynnikami warunkującymi anoreksję, które ogólnie można podzielić na egzogenne (głównie socjokulturowe) i endogenne (osobowościowe i biologiczne) (Wycisk i Ziółkowska, 2010). Zważając jednak na złożoną problematykę jadłowstrętu psychicznego Slade w 1988 roku (za: Mroczkowska, Ziółkowska i Cwojdzńska, 2007) podzielił te czynniki na: predestynujące (predysponujące), wyzwalające i podtrzymujące, co przedstawiono na rysunku 2.



Rys. 2. Uwarunkowania anoreksji (źródło: Slade, 1988, za: Mroczkowska, Ziółkowska i Cwojdzńska, 2007).

Model ten dzieli czynniki ze względu na czas ich wystąpienia w trakcie trwania choroby oraz funkcje, które mogą pełnić w przebiegu anoreksji. Częściej jednak w literaturze przedmiotu spotyka się podział czynników ze względu na ich pochodzenie, m.in. wspomniane już uwarunkowania zewnętrzne lub wewnętrzne. Podobny sposób podziału wybrała również

Ziółkowska (2001), która wskazuje na trzy główne źródła anoreksji: somę, polis i psyche. Soma odnosi się do poziomu biologicznego (przyczyny tkwiące w fizjologii organizmu), polis to poziom społeczny (wpływ kultury masowej i styl socjalizacji w rodzinie) oraz psyche czyli poziom psychologiczny (uwarunkowania w sferze poznawczej i emocjonalnej). Kowalczyk (2008) podaje bardziej szczegółowy podział i do przyczyn występowania anoreksji zalicza:

- cechy indywidualne,
- właściwości rozwojowe w stadium adolescencji,
- czynniki biologiczne,
- czynniki rodzinne,
- normy społeczno-kulturowe.

Na potrzeby niniejszej pracy optymalny wydaje się podział przyjęty za Józefik (1999b), w którym wymienia się:

- czynniki społeczno-kulturowe (ideał szczupłej sylwetki, społeczne oczekiwania atrakcyjności formułowane głównie wobec kobiet),
- czynniki rodzinne (przecenianie społecznych oczekiwań, relacje rodzinne utrudniające osiąganie autonomii, występowanie zaburzeń jedzenia w rodzinie),
- czynniki indywidualne (zaburzony obraz siebie, silna potrzeba osiągnięć, trudności w autonomicznym funkcjonowaniu).

Analizując poszczególne obszary przyczyn jadłowstrętu psychicznego można się także odwołać do hipotez wysuniętych przez różne nurty naukowe, np.: psychologię rozwoju człowieka, psychologię reklamy czy genetykę. Możliwe, że ułatwi to spojrzenie na polietologiczne podłoże anoreksji nervosa.

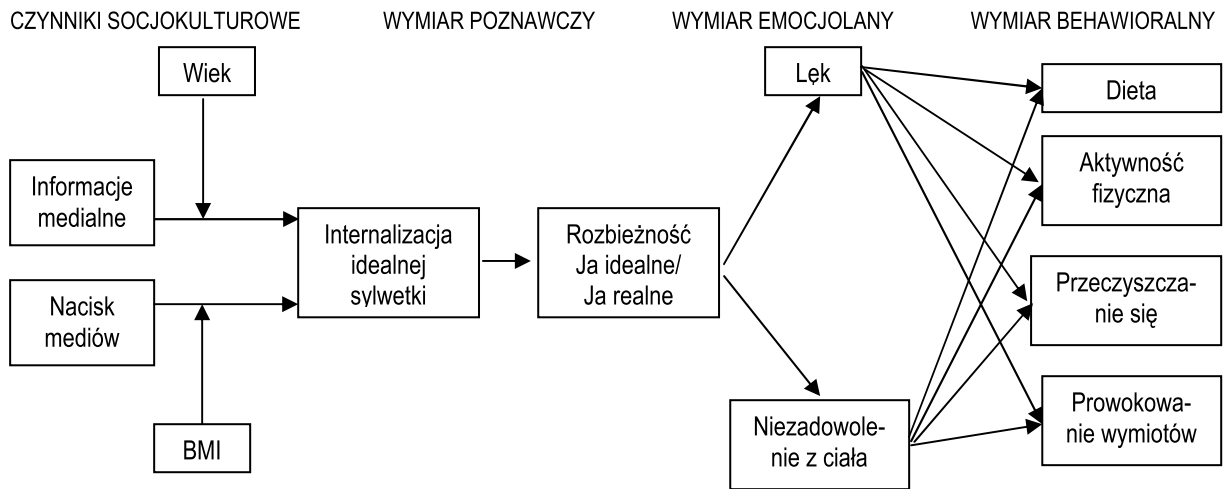
1.4.1. Czynniki społeczno-kulturowe

W Polsce po 1989 roku rozpoczął się szereg przemian politycznych, gospodarczych i społeczno-kulturowych. Zmiany te często polegały na naśladowaniu wzorca zachodniego, szczególnie w dziedzinie kultury czy mody. Zatem zgodnie z zachodnimi standardami zmieniał się też idealny obraz kobiety – jej wygląd, sylwetka, funkcjonowanie i pełnienie ról społecznych. Współczesnym ideałem jest szczupłość. Przyjęło się, że osoby o odpowiednio smukłej sylwetce to ludzie szczęśliwi, którzy łatwiej znajdują pracę, partnera życiowego i osiągają sukcesy. Tego typu przekonania przekazywane są już najmłodszym dzieciom za

pomocą szeroko pojętych mass mediów. Środki masowego przekazu odgrywają bardzo ważną rolę we współczesnym społeczeństwie. Potwierdzają to badania Heropolitańskiej-Janik i Jeżewskiej-Zychowicz (2003), z których wynika, że głównym źródłem wiedzy osób badanych na temat zaburzeń odżywiania są przede wszystkim telewizja i prasa. Niemniej jednak propagowanie przesadnej szczupłości przez mass media jest zdecydowanie częściej praktykowane niż profilaktyka zaburzeń łaknienia. Przeciętna modelka, aktorka czy tancerka ma niższy wskaźnik masy ciała niż 95% populacji kobiet (Ziółkowska, 2001). Nic więc dziwnego, że przedszkolak, który ma do wyboru dwie lalki, różniące się jedynie tuszą, wybiera lalkę o drobniejszych kształtach (Jablow, 2000). To właśnie dzieci są najbardziej narażone na treści emitowane przez telewizję, która kształtuje ich wiedzę o świecie, ludziach i wartościach. Z tym wiąże się jednak rola opiekunów: rodziców i nauczycieli, którzy są odpowiedzialni za kontrolę informacji docierających do najmłodszych. Natomiast młode kobiety ponoszą odpowiedzialność same za siebie i za swoje ciało. Współcześnie jest to bardzo trudne, gdyż stają one przed zadaniem, które wymaga od nich podporządkowania się panującej modzie i społeczeństwu oraz budowania własnej tożsamości i kobiecości. Można to określić zjawiskiem tzw. podwójnego wiązania (Izydorczyk, 2008). Z jednej strony kobiety powinny być wolne, niezależne finansowo, seksowne, robiące karierę, a z drugiej strony powinny być doskonałymi matkami i żonami, które podtrzymują ciepło ogniska domowego. Zatem poza tradycyjnymi rolami, jakie pełniły ich babki i prababki, muszą spełniać współczesne wymagania dyktowane przez reklamę i artykuły z prasy kobiecej, które to przekonują do stosowania różnorodnych diet, upiększających produktów kosmetycznych i zabiegów chirurgicznych gwarantujących idealny wygląd. Ten dysonans niewątpliwie przyczynia się do rozpowszechniania zaburzeń odżywiania w wysoko cywilizowanych społeczeństwach.

Współcześnie zasadniczym czynnikiem, który definiuje tożsamość kobiety jest coraz częściej wizerunek zewnętrzny. Według Brytek-Matery i Rybickiej-Klimczyk (2009, s. 122) *wizerunek ciała kształtuje się w oparciu o indywidualne właściwości intrapsychiczne i osobowościowe człowieka, a także jest modelowany przez wpływy otoczenia społecznego. Z kolei zaburzenia w obrazie własnego ciała mogą, ale nie muszą prowadzić do rozwoju zaburzeń łaknienia. Będzie to zależne od zmiennych osobowościowych. W przypadku kobiety z niską samooceną oraz brakiem satysfakcji z własnego ciała, może dojść do internalizacji ideału szczupłej sylwetki rozpowszechnionej przez mass media. W konsekwencji powiększa się rozbieżność pomiędzy Ja realnym i Ja idealnym, narasta lęk i niezadowolenie z ciała, co*

skutkuje działaniami skierowanymi na redukcję masy ciała (Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk, 2009). Zależności te zostały przedstawione na rysunku 3.



Rys. 3. Model wpływu czynników socjokulturowych na strukturę obrazu ciała (źródło: Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk, 2009).

Badania, które przeprowadziła Rybicka-Klimczyk (2008, za: Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk, 2009) na podstawie tego modelu, potwierdziły, że nastolatki i studentki internalizują ideał szczupłego ciała oraz dążą do zminimalizowania rozbieżności Ja realne/Ja idealne głównie poprzez stosowanie diet i uprawianie ćwiczeń fizycznych. W konsekwencji, jak pisze Starzomska (2008), anoreksja staje się chorobą ego-syntoniczną co oznacza, że jest nieodłączną częścią tożsamości pacjentki. Do podobnych wniosków dochodzi Bordo (1993, za: Dycht i Marszałek, 2011, s. 157), która pisze, że *ludzie z anoreksją nie tyle źle postrzegają swoje ciało, co zbyt dobrze uczą się dominujących standardów kulturowych dotyczących tego, jak je postrzegać*. Zatem anorektyczki nauczyły się posiadania tożsamości ucieleśnionej dyktowanej przez kulturę masową. Jest to tzw. nadana tożsamość medialna, która ma zagwarantować chorej osobie aprobatę społeczną. W tym kontekście często młoda kobieta nie do końca wie kim jest, ale wie jakie powinna mieć wymiary i wagę ciała (Wojciechowska, 2000). Wycisk (2000) dodaje, że jest to zgodne z ujęciem feministycznym, które obwinia silny maskulinizm za promowanie patologicznych wzorców estetycznych w mass mediach. Przez to kobiety wchodzą w rolę męskiego obserwatora i oceniają siebie w kontekście urody i powierzchowności. Wybierają kontrolę nad ciałem symbolizującą kontrolę nad życiem poprzez zaprzeczenie wartości jedzenia. Natomiast Chernin (1986, za: Józefik, 2006) uważa, że anorektyczki nie potrafią i nie chcą rozwinąć własnej tożsamości, ponieważ buntują się

przeciwko sprzecznym wymaganiom stawianym kobietom przez kulturę masową. Wówczas zaburzony jest proces separacji/indywidualizacji przez co opóźnia się wchodzenie w dorosłość oraz symbolicznie nawiązuje on do dziecięcej relacji z matką. W ten sposób Chernin łączy podejście feministyczne z podejściem psychoanalitycznym.

Obecnie, poza reklamami w telewizji i czasopiśmie, gdzie obok środków odchudzających znajdują się szczupłe kobiety zachęcające do spróbowania kalorycznych deserów, ważną rolę odgrywa Internet. Pozwala on na współtworzenie wirtualnej rzeczywistości i aktywizuje, dotąd pasywnych, odbiorców mediów. Jedną z takich możliwości są fora internetowe i dzienniki internetowe, tzw. blogi, które w ostatnim czasie zyskały na popularności. Kolarzyk, Janik, Kwiatkowski i Potocki (2010) podkreślają, że to właśnie Internet stanowi główne źródło wiedzy współczesnej młodzieży na temat diet odchudzających i różnych sposobów redukcji masy ciała. Są profesjonalne strony internetowe, które mogą pozytywnie oddziaływać na sposób żywienia młodych osób. Uczniowie częściej jednak korzystają z blogów i forów internetowych, gdzie można znaleźć wiele nieautoryzowanych informacji. Szczególne zagrożenie niosą pro-anorektyczne strony („pro-ana”), z których można się na przykład dowiedzieć: jak pozbyć się uczucia głodu, jak ukryć swoją prawdziwą wagę, jak skutecznie odmawiać jedzenia lub co zrobić, żeby zapobiec napadowi obżarstwa. Do tego jest tam mnóstwo zdjęć wychudzonych modelek i innych sławnych kobiet z pierwszych stron gazet, z których powinno się brać przykład. Oczywiście każdy ma wolny wybór: czy ma sugerować się radami z takich stron bądź ich unikać. Jednak młoda kobieta przechodząca kryzys, która ma problemy emocjonalne i niską samoocenę będzie chciała być szczupłą, gdyż, według przekazu z takiej strony internetowej, jest to równoznaczne z byciem szczęśliwą. Możliwe, że zastanowi się chwilę nad komentarzami krytykującymi takie postępowanie, ale ostatecznie skłoni się do argumentów anorektyczek, gdyż przeciwnicy nie dają jej lepszego rozwiązania. Barczak (2009) analizując dzienniki internetowe anorektyczek przyznaje, że widać na nich dużą inspirację reklamą, wpływ społeczny oraz rodziny. Poza negatywnym przekazem sugestywnym, strony pro-ana to bogate źródło informacji dla badaczy o funkcjonowaniu anorektyczek, ich stosunku do samych siebie i specyfice ich rodzin. Wskazuje to także na subiektywne poczucie niezrozumienia osoby chorej, która zaspokaja potrzebę wygadania się właśnie poprzez prowadzenie dziennika internetowego.

Współczesna kultura to głównie kultura mass mediów mająca duży wpływ na funkcjonowanie młodych ludzi. Zwłaszcza kobiety postrzegane są przez pryzmat ciała, które musi być szczupłe, aby spełniało społeczne standardy. Zatem nic dziwnego, że nastolatki

przyjmują gotową tożsamość medialną, która pomoże im osiągnąć szczęście. W ten sposób tworzy się błędne koło patologii, gdyż dziewczyna z nabytą już tożsamością anorektyczną staje się modelem do naśladowania, co współcześnie jest ułatwione m.in. przez strony internetowe pro-ana.

1.4.2. Czynniki rodzinne

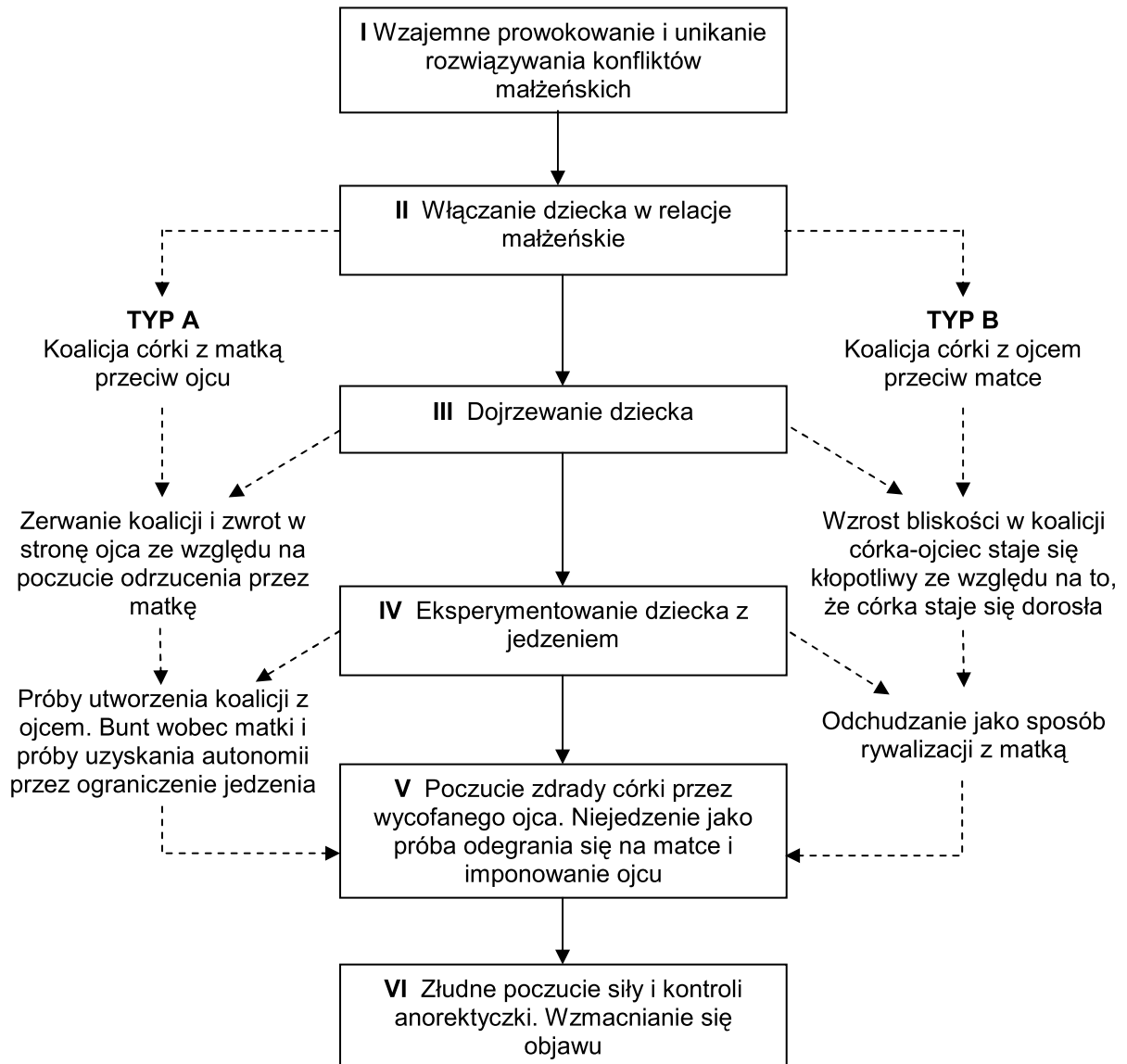
Jadłowstręt psychiczny może być także skutkiem działania na dziecko czynników powiązanych z wadliwym funkcjonowaniem rodziny. Rodzina to naturalne środowisko człowieka, które w dużym stopniu decyduje o jego rozwoju. To jak będzie on przebiegał, zależne jest od umiejętności wychowawczych opiekunów i od atmosfery, jaka będzie panowała w domu. Dziecko powinno czuć się bezpiecznie, być otoczone bliskimi i kochającymi go osobami, które zapewnią mu wsparcie i jak najlepsze warunki wychowawcze. Rodzice, którzy wciągają dziecko w małżeńskie konflikty, są chłodni emocjonalnie, niedostępni, zbyt wymagający lub nadopiekuńczy, stwarzają okoliczności przyczyniające się do rozwoju różnych zaburzeń, w tym też anoreksji. Wówczas młoda osoba może przestać akceptować siebie i swoje ciało, zaczyna się buntować i odchudzać, myśląc, że w ten sposób rozwiąże swoje problemy.

Rodzina rozumiana jako system, w kategoriach teorii L. von Bertalanffy'ego (1984, za: Namysłowska, 1997), jest całością złożoną z pojedynczych członków, którzy wchodzą ze sobą w interakcje we wspólnym życiu, tworząc coś więcej niż prostą sumę osobowości członków rodziny. System ten dzieli się na podsystemy uwzględniając hierarchię rodziny. Charakteryzuje się także występowaniem granic wewnętrznych – między członkami rodziny lub podsystemami, i zewnętrznych – między innymi systemami społecznymi. Jednocześnie pozostaje z nimi w otwartej relacji albo staje się systemem zamkniętym. To co jest ważne z punktu widzenia teorii systemowej to cyrkularne rozumienie przyczynowości. Przekładając to na funkcjonowanie rodziny będzie to oznaczało, że jej członkowie oddziałują na siebie w sposób kołowy, a nie linearny. Zatem patologia jednego elementu przekłada się na dysfunkcjonalność całego systemu. Tworzy się tzw. system problemowy, w którym symptom przyczynia się do utrzymania równowagi w rodzinie lub skłania ją do podjęcia zmian (Józefik, Ułasińska, 1999). W tym paradygmacie systemowym Minuchin (1978, za: Namysłowska, 1997) stworzył model rodziny somatycznej, który odnosi się także do rodziny anorektycznej.

Do cech charakterystycznych takich rodzin zalicza on:

1. *Uwikłanie* – polega na znacznym podporządkowaniu się jednostki systemowi rodzinnemu. Między podsystemami znajdują się przepuszczalne granice, dlatego członkowie rodziny ingerują w swoje myśli, uczucia i działania. Skutkuje to nieefektywną kontrolą rodzicielską, brakiem odpowiedzialności za siebie oraz włączaniem dzieci w konflikty małżeńskie i koalicje z jednym rodzicem przeciw drugiemu.
2. *Nadopiekuńczość* – również wiąże się z podporządkowaniem jednostki wobec systemu rodzinnego. Poza słabymi granicami wewnętrznymi, występują tutaj sztywne granice zewnętrzne, które przyczyniają się do opóźnienia rozwoju autonomii i zainteresowań wykraczających poza rodzinę. Rodzice nadmiernie chronią i wyręczają dziecko.
3. *Mała tolerancja konfliktu* – oznacza negowanie istniejących konfliktów w rodzinie i brak umiejętności rozwiązywania ich. Dzieci nie potrafią wyrażać i bronić swojego zdania. Zgadzają się na wszystko i udają, że nie mają problemów.
4. *Sztwność* – trudności z adaptacją do nowych warunków, z podejmowaniem decyzji lub w sytuacjach wymagających zmian. Rodzice idealizują życie rodzinne. Twierdzą, że jedynym problemem jest choroba dziecka.
5. *Włączanie dziecka w konflikt rodzicielski* – niezdolność rodziców do otwartego konfliktu co skłania dziecko do mediowania w ich małżeństwie. Ułatwia to objaw chorobowy, który powoduje zjednoczenie się rodziców w opiece nad chorym dzieckiem. Symptomy regulują wewnętrzną stabilność rodziny, ale jednocześnie ulegają wzmocnieniu.

Minuchin podkreśla, że wymienione powyżej cechy systemu rodzinnego, dopiero w połączeniu z fizjologiczną podatnością dziecka, warunkują powstanie i rozwój objawu psychosomatycznego. Inną autorką, która poza wpływem kultury zachodniej wymienia specyficzne interakcje rodzinne jako przyczynę jadłowstrętu psychicznego, jest Palazzoli. Wraz ze współpracownikami, w 1988 roku, zanalizowała proces powstawania objawu i przedstawiła go w sześciu fazach (rys. 4). Jest on wynikiem gry prowadzonej przez rodziców, którzy nie radzą sobie z problemami małżeńskimi i nieświadomie włączają dziecko w swój konflikt (Józefik, Ułasińska, 1999).



Rys. 4. Sześć faz procesu powstawania objawów anoreksji (źródło: opracowanie własne na podstawie Józefik, Ulaśńska, 1999).

Na rysunku 4 widać, że dziecko w wyniku konfliktu między rodzicami staje albo po stronie matki albo po stronie ojca. W IV fazie - decydującej, zwiększa się kontrola matki wobec córki i wycofanie ojca, który nie podejmuje ryzyka, aby zmienić stosunki z żoną i unika konfrontacji. Powoduje to wzrost złości i buntu dziecka, które wyraża w odchudzaniu się. W ten sposób rozwija się gra rodzinna wokół objawu. Anorektyczka ma złudne poczucie siły i kontroli. Dzięki objawowi czasami nawiązuje kontakt z matką, ale jest to pseudosymbiotyczny związek. W rzeczywistości rodzina nie dąży do zmiany zachowania chorej, gdyż służy to utrzymaniu równowagi w systemie rodzinnym. Podstaw tej teorii powstawania objawów można doszukać się w komunikacyjnej terapii rodzin, której celem jest

zmiana wzorów komunikacji, jakie dotychczas stosowali członkowie rodziny. Jednym z takich zaburzeń komunikacji jest podwójne wiązanie polegające na wysyłaniu sprzecznych komunikatów jednemu członkowi rodziny (Bateson, 1956, za: Namysłowska, 1997). W przypadku rodziny anorektycznej takim komunikatem jest, z jednej strony, chęć pozbycia się objawu, a z drugiej, podtrzymywanie go. Często w czasie zmiany cyklu życia rodzinnego pojawiają się kryzysy, które nasilają codzienne problemy i wywołują objaw. Może to być sytuacja przedłużania się wzajemnej zależności dziecka od rodziców i odwrotnie, w czasie, w którym powinno dojść do procesu indywidualizacji (Józefik, Ulasińska, 1999).

Powyższe modele odnoszą się do relacji między dwoma pokoleniami: rodziców i dzieci. Tymczasem Józefik i Ulasińska (1999) wskazując na poglądy White'a czy Weber'a i Stierlin'a, piszą, że pewne przekonania, wpływające na rozwój anoreksji, zostały zakorzenione wcześniej – już w rodzinach pochodzenia rodziców, tworząc tak zwany wielopokoleniowy przekaz rodzinny. Zalicza się do nich między innymi silne więzi wewnątrzrodzinne, postawy rezygnacji z własnych potrzeb, wymagania osiągnięć, kontroli siebie, poczucia sprawiedliwości. Poświęcanie się i wyrzeczenia dla dobra rodziny powinny cechować każdą kobietę. Członkowie rodziny od pokoleń to przykładni i sumienni obywatele postępujący zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, a próby odejścia od tych norm budzą poczucie winy i wstydu. W ten sposób anorektyczka przejęła od swojej matki, babci i prababci poświęcenie się, cierpiętnictwo, umartwianie się i w konsekwencji głodzenie się, dbając przy tym o zdrowie pozostałych członków rodziny.

Współcześnie w literaturze podkreśla się także wpływ postaw rodzicielskich na występowanie zaburzeń u dzieci. Z badań Chuchry, Drzazgi i Pawłowskiej (2004) wynika, że matki dziewcząt chorych na anoreksję przejawiają postawę ambiwalentną. Natomiast ojcowie mają większe nasilenie postawy odrzucającej i mniejsze postawy kochającej w porównaniu z grupą zdrowych dziewcząt. Niewątpliwie może mieć to wpływ na obniżenie samooceny u dzieci. Rodzice nie poświęcają im wystarczającej ilości czasu, rzadziej pomagają, nie chwala, okazują mniej czułości i zainteresowania. Jednocześnie ograniczają ich swobodę i nie pozwalają na uniezależnienie się. Poza postawami rodzicielskimi, Goodsitt (za: Wycisk, Ziółkowska, 2010) zwraca uwagę na perfekcjonistyczny i nadmiernie kontrolujący styl wychowania ograniczający autonomiczne funkcjonowanie dziecka. Skutkiem tego mogą być objawy jadłowstrętu psychicznego, które pozwalają stworzyć kompensacyjną tożsamość, dającą subiektywne poczucie sensu istnienia.

Dotychczasowe, liczne badania nie wskazują jednoznacznie, jaki rodzaj relacji rodzinnych można uznać za czynnik ryzyka, czynnik spustowy bądź czynnik podtrzymujący

zaburzenia odżywiania. Jednak niewątpliwie rodzina o sztywnych i nieprzepuszczalnych granicach, o ograniczonej autonomii, dużej spójności, gdzie tworzą się koalicje, wpływa na funkcjonowanie dziecka. Może ono nie radzić sobie z taką specyfiką organizacji rodziny i szukać rozwiązania w procesie chorobowym. Do czynników, które warunkują anoreksję, zalicza się także nieprawidłowy proces separacji/indywiduacji w okresie dorastania dziecka czy przecenianie społecznych oczekiwań rodziców wobec dziecka. Niektórzy badacze zwracają uwagę na starszy wiek rodziców przyszłej chorej na jadłowstręt psychiczny, nieobecność któregoś z rodziców lub występowanie chorób afektywnych bądź uzależnień wśród najbliższych (Joško, Kamecka-Krupa, 2007). Kolejne istotne czynniki to występowanie zaburzeń jedzenia w rodzinie lub nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Leung i współpracownicy (1996, za: Józefik, 2006) doszli do wniosku, że niezadowolenie z własnego wyglądu ma związek z przecenianiem znaczenia wyglądu oraz ciężaru ciała w rodzinie pochodzenia. Nadmierna koncentracja na jedzeniu, stosowanie diet przez członków rodziny, ich stosunek do własnego ciała, a szczególnie odniesienie matki do własnego wyglądu, może mieć znaczenie w modelowaniu zachowań córki związanych z jedzeniem. Poza tym Józefik (2006) dodaje, że nie można jasno określić jakie znaczenie w zaburzeniach odżywiania mają czynniki socjodemograficzne, na przykład: struktura rodziny, pozycja chorego w rodzinie, zawód czy wykształcenie rodziców bądź miejsce zamieszkania. Pomimo niejednoznaczności w niektórych z wyżej wymienionych kwestii, ciągle podkreśla się występowanie zależności między jadłowstrętem psychicznym a jakością relacji w systemie rodzinnym.

1.4.3. Czynniki indywidualne

Powyższe rozważania nad przyczynami *anorexia nervosa* dotyczyły sfery społeczno-kulturowej oraz środowiska rodzinnego. Poza czynnikami egzogennymi należy odnieść się do czynników endogennych. Są to czynniki indywidualne związane z funkcjonowaniem psychicznym i fizjologicznym danej osoby.

Samo określenie cech osobowościowych osób chorujących na jadłowstręt psychiczny nie wydaje się trudnym zadaniem. Większym problemem może być ustalenie, które z tych cech osoba ujawniała przed zachorowaniem, a które z nich pojawiły się bądź nasiliły się w wyniku procesu chorobowego. Jednak dzięki danym z obserwacji, z testów psychologicznych, z rozmów z pacjentami i ich rodzinami ustalono pewne cechy charakteryzujące anorektyków. Trzeba tutaj zaznaczyć, że jest to tendencja, a nie reguła,

dlatego też nie wszystkie chore osoby można opisać za pomocą tego typu cech (Ziółkowska, 2001).

Siek (1982, za: Joško, Kamecka-Krupa, 2007) wskazuje na typ osobowości anankastycznej u chorych z zaburzeniami łaknienia. Są to osoby nadmiernie sztywne, okazujące upór i perfekcjonistycznie dążące do obranego celu, którym pośrednio mogą być ćwiczenia fizyczne i ograniczanie spożywanego pokarmu. Głodówka to kara, którą wymierza sobie anorektyczka za niezadowolające i subiektywnie wyolbrzymione rozmiary i ciężar swojego ciała. Z tego też powodu jadłowstręt psychiczny jest zaliczany do zachowań autodestruktywnych. Suchańska (2000) twierdzi, że ma to związek z regresją do punktów fiksacji w przeszłości, która, poza samokaraniem, może objawiać się stanami depresyjnymi, lękowymi czy rozszczepieniem tożsamości. Pogląd ten wywodzi się z orientacji psychodynamicznej zakładającej analizę okresu adolescencji w odniesieniu do wcześniejszych faz rozwojowych człowieka. Co więcej, Suchańska pisze, że osobowościowe korelaty anoreksji częściowo pokrywają się z korelatami autodestrukcyjności oraz z cechami ludzi z tendencjami samobójczymi. Zalicza do nich pierwsze sześć korelatów z wymienionych niżej cech anorektyczki - opisanych przez Wolską (1999):

- niskie poczucie własnej skuteczności oraz poczucie niskiej wartości,
- trudności w kontaktach z rówieśnikami,
- trudności w akceptowaniu siebie, zwłaszcza swojego wyglądu,
- nierealistyczny obraz własnego ciała,
- zależność emocjonalna od rodziców, wyrażająca się m.in. w małej samodzielności, silnej potrzebie akceptacji z ich strony,
- „matowość” nastroju, przygaszenie,
- skłonności perfekcjonistyczne,
- szeroko rozumiane poczucie odpowiedzialności,
- solidność, obowiązkowość, pilność,
- wysokie ambicje i nasiloną potrzebą sukcesu oraz kontroli,
- skłonność do podporządkowywania się innym, posłuszeństwo.

Powyższe cechy charakteryzują osobę, która czuje się bezwartościowa. Stawia sobie coraz większe wymagania i dąży do samoidealizacji. Według Horney (1978, za: Ziółkowska, 2001) jest to neurotyk, który w ten sposób próbuje poradzić sobie z lękiem wtórnym. Już w dzieciństwie taka osoba ma silną potrzebę osiągnięć. W szkole jest prymusem. Stara się być dokładna, obowiązkowa i sumienna. Za wszelką cenę chce osiągnąć sukces, ale ostatecznie

nigdy nie jest z siebie zadowolona i pomniejsza swoje osiągnięcia. Wolska (1999) pisze, że są to osoby wszechstronnie uzdolnione i inteligentne. Natomiast Rajewski i Talarczyk-Więckowska (1996) nie potwierdzają tego w swoich badaniach. Według nich 62% pacjentek z anoreksją ma przeciętny poziom inteligencji. Niezależnie od tego osoby te charakteryzuje wysoki poziom aspiracji i pracowitość. Przy tym ciągle obawiają się niepowodzeń i mają zaniżoną samoocenę. Z jednej strony są zewnątrzsterowne i starają się jak najlepiej spełniać oczekiwania otoczenia, z drugiej strony są lękliwe, podejrzliwe i nie ufają innym ludziom (Joško, Kamecka-Krupa, 2007). Ostatecznie ciężko jest określić jakim konkretnie typem osobowości jest pacjentka z anoreksją. Według Mikołajczyk i Samochowiec (2004) są to najczęściej osoby, z zaburzeniami osobowości z cechami lękowymi (osobowość obsesyjno-kompulsyjna, unikająca) i z zaburzeniami emocjonalnymi (osobowość histrioniczna, typu borderline). Jednak znacznie częściej badacze opisują anorektyczki w kategoriach specyficznych cech osobowości, takich jak: neurotyczność, perfekcjonizm czy słabe ukierunkowanie charakteru, niż dookreślając ich typ osobowości. Podobnego zdania są Kozak i Kozak (2003, s. 123), którzy porównali wyniki anorektyczek i ich zdrowych rówieśniczek, uzyskane na podstawie badań własnych Testem Przymiotnikowym ACL. Stwierdzili, że pacjentki z jadłowstrętem charakteryzuje: *niższa samoocena, krytycyzm i surowsza ocena siebie, wątpliwość w swoje możliwości, większe trudności adaptacyjne, mniejsze zaufanie do siebie, większy lęk przed bliskością i kontaktami z innymi ludźmi, unikanie konfliktów i częstsze uleganie innym ludziom, tendencje do przyjmowania postawy obronnej, mniejsza odporność na stres i trudności życia codziennego*. Brytek-Matera i Charzyńska (2008) potwierdzają w swoich badaniach, że chore na jadłowstręt psychiczny stosują mało skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem oraz niedojrzałe mechanizmy obronne (zaprzeczanie, projekcja, regresja, intelektualizacja, sublimacja). Mogłoby się wydawać, że planowanie, dodatkowo korelujące z perfekcjonizmem, sprzyja w radzeniu sobie ze stresem. Jednak anorektyczki cechuje obsesyjna dokładność, co w konsekwencji prowadzi do dezorganizacji zachowania. Chore częściej próbują radzić sobie ze stresem poprzez stosowanie używek zamiast poszukiwać wsparcia społecznego i emocjonalnego. Warto także dodać, że obok czynników psychologicznych, warunkujących podatność na stres, znajdują się determinanty biologiczne. Miller, Redlich i Steiner (2003, za: Mroczkowska, Ziółkowska, Cwojdzńska; 2007) wskazują na zaburzoną fizjologię stresu, a dokładniej na nieprawidłowy cykl reakcji na stres jako istotny czynnik zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia jadłowstrętu psychicznego. Do tego typu czynników biologicznych można także zaliczyć: anomalie genowe, odpowiedzialne za przekąźnictwo dopaminy i serotoniny, wadliwe funkcjonowanie

ośrodków głodu i sytości w podwzgórzu oraz nieprawidłowe funkcjonowanie w obszarze płatów czołowych (Mroczkowska, Ziółkowska, Cwojdzńska; 2007).

Poza specyfiką funkcjonowania psychicznego i fizjologicznego jednostki o zwiększonym ryzyku wystąpienia zaburzeń odżywiania, należy zwrócić uwagę na trudności związane z okresem adolescencji. Można przypuszczać, że duże zmiany fizyczne, emocjonalne, poznawcze i społeczne wpływają na wzrost zachorowalności wśród nastolatków. Kowalczyk (2008) podkreśla, że szybki przyrost masy ciała czy dysproporcje sylwetki w okresie dojrzewania przyczyniają się do nadmiernej koncentracji na wazeniu i mierzeniu się oraz stosowaniu diet odchudzających. Poza tym objawy anorektyczne mogą symbolizować tzw. infantylnizm dziecięcy, czyli odraczenie wchodzenia w okres dorosłości. Również takie czynniki jak sprzeczki, nieporozumienia adolescentów z rówieśnikami, kłótnie z rodzicami oraz doświadczenia traumatyczne, np. nadużycia seksualnego, czy pojawienie się dodatkowych chorób, mogą predysponować do rozwoju anoreksji, w zależności od indywidualnej wrażliwości osoby.

Davis (1997; za: Mroczkowska, Ziółkowska, Cwojdzńska; 2007) podaje, że niektórzy badacze, zmiany biologiczne i somatyczne w zaburzeniach odżywiania, przypisują wyniszczeniu organizmu. Natomiast przyczyn upatrują w nieprawidłowościach w sferze poznawczej i emocjonalnej. Zależności te jednak nie są ostatecznie zweryfikowane. W związku z tym przyjmuje się, że wymienione czynniki mogą stanowić początek choroby, przyspieszać ją bądź zaostczać jej przebieg.

1.5. Analiza Syndromu Gotowości Anorektycznej

Badania nad Syndromem Gotowości Anorektycznej rozpoczęła Ziółkowska w 1996 roku. Zastanawiając się w jaki sposób można uzasadnić podatność pewnej części populacji na poszczególne czynniki warunkujące jadłowstręt psychiczny, Ziółkowska wprowadziła do terminologii psychologicznej pojęcie Syndromu Gotowości Anorektycznej (SGA). Pokrewne temu pojęciu są takie terminy jak: pogotowie anorektyczne, poziom gotowości anorektycznej, zachowania anorektyczne. Ziółkowska (2001, s. 89) definiuje ten konstrukt jako *zespół objawów nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała, uwarunkowany psychologicznie, społecznie i kulturowo.*

Wskaźnikami diagnostycznymi dla tego syndromu są wymienione przez Ziółkowską (2001) zachowania anorektyczne:

- liczenie kalorii spożywanych posiłków, znajomość wartości kalorycznych produktów pokarmowych,
- rosnąca okresowo aktywność ruchowa,
- zaabsorbowanie własnym ciałem, przesadna dbałość o wygląd oraz porównywanie się ze współczesnymi ideałami kobiecej urody,
- skłonność do kontrolowania masy i wymiarów ciała, czemu może towarzyszyć napięcie emocjonalne,
- tendencja do przeceniania wymiarów własnego ciała i wagi,
- skłonność do rywalizacji, potrzeba perfekcjonizmu oraz konieczność kontroli,
- podatność na wpływy kultury masowej,
- labilność emocjonalna uwarunkowana głównie stosunkiem do jedzenia i ciała.

Zachowania te również występują w przypadku anoreksji, jednak ze zwiększonym nasileniem i częstotliwością. Biorąc pod uwagę Syndrom Gotowości Anorektycznej ujawniają się one okazjonalnie, często w czasie przeżywania aktualnie trudnej sytuacji życiowej i związanego z nią podwyższonego stresu oraz obniżonego nastroju. Tego rodzaju zachowania anorektyczne występują w różnym stopniu w zależności od indywidualnej podatności osoby zwanej *poziomem gotowości anorektycznej* (PGA).

Ziółkowska (2001) wskazuje na istotę wyróżnienia konstruktów Syndromu Gotowości Anorektycznej spośród specyficznych i niespecyficznych zaburzeń łaknienia ze względu na bardziej precyzyjnie określone symptomy i etiologię. Według autorki do najważniejszych determinantów wpływających na pojawienie się zachowań anorektycznych, najczęściej u dojrzewających dziewcząt, można zaliczyć: (a) zaburzone relacje w rodzinie, (b) nieprawidłową percepcję własnego ciała, (c) podatność na wpływ kultury masowej, szczególnie w okresie adolescencji oraz (d) mało efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Zatem rozpoznawanie Syndromu Gotowości Anorektycznej wśród adolescentów odgrywa ważną rolę szczególnie w działaniach profilaktycznych zapobiegających eskalacji objawów jadłowstrętu psychicznego. Pogłębiając ten problem, Ziółkowska (2001) podjęła próbę rozróżnienia anoreksji od jej „stadium przedchorobowego” – Syndromu Gotowości Anorektycznej, biorąc pod uwagę: psychologiczne, fizjologiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka. Różnice te przedstawia tabela 2 (Ziółkowska, 2001, s.92-94).

Tab. 2. Różnice pomiędzy objawami SGA a anorexia nervosa (źródło: Ziółkowska, 2001).

	SYNDROM GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ	ANOREXIA NERVOSA
Psyche		
Samoocena	- zaniżona, ale głównie w wybranej sferze życia - zazwyczaj nierealistyczna - poczucie winy ze względu na niepowodzenia i porażki	- zaniżona, zazwyczaj we wszystkich sferach funkcjonowania - nierealistyczna, uzależniona od sprawowania nad sobą kontroli - lęk przed niepowodzeniem (wysokie aspiracje zwiększają ryzyko niepowodzenia)
Poczucie własnej atrakcyjności	- nieadekwatna ocena własnej atrakcyjności - przecenianie roli atrakcyjności fizycznej	- spadek wagi poprawia ocenę atrakcyjności fizycznej - subiektywna niemożność osiągnięcia idealnego wyglądu
Perfekcjonizm i wytrwałość	- zaznacza się tylko w niektórych formach aktywności - znaczna potrzeba kontroli jest podstawą dla rozwijającej się wytrwałości	- są widoczne we wszystkich dziedzinach życia jednocześnie - perfekcjonizm może mieć charakter kompulsywny, obsesyjny
Stosunek do jedzenia	- nieprawidłowy (diety, celebrowanie posiłków, chaos w zaspokajaniu potrzeby pokarmowej, itp.) - zmiany w nawykach żywieniowych wynikające z czynników: zewnętrznych (np. dieta matki) lub wewnętrznych (np. choroba somatyczna)	- zaburzony - jedzenie budzi skrajne emocje negatywne - jedzenie oznacza utratę kontroli
Emocje i nastroje	- przewaga nastroju przygnębienia i niezadowolenia z siebie - chwilowa poprawa nastroju ze względu na plan zwiększenia kontroli nad sobą	- labilność emocjonalna - utrata samokontroli powoduje większą zmienność nastrojów (euforia z depresją na przemian)
Soma		
Waga i wymiary ciała	- waga w normie lub powyżej normy dla wieku i wzrostu - tendencja do nadmiernego skupiania się na własnej wadze i kształtach ciała - porównywanie się z modelkami i aktorkami i in.	- niska waga odbiegająca od minimalnych norm dla wieku i wzrostu - skłonność do przeceniania wagi i wymiarów ciała - duża dokładność przy ocenie wymiarów innych obiektów
Polis		
Relacje w systemie rodzinnym	- nieprawidłowe (kontakt jest zbyt bliski lub zbyt odległy)	- zaburzone (np.: z uwagi na podział ról, wikłanie dziecka w problemy małżeńskie, nadmierna kontrola dziecka lub nadopiekuńczość) - choroba dziecka pozornie poprawia stosunki małżeńskie
Podatność na wpływ reklamy	- wybiórcza podatność na wpływ reklamy (głównie wizualnej) - porównywanie się do współczesnych ideałów kobiecej urody promowanej w mediach	- zwiększona sugestywność na reklamę wizualną związaną z wyglądem (np. preparaty odchudzające, przyrządy gimnastyczne) - kompulsywne dążenie do ideałów kobiecej urody w mediach

Analizując dotychczas przedstawione treści, można wnioskować o istotnych różnicach, zarówno ilościowych jak i jakościowych, pomiędzy symptomami anoreksji a gotowości anorektycznej. Anoreksji towarzyszy labilność emocjonalna oraz pobudzenie psychofizyczne, natomiast w stadium poprzedzającym chorobę zaznacza się wyraźnie nastrój depresyjny, niezadowolenie z własnego ciała oraz niechęć do działania. Dopiero zrzucenie kilku kilogramów powoduje poprawę nastroju, wzmożoną aktywność oraz wzrost samokontroli.

Z badań Ziółkowskiej (2001) nad SGA wynika, że największe natężenie zachowań anorektycznych występuje w zakresie ograniczania jedzenia powiązanego z wpływem reklamy oraz z emocjami uzależnionymi od jedzenia. Podobne wnioski wyciągnęły Chytra-Gędek i Kobierecka (2008) ze swoich badań nad gotowością anorektyczną u dziewcząt i młodych kobiet. Spośród przebadanych osób 6,5% ujawniło podwyższoną gotowość anorektyczną, przy czym najsilniej w przypisywaniu nadmiernie pozytywnego znaczenia szczupłej sylwetce. Tu także okazało się, że tło społeczno-kulturowe ma istotne znaczenie w rozwoju anoreksji. Poza tym wyniki wskazują, że obniża się granica wieku w zakresie dążenia do szczupłości, a młodsze osoby częściej stosują niebezpieczne dla zdrowia metody zapobiegające przyrostowi wagi. W rozumieniu autorek przytoczonych badań, gotowość anorektyczna to *kontrolowanie ilości i jakości spożywanego jedzenia, koncentracja na masie ciała i własnym wyglądzie, dążenie do utraty wagi, przekonanie o społecznym pożądaniu szczupłości kobiet, obawa przed przybraniem na wadze oraz zadowolenie z powodu utraty wagi* (Chytra-Gędek i Kobierecka, 2008, s.9). Definicja ta jest jakby rozszerzeniem wcześniej przytoczonej definicji Ziółkowskiej.

Na rozmiar problemu jakim jest anoreksja oraz gotowość anorektyczna wskazują także badania Chalcarz, Musieł i Koniuszuk (2008) dotyczące oceny zachowań anorektycznych tancerek w zależności od poziomu syndromu gotowości anorektycznej oraz badania Chalcarz, Radzimirskiej-Graczyk i Surosz (2009) porównujące zachowania anorektyczne gimnazjalistek ze szkół sportowych i niesportowych. Zarówno grupa badanych tancerek oraz uczennic klas o profilach sportowych charakteryzują się wyższym poziomem gotowości anorektycznej niż ich rówieśnicy z klas o profilach nie związanych ze sportem. Zatem nie tylko tancerze i sportowcy zawodowi są grupami narażonymi na anoreksję. Istotna jest profilaktyka i edukacja z zakresu żywienia we wcześniejszym wieku rozwojowym. Obserwowany wzrost zachowań anorektycznych, a tym samym wzrost poziomu syndromu gotowości anorektycznej, wskazuje na konieczność objęcia opieką młodzieży programami profilaktycznymi, które zaangażują zarówno pedagogów, psychologów jak i rodziców.

Rozdział 2. Psychologiczne ujęcie postaw rodzicielskich

Rodzina jest podstawowym, naturalnym środowiskiem biologicznym, społecznym oraz duchowym, w którym rozwija się człowiek. Rodzice są osobami, które mają znaczący wpływ na kształtowanie się osobowości dziecka. To od nich jest zależne w jaki sposób dziecko rozwija funkcje poznawcze, dojrzałość społeczną i emocjonalną, jakie ma osiągnięcia szkolne, samoocenę, stosunek do grupy rówieśniczej lub w jaki sposób będzie pełniło rolę rodzica w przyszłości (Lenarczyk, 2001). Najogólniej ujmując rodzina powinna zaspokajać podstawowe potrzeby dziecka, zarówno fizjologiczne, jak i psychologiczne. Jednak współcześnie życie rodzinne uległo znacznym przekształceniom. Rodzina, dostosowując się do obecnych warunków, ciągle zmienia swoje funkcje, strukturę społeczną czy ekonomiczne podstawy funkcjonowania. Jest otwartym, systemem, który oddziałuje na środowisko i podlega jego wpływom. Co więcej, elastyczne, ale jasno wyznaczone granice pomiędzy podsystemami powinny umożliwić jej prawidłowe funkcjonowanie (Niesiobędzka, 2004).

Rodzice poprzez swoje zachowanie, oceny i postawy w sposób świadomy i zamierzony bądź nieświadomy warunkują rozwój dziecka. W związku z tym oddziaływania wychowawcze mogą nieść wartości pozytywne, ale także zagrożenia. Ma to ściśle powiązanie z właściwymi i niewłaściwymi postawami rodzicielskimi, które pociągają za sobą różne następstwa. Bardziej szczegółowo problematyka postaw rodzicielskich zostanie opisana w poniższych paragrafach.

2.1. Definicja postawy rodzicielskiej

Zanim zostanie zdefiniowany termin *postawa rodzicielska*, należy określić czym jest *postawa*. Z psychologicznego punktu widzenia, Cattell i Morgan ujmują postawę jako *tendencję do zachowania się w specyficzny sposób wobec jakiejś osoby, sytuacji czy problemu, czyli ogólniej mówiąc jakiegoś przedmiotu, na który jest skierowana* (Ziemska, 1973, s.31-32). Bardziej sprecyzowaną definicję podaje Mądrzycki (1977). Według niego postawa jest to *względnie stała i zgodna organizacja poznawcza, uczuciowo-motywacyjna i behawioralna podmiotu, związana z określonym przedmiotem czy klasą przedmiotów* (Mądrzycki, 1977, s. 18). Zatem jest to pewien mechanizm regulujący zachowanie człowieka, który łączy w sobie elementy poznawcze, emocjonalne i motywacyjne oraz pozwala na ustosunkowanie się do otaczającej rzeczywistości. Adekwatnie postawa rodzicielska to *nabyta, struktura poznawczo-dążeńiowo-afektywna, ukierunkowująca zachowanie się rodziców wobec dziecka* (Ziemska, 1973, s. 33). To specyficzny, względnie utrwalony sposób werbalnego i niewerbalnego zachowania matki lub ojca w stosunku do dziecka, odczuwania go i myślenia o nim. Struktura ta składa się z trzech komponentów: myślowego (objawia się w formie poglądu na dziecko, oceny jego zachowania się), uczuciowo-motywacyjnego (odzwierciedla się w wypowiedzi) i działania (wyraża się w zachowaniu wobec przedmiotu sprawy). Ziemska (1973) przyjmuje, że najważniejszym z nich jest nastawienie emocjonalne, które wyraża się w każdego rodzaju ekspresji względem dziecka, towarzyszy wypowiedziom i zachowaniom rodziców. Relacja rodzic – dziecko jest oparta na uczuciach, które w znacznym stopniu decydują o powodzeniu działań wychowawczych. Podobnie definiuje postawę rodzicielską Rembowski (1972, s. 55) jako *całościową formę ustosunkowania się rodziców (osobno matki, osobno ojca) do dzieci, do techniki oddziaływania, do zagadnień wychowawczych itp., ukształtowanych podczas pełnienia funkcji rodzicielskich lub też gotowość do charakterystycznych zachowań i działań rodziców względem własnych dzieci*. Podkreśla, że przedmiotem postawy rodzicielskiej jest dziecko oraz cały proces wychowawczy i pełnienie ról rodzicielskich, zaś podmiotem postawy są matka i ojciec (Plopa, 2008).

Postawy rodzicielskie, w odróżnieniu od innych właściwości osobowych, są trwałe i lepiej bądź gorzej zorganizowane. Różnią się kierunkiem i siłą oraz dzielą się na pozytywne i negatywne. Postawy pozytywne to działanie na korzyść dziecka, zaangażowanie w jego sprawy oraz twórcze i dynamiczne postępowanie wobec niego. Postawy negatywne mogą wyrażać się poprzez zaniechywanie dziecka, stosowanie kar fizycznych, ośmieszanie go bądź

unikanie kontaktu z nim (Plopa, 2008). Braun-Gałkowska (2007) podkreśla jednak, że lepiej jest określać niedomiar, nadmiar i umiar w obrębie poszczególnych wymiarów niż klasyfikować postawy jako skrajnie negatywne lub pozytywne. W ten sposób można przedstawić kontinuum wymiaru, w który wpisuje się dana postawa rodzicielska. W literaturze przedmiotu nazywa się to elastycznością, dzięki której postawy rodziców mogą dostosowywać się do wieku dziecka i indywidualnych sytuacji (Plopa, 2008). W zależności o fazy rozwojowej dziecka, zmienia się jego forma i proporcja kontaktu fizycznego oraz psychicznego z rodzicami. Jeśli rodzice nie są w stanie dostosować swoich postaw i wymagań do możliwości i wieku dziecka, może to prowadzić do wywiązania się sytuacji konfliktowych, które przyczyniają się do zaburzeń w zachowaniu, a także do nieodwracalnych deformacji w rozwoju osobowości dziecka (w przypadku przedłużania się tego typu sytuacji). Przykładowo, jest to zauważalne, gdy rodzice nie potrafią zmodyfikować swojej postawy w wymiarze stopnia i formy swobody oraz dozoru względem dorastającego dziecka (Ziemska, 1973).

Zdarza się, że terminu *postawa rodzicielska* używa się zamiennie z pojęciem *miłość rodzicielska*. Ziemska (1986) jednak przestrzega przed stosowaniem zamiennie tych terminów w literaturze naukowej, gdyż pojęcie *miłości rodzicielskiej* nie jest jednoznaczne i jasno sprecyzowane. Mimo tego nie wyklucza się, że dojrzała miłość rodzicielska, wyrażająca się w prawidłowych postawach, przejawia się w lepszym rozumieniu i respektowaniu potrzeb dziecka.

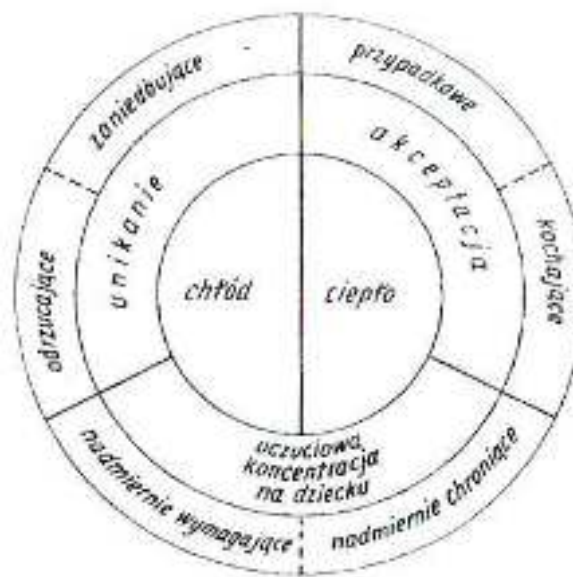
2.2. Wybrane psychologiczne koncepcje postaw rodzicielskich

Jednym z pierwszych badaczy, który podjął próbę wyszczególnienia różnych typów postaw rodzicielskich, był Levy. W latach trzydziestych XX w. analizował on postawę nadmiernej opiekuńczości u matek (Ziemska, 1973). Od tego czasu powstało wiele typologii postaw rodzicielskich. Jednak zauważa się pomiędzy nimi rozbieżności, które wynikają z różnych stanowisk teoretycznych przyjmowanych przez poszczególnych badaczy. Zamieszanie stanowi także nazewnictwo. Zdarza się, że te same konstrukty występują pod odmiennymi nazwami albo różne pod tą samą. Niemniej, analizując typologie proponowane przez polskich i zagranicznych autorów, można stwierdzić, że postawy rodzicielskie wyrażają się w kilku podstawowych wymiarach. Należą do nich: akceptacja, odrzucenie, autonomia, nadmierne ochranianie, nadmierne wymaganie i niekonsekwencja (Widelak, 2001). Bardziej

szczegółowo problematyka postaw rodzicielskich zostanie wyjaśniona w niniejszym podrozdziale na przykładzie typologii autorstwa Roe, Ziemskiej, Braun-Gałkowskiej i Plopy.

2.2.1. Roe typologia postaw rodzicielskich

W 1957 roku został opublikowany model Roe, dotyczący zachowania rodzicielskiego, w oparciu o dane uzyskane z analiz klinicznych. Model ten przedstawiono na poniższym rysunku (rys. 5). Zawiera on graficzne rozmieszczenie jedenastu pojęć, wyrażających stosunek rodziców do dzieci, zgodnie z ich kierunkiem powiązań (Ziemska, 1973).



Rys. 5. Model zachowania rodzicielskiego wg Roe (1957, za: Ziemska, 1973).

Dwie główne postawy rodzicielskie, znajdujące się w centrum modelu to postawa ciepła i postawa chłodu. Pierwsza z nich ściśle wiąże się z akceptacją, którą rozpatrujemy na dwóch płaszczyznach: akceptacji pełnej – kochającej lub akceptacji okazjonalnej, sporadycznej – przypadkowej. Zaś druga postawa – chłodu łączy się z unikaniem dziecka bądź poprzez zaniebwanie go, bądź całkowite odrzucanie. Obok akceptacji i unikania znajduje się koncentracja uczuciowa na dziecku, która ma powiązanie zarówno z postawą ciepłą, jak i z postawą chłodu. Zachowanie nadmiernie chroniące dziecko jest uwarunkowane ciepłą postawą rodzicielską w połączeniu z koncentracją uczuciową na nim. Natomiast przy postawie chłodu nadmierna koncentracja skutkuje nadmiernymi wymaganiami rodzica wobec dziecka (Ziemska, 1973). Tym sposobem Roe wyodrębniła sześć głównych typów zachowań

rodzicielskich, będących odzwierciedleniem ich stosunku emocjonalnego do dzieci. Według autorki są to:

- akceptacja przypadkowa (zachowania mające charakter dorywczy),
- akceptacja kochająca,
- koncentracja nadmiernie chroniąca (opiekuńcza),
- koncentracja nadmiernie wymagająca,
- unikanie odtrącające,
- unikanie zaniedbujące (Ziemska, 1973).

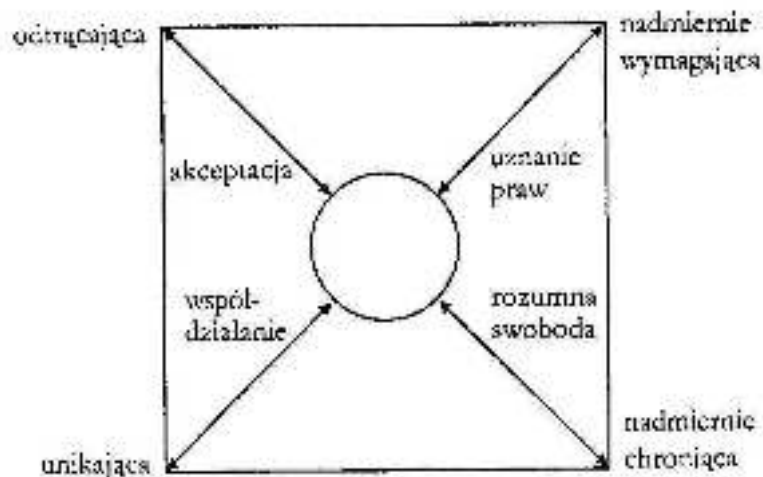
Istnieją jednak pewne zastrzeżenia co do modelu Roe. W zasadzie tylko jedna z wymienionych postaw rodzicielskich – akceptacja kochająca, jest zachowaniem pożądanym wychowawczo, opartym na ciepłe i akceptacji w stosunku do dziecka (Ziemska, 1973). Nie jest to zatem pełna typologia, gdyż Roe skupiła się na negatywnym odniesieniu rodziców do dzieci, pomijając prawidłowe więzi rodzinne.

2.2.2. Ziemskiej typologia postaw rodzicielskich

Najczęściej cytowaną typologią postaw rodzicielskich w polskiej literaturze jest typologia Ziemskiej, która określa zarówno postawy prawidłowe, jak i nieprawidłowe. Jest to istotne z punktu widzenia diagnostyki i pracy terapeutycznej. Dzięki poszerzeniu wachlarza postaw właściwych (w stosunku do wówczas istniejących typologii), rodzina zyskała więcej alternatyw dla poprawy relacji dziecko-rodzic. Tak więc w typologii Ziemskiej (1973) każda prawidłowa postawa rodzicielska odpowiada postawie niewłaściwej:

- akceptacji odpowiada odrzucenie,
- współdziałaniu – unikanie,
- rozumnej swobodzie – nadmierne ochranianie,
- uznawaniu praw – nadmierne wymagania.

Graficzny model tych postaw został przedstawiony na rysunku 6.



Rys. 6. Model typologii postaw rodzicielskich właściwych i niewłaściwych (źródło: Ziemska, 1973).

Wierzchołkom kwadratu odpowiadają nieprawidłowe postawy rodzicielskie: nadmierna ochrona, nadmierne wymagania, odrzucanie dziecka i unikanie z nim kontaktu. Tego typu postawy wynikają z wadliwych form kontaktu z dzieckiem, do których Ziemska (1973) zalicza: nadmierną koncentrację uczuciową lub nadmierny dystans i dominację bądź uległość. Natomiast główne typy właściwych postaw znajdują się na obwodzie koła, ponieważ współwystępują ze sobą. *Rodzic, który akceptuje swoje dziecko, zarówno z nim współdziała, darzy je zaufaniem i swobodą oraz uznaje jego prawa i miejsce w rodzinie bez przeceniania czy niedoceniania jego roli* (Ziemska, 1986, s. 182). Rozwinięcie tej myśli znajdzie się poniżej w bardziej precyzyjnym opisie poszczególnych postaw rodzicielskich, zgodnie z koncepcją Ziemskiej.

Jedną z właściwych postaw jest akceptacja dziecka, która ma swoje źródło w dobrych relacjach w rodzinie, przyczyniających się do pozytywnej atmosfery panującej w domu. Postawa ta oznacza, że rodzice przyjmują go takim, jakim jest, z jego cechami fizycznymi i psychicznymi, zaletami i wadami. Rodzice akceptujący swoje dziecko starają się zaspokajać jego potrzeby i zgadzają się na jego niezależność. Jawnie okazują swoje uczucia wobec dziecka oraz są zainteresowani jego postępami szkolnymi, stosunkami z rówieśnikami czy planami na przyszłość. W przypadku złego zachowania dziecka, rodzice akceptujący nie skrytykują go, ale potępiają jego nieodpowiednie zachowanie. Zatem nie jest to bezkrytyczne podejście do oddziaływań wychowawczych wobec dziecka (Bochniarz, 2011). Na przeciwnym biegunie tego samego wymiaru jest nieprawidłowy odpowiednik akceptacji – odrzucanie dziecka, które związane jest z nadmiernym dystansem uczuciowym i dominacją

rodziców. Rodzic, który odrzuca swoje dziecko ciągle demonstruje negatywne uczucia wobec niego. Daje mu odczuć, że jest dla niego ciężarem i unika życzliwego, ciepłego kontaktu z nim. Ma podejście dyktatorskie w stosunku do dziecka, ocenia go surowo oraz często krytykuje. Dziecko, które na każdym kroku spotyka się z zakazami i nakazami rodziców, ich rozczarowaniem oraz dezaprobatą, nie będzie w stanie wykształcić prawidłowej samooceny, gdyż czuje się jako ktoś zbędny (Ziemska, 1986).

Kolejną z prawidłowych postaw jest współdziałanie z dzieckiem. Świadczy o niej zaangażowanie w sprawy dziecka, zainteresowanie jego zabawą i obowiązkami, ale nie w sposób natarczywy. W takiej relacji dziecko wie, że zawsze może liczyć na swoich rodziców. Podobnie, kiedy matka i ojciec angażują dziecko w domowe sprawy, dają mu do zrozumienia, że darzą go zaufaniem. Przy czym istotną kwestią jest umiejętność dostosowania form współdziałania do wieku dziecka i jego potrzeb rozwojowych. Przeciwnością współdziałania jest w typologii Ziemskiej unikanie (1986). Jest to stosunek bierności, a nawet uległości rodziców do dziecka wraz z nadmiernym dystansem uczuciowym. W takiej rodzinie dziecko schodzi na dalszy plan, gdyż rodzice zajmują się własnymi sprawami, są obojętni, ignorują potrzeby dziecka. Brak odpowiedzialności za dziecko oraz bardzo słaby kontakt uczuciowy może skutkować trudnościami dziecka w nawiązywaniu trwałych, opartych na zaufaniu, relacji z innymi ludźmi (Bochniarz, 2011).

Postawa, która ewoluje wraz z przechodzeniem dziecka do kolejnych faz rozwojowych, to postawa rozumnej swobody. Ważną rolę odgrywa tutaj wzajemne zaufanie. Rodzice dają szansę dziecku na własną inicjatywę i aktywność, a jednocześnie potrafią zadbać o jego zdrowie i bezpieczeństwo, zarówno na poziomie fizycznym, jak i emocjonalnym. W ten sposób są obiektywni i zachowują autorytet u dziecka (Ziemska, 1986). Natomiast rodzicielstwo oparte na przesadnej trosce, nadmiernej koncentracji i uległości wobec dziecka ma charakter nieprawidłowej postawy – nadmiernie chroniącej. Rodzice, nie chcąc narażać dziecko na niepowodzenia, wyręczają go i rozwiązują jego problemy. Starają się utrzymywać z nim bliski kontakt oraz kontrolują jego stosunki społeczne z rówieśnikami. Z jednej strony chcą dla niego jak najlepiej – rozpieszczają go, ale z drugiej strony obawiają się o jego bezpieczeństwo i przez to ograniczają jego swobodę oraz samodzielność (Ziemska, 1986).

Ostatnią z właściwych postaw, wymienionych przez Ziemską (1986), jest uznawanie praw dziecka. Rodzice, którzy wykazują taką postawę traktują dziecko na równi z innymi oraz zgadzają się na jego aktywne współuczestnictwo w życiu rodzinnym. Pozwalają mu podejmować decyzje, ucząc przy tym odpowiedzialności za własne czyny. W takiej rodzinie

dziecko jest świadome swoich praw i obowiązków. Poprzez stworzenie tego typu warunków rodzice stymulują rozwój dziecka. Odwrotnie jest w przypadku postawy nadmiernie wymagającej, która wynika z dominacji oraz nadmiernej koncentracji na dziecku. Rodzice, chcąc mieć idealne dziecko (według swojego uznania), stawiają mu wygórowane wymagania – nieadekwatne do jego możliwości oraz narzucają mu własne zdanie. Nie liczą się z indywidualnością dziecka, ograniczają jego swobodę, a wszelkie próby sprzeciwu wiążą się z sankcjami wobec dziecka (Ziemska, 1986). Postawa nadmiernie wymagająca może przyczynić się do powstania u dziecka zaburzeń na tle nerwowym (Bochniarz, 2011).

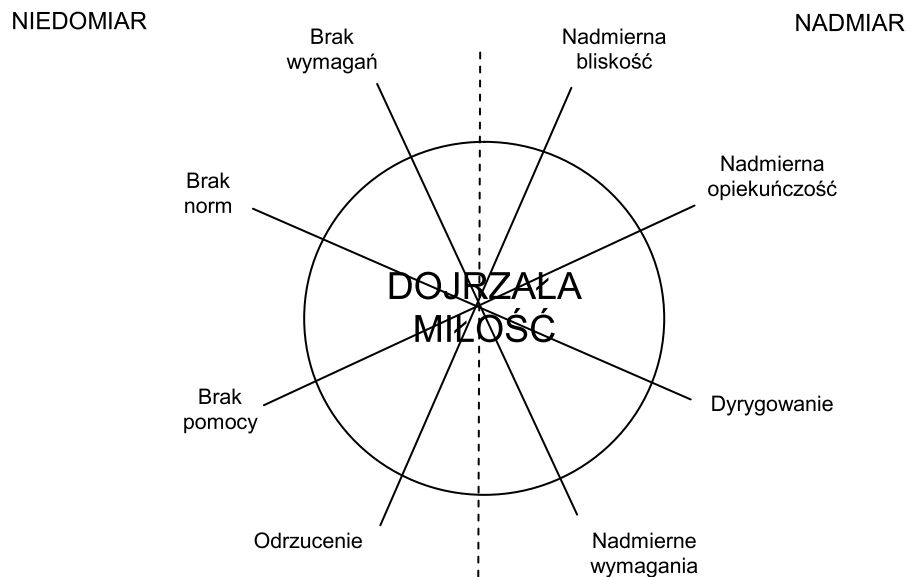
Podsumowując, warto dodać, że postawy rodzicielskie zazwyczaj nie są jednorodne. W stosunku do jednego dziecka rodzice mogą być nadmiernie wymagający, a do drugiego odnoszą się z pełną akceptacją. Wydaje się, że w najtrudniejszej sytuacji są dzieci unikane bądź odrzucane przez rodziców.

2.2.3. Braun-Gałkowskiej typologia postaw rodzicielskich

Model opracowany przez Braun-Gałkowską (2007) jest zbliżony do typologii Ziemskiej. Autorka podkreśla jednak, że najlepsza jest arystotelesowska zasada złotego środka. Oznacza to, że prawidłowymi postawami są te, które mieszczą się w środku kontinuum. Jedno z zasadniczych pytań, jakie zadała sobie Braun-Gałkowska podczas realizacji swojego projektu to: *czy postawa korzystna w miarę wzrostu jej nasilenia nie przeradza się w niekorzystną?* W ten sposób doszła do wniosku, że skrajne postawy charakteryzują się z jednej strony niedomiarem, a z drugiej nadmiarem. Są to:

- *odrzućenie, obcość – nadmierna bliskość, lepkość emocjonalna;*
- *brak pomocy i opieki – nadmierna opiekuńczość;*
- *brak norm, zupełna swoboda – dyrygowanie, nadmierne zarządzanie;*
- *całkowity brak wymagań – nadmierne wymagania* (Braun-Gałkowska, 2007, s. 29).

Zatem prawidłowa postawa rodzicielska charakteryzuje się właściwym umiarem i powinna lokować się w obszarze centrum wyżej wymienionych wymiarów. Taki zabieg daje możliwość przesuwania się postawy rodzicielskiej w stronę niedomiaru lub nadmiaru, w zależności od wieku rozwojowego dziecka. Do postaw umiarkowanych - prawidłowych należą: *właściwa bliskość, odpowiednia pomoc, rozumna swoboda, stosowne wymagania* (Braun-Gałkowska, 2007, s. 29). Rysunek 7 to graficzny model opracowany przez Braun-Gałkowską, który ukazuje relacje poszczególnych postaw rodzinnych względem siebie.



Rys. 7. Model postaw rodzinnych (źródło: Braun-Gałkowska, 2007).

W środku tego modelu autorka umieściła dojrzałą miłość, ponieważ uważa ją za optymalny punkt wszystkich postaw znajdujących się na obrzeżach. Dojrzała miłość to nie tylko bliskość emocjonalna, ale jest to połączenie bliskości z odpowiednią pomocą, rozumną swobodą oraz odpowiednimi wymaganiami (Braun-Gałkowska, 2007).

Pierwszą z postaw znajdujących się w obrębie dojrzałej miłości jest właściwa bliskość. Określenie *właściwa* oznacza odpowiednio dostosowana do wieku dziecka i indywidualnej sytuacji. Początkowo dziecko potrzebuje bezpośredniej, fizycznej bliskości w postaci dotyku i pieszczot matki. Stopniowo zmniejsza się kontakt fizyczny oraz czas poświęcany dziecku. Rodzice pozwalają na poszerzanie jego kontaktów społecznych oraz zgadzają się na posiadanie przez niego własnych tajemnic. Nie oznacza to jednak, że przestają się nim interesować. Są otwarci na kontakt z nim i chcą dzielić jego radości i problemy. W przypadku, gdy zaczynają ignorować obecność dziecka, nie chcą z nim rozmawiać stosując różne wymówki, pozostawiają go pod opieką innych bądź samo przed komputerem lub telewizorem, wówczas można mówić o niedomiarze w wymiarze bliskości (odrzućenie). Natomiast nadmierna bliskość przejawia się w przytłaczaniu dziecka swoją obecnością oraz bezustannym wyrażaniem uczuć i zazdrością o inne bliskie dziecku osoby (Braun-Gałkowska, 2007).

Kolejną prawidłową postawą wobec dziecka jest odpowiednia pomoc. Noworodek wymaga nieustannej pomocy rodziców, gdyż bez nich nie jest w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb. Natomiast adolescent jest w dużym stopniu usamodzielniony.

Wówczas pomoc rodzicielska może polegać na wspieraniu go w sytuacjach kryzysowych. Rzadko występuje skrajna postawa rodziców o zupełnym braku pomocy. Zdarza się jednak, że opiekunowie nie zaspokajają podstawowych potrzeb dziecka. Nie zwracają uwagi na to, czy jest ono odpowiednio odżywione i ubrane, czy jest zdrowe i jak radzi sobie w szkole. Zupełnym przeciwieństwem jest postawa nadmiernej opiekuńczości, która cechuje się ciągłym wyręczaniem dziecka i likwidowaniem wszelkich niedogodności, które mogłyby mu sprawić trudność (Braun-Gałkowska, 2007).

Jak już wcześniej zostało zasygnalizowane, w skład dojrzałej miłości wchodzi także rozumna swoboda. Jest to w rozsądnym stopniu ograniczona swoboda. Rodzice, którzy znają swoje dziecko i jego dojrzałość psychiczną, potrafią oszacować jaki zakres swobody będzie dla niego odpowiedni. Do ich zadań należy również nauczenie dziecka, że granice jego swobody muszą być zgodne z przyjętymi normami moralnymi. Postawą, która daje dziecku całkowitą swobodę jest brak norm. Rodzice nie zwracając uwagi na to, czy dziecko jest w stanie podjąć za siebie odpowiedzialność, dają mu pełną możliwość decydowania o sposobie wypełniania obowiązków lub spędzania wolnego czasu. W skrajnym przypadku to dziecko zaczyna ustalać reguły panujące w domu i wymaga podporządkowania się rodziców. Natomiast postawa nadmiaru w tym wymiarze to dyrygowanie. Rodzice o takim usposobieniu muszą ciągle kontrolować swoje dziecko. Dotyczy to także decydowania w sprawach błaahych i mało istotnych jak np. sposób ubioru. Są gotowi narzucać prawie dorosłemu dziecku rodzaj przyszłego zawodu lub kandydata na współmałżonka (Braun-Gałkowska, 2007).

Ostatnia z postaw w modelu Braun-Gałkowskiej jest umieszczona na osi wymagania. Pożądane wychowawczo są rozsądne wymagania czyli dostosowane do umiejętności i ograniczeń dziecka oraz jego wieku czy stanu zdrowia. Stopniowe i umiejętne podnoszenie wymagań dziecku przyczynia się do jego prawidłowego rozwoju. Zupełny brak wymagań wiąże się z brakiem motywacji zewnętrznej co skutkuje w trudnościach wypracowania u dziecka jego wewnętrznej motywacji. Dzieje się tak, gdyż rodzice nie zachęcają dziecka do wysiłku, chwalą go za każdą czynność, a złe postępowanie usprawiedliwiają. Na drugim końcu są rodzice, którzy mają wygórowane wymagania. Nie liczą się z rzeczywistymi możliwościami dziecka i przeciążają go dodatkowymi obowiązkami. Często oczekują od dziecka tego, czego im samym nie udało się zrealizować w młodości (Braun-Gałkowska, 2007).

Podsumowując, można stwierdzić, że model postaw rodzinnych jest typologią optymalną, która uwzględnia tzw. *złoty środek*, czyli umiar w poszczególnych wymiarach:

bliskości, pomocy, kierowania i wymaganiach. Postawa rodzicielska jest właściwa wtedy, kiedy jest dostosowana do możliwości i wieku dziecka.

2.2.4. Plopy typologia postaw rodzicielskich

Typologia postaw rodzicielskich autorstwa Plopy opiera się na podstawowych wymiarach, takich jak: akceptacja, odrzucenie, autonomia, nadmierna ochrona, nadmierne wymagania i niekonsekwencja. Analiza dotychczasowych typologii postaw rodzicielskich, utwierdziła autora w przekonaniu, że skoro większość, wyodrębnionych niezależnie czynników, różni się w zasadzie nazwami, to są one realnym odbiciem zachowań rodziców wobec dzieci. Istniejące czynniki postanowił uzupełnić, w oparciu o własne badania, wymiarem postawy niekonsekwentnej (Plopa, 2008). W ten sposób opracował pięć wymiarów postaw rodzicielskich, które zostaną opisane poniżej.

Pierwsza postawa dotyczy akceptacji lub odrzucenia. Rodzic, który akceptuje swoje dziecko potrafi z nim stworzyć partnerską relację, pełną ciepła i zaufania. Dzięki temu dziecko jest otwarte i dzieli się swoimi poglądami, problemami i potrzebami z rodzicem. Podstawą jest tutaj traktowanie dziecka z należną mu godnością i szacunkiem. Natomiast odrzucenie dziecka przejawia się w chłodnej, zdystansowanej relacji. Dziecko jest traktowane instrumentalnie, a czasem ignorowane. Żadna z osób w tej relacji nie czerpie z niej przyjemności. Rodzic ustosunkowuje się do dziecka jak do koniecznego obowiązku. Przy takim podejściu nie jest w stanie zapewnić dziecku podstawowych psychologicznych potrzeb (Plopa, 2008).

Kolejną postawą, wyodrębnioną przez Plope, jest postawa nadmiernie wymagająca. Rodzic z wygórowanymi wymaganiami uważa się za autorytet dziecka i nie przyjmuje żadnych sprzeciwów czy krytyki. Działa sztywno, zgodnie ze swoimi założeniami i nie próbuje nawet zrozumieć, jakie są rzeczywiste potrzeby dziecka. Wymaga od niego perfekcyjnego działania, nie zważając na jego możliwości, a niepowodzenia i zachowania niezgodne z jego oczekiwaniami poddaje sankcjom (Plopa, 2008).

Postawa autonomii w rozumieniu Plopy (2008) opiera się na elastycznych zachowaniach w stosunku do dziecka. Jest ono w większości sprawach samodzielne, ale wie, że w każdej chwili może liczyć na serdeczną pomoc rodziców. Problemy i sytuacje konfliktowe są rozwiązywane wspólnie. Rodzice nie narzucają dziecku swojego zdania i

cenia jego prywatność. Są tolerancyjni wobec jego nowych znajomości oraz szanują jego poglądy, nawet jeśli mają odmienne zdanie na dany temat.

Postawa niekonsekwentna, będąca dopełnieniem dotychczas opracowanych czynników, jest zmiennym nastawieniem rodzica do dziecka. Często jest zależna od samopoczucia i nastroju rodzica. Są momenty, kiedy rodzic jest szczerze zainteresowany sprawami dziecka i w pełni go akceptuje, ale są też takie, gdy reaguje na niego złością i krzykiem oraz ogranicza jego swobodę niezasłużonymi karami. Wówczas dziecko odczuwa brak stabilności, traci zaufanie i dystansuje się emocjonalnie w stosunku do rodzica. Takie oddalenie może przyczynić się do poszukiwania wsparcia w środowisku pozarodzinnym (Plopa, 2008).

Ostatnią jest postawa nadmiernie ochraniająca, wyrażająca się w przesadnej opiece i trosce o dziecko. Wynika z tego, że rodzic nie jest w stanie pogodzić się z faktem dorastania i usamodzielniania się swojego dziecka. Obawia się, że nie będzie ono potrafiło dobrze funkcjonować bez jego wsparcia. Próbuje utrzymać z nim dawną bliskość i chce wiedzieć o wszystkich jego sprawach. W konsekwencji uzyskuje odwrotny efekt, gdyż dziecko zaczyna się buntować i dystansować (Plopa, 2008).

Bazując na tej typologii Plopa skonstruował narzędzie do pomiaru postaw rodzicielskich znane jako *Skala Postaw Rodzicielskich*. Kwestionariusz ten będzie wykorzystany w realizowanym programie badawczym.

2.3. Uwarunkowania postaw rodzicielskich

Opisanie czynników decydujących o przyjęciu określonych postaw rodzicielskich jest trudnym zadaniem, gdyż jest ich bardzo wiele. Według Ziemskiej (1973) można je ująć w kilku grupach odnoszących się do: braku pozytywnego dziedzictwa społecznego, oczekiwania na dziecko, braku satysfakcji z własnego życia społecznego, wpływu osób z otoczenia na jednego z rodziców oraz zaburzeń osobowości rodziców. Nadmienia także, że stosunek rodziców do dziecka jest zależny od stopnia identyfikacji z rolą oraz od osobistego przekonania o wartości funkcji rodzicielskiej. Jeśli matka lub ojciec będą uważać, że lepiej sprawdzają się w innej roli niż macierzyńskiej lub ojcowskiej, wówczas mogą ją odsuwać na dalszy plan. Poza tym ważnym czynnikiem warunkującym postawę rodzica jest jego motywacja, która może być zgodna z realizacją celów rodziny bądź wiązać się tylko z osobistymi planami i aspiracjami (Ziemska, 1973).

Plopa (2008) przyjął nieco mniej szczegółowy podział źródeł postaw rodzicielskich. Zalicza do nich: dziedziczenie z rodziny generacyjnej, czynniki kulturowe, cechy osobowościowe małżonków oraz cechy indywidualne dziecka. Zarówno czynniki wymienione przez Plopę, jak i przez Ziemską zostaną opisane w niniejszych podrozdziałach z podziałem na czynniki podmiotowe oraz środowiskowe.

2.3.1. Czynniki podmiotowe

Do grupy najważniejszych czynników warunkujących postawy rodzicielskie zalicza się podmiotowe cechy rodziców takie jak: osobowość, temperament, właściwości poznawcze czy hierarchię wartości (Plopa, 2008). Już Allport w 1938 roku zwrócił uwagę na pokrewieństwo istniejące pomiędzy cechą osobowości a postawą. Określił, że zarówno cecha osobowości, jak i postawa *są pewną postacią gotowości do działania w określony sposób, są zindywidualizowane, specyficzne dla każdej osoby oddzielnie, są dynamiczne i stanowią często motywacyjne mechanizmy zachowania się* (Allport, 1938, za: Gertsman, 1970, s. 94). Zatem zastanawiając się nad postawami rodziców należy zwrócić uwagę na ich cechy osobowości. Niewątpliwie do ukształtowania się nieprawidłowych postaw przyczyniają się typy osobowości matek i ojców wyróżnione przez Obuchowską (1983). Autorka wymienia następujące typy osobowości matek, które negatywnie wpływają na funkcjonowanie emocjonalne dzieci:

- *matka autokratyczna* – wymusza na dziecku bezwzględne posłuszeństwo. Nie pozwala na aktywność i samodzielność dziecka. Sprawia, że dziecko się jej boi i jest od niej zależne. Stwarza poczucie zagrożenia dla dziecka w przypadku, gdy coś mu się nie powiodło;
- *matka pedantyczna* – stawia dziecku zbyt wysokie wymagania. Pilnuje każdego szczegółu i nie próbuje zrozumieć, że dziecko nie jest w stanie spełnić jej wszystkich oczekiwań. W ten sposób wzbudza w dziecku obawę o utratę jej miłości;
- *matka lękliwa* – jest nadmiernie troskliwa. Przesadnie ingeruje w sprawy dziecka, nie dając mu możliwości usamodzielnienia się. Chce mu we wszystkim pomagać i towarzyszyć;
- *matka niezrównoważona* – jest niestabilna emocjonalnie, drażliwa, wybuchowa. Często nie potrafi pogodzić życia zawodowego z rodzinnym. W jej życiu panuje chaos;

- *matka niekochająca* – nie potrafi opiekować się dzieckiem. Nie interesuje się jego sprawami, a wręcz unika kontaktu z nim. Nie daje mu poczucia bezpieczeństwa. Zdarza się, że stosuje przemoc fizyczną wobec dziecka;
- *matka nieszczęśliwa* – jest przepełniona smutkiem i goryczą. Często jest niezadowolona ze swojego małżeństwa, dlatego lokuje swoje uczucia w dziecku i staje się nadmiernie opiekuńcza. Może się też zdarzyć, że odrzuca dziecko, gdyż ma ono zbyt wiele cech podobnych do ojca.

Niektóre z powyższych typów mogą występować równocześnie, np. matka autokratyczna może być jednocześnie niekochająca lub pedantyczna. Natomiast biorąc pod uwagę osobowość ojców, Obuchowska (1983) opisuje następujące typy:

- *ojciec nieobecny* – nie ma autorytetu ze względu na dominację matki lub brak zainteresowania dzieckiem. Jest bierny i mało stanowczy;
- *ojciec rygorystyczny* – jego wymagania są nieadekwatne do możliwości dziecka. Powoduje to nadmierną nerwowość i lękliwość u dziecka;
- *ojciec groźny* – ukrywa wrogość i nienawiść do własnego dziecka. Często jest to widoczne u ojca nadużywającego alkoholu.

Ziemska (1973) natomiast odnosi się ogólnie do zaburzeń osobowości jako czynników wpływających na postawy rodzicielskie. Im gorsza kondycja psychiczna rodzica tym wadliwiej wypełnia rolę rodzicielską. Najczęściej rodzice cierpiący na zaburzenia typu: depresja, zaburzenia lękowe, obniżona samoocena, niedojrzałość lub impulsywność mają nieprawidłowe relacje z dzieckiem. Są to też osoby, które nie radzą sobie ze stresem, frustracją czy agresją. Cechy te z trudem poddają się modyfikacjom, gdyż kształtowały się przez całe życie jednostki. Nie oznacza to jednak, że nie jest to możliwe. W przeciwnym razie wszelkie terapie rodzinne skazane byłyby na niepowodzenie.

Rozpatrując relację rodzic – dziecko nie można zakładać, że dziecko jest biernym odbiorcą oddziaływań wychowawczych. W związku z tym opisując czynniki warunkujące postawy rodzicielskie należy wziąć także pod uwagę cechy indywidualne dziecka. Warto uświadomić sobie, że już podstawowe cechy, takie jak wiek i płeć, kształtują różne podejścia rodziców. Przykładowo rodzic nie zachęca córki do bycia niezależną i eksplorowania otoczenia, tak jak robi to w przypadku syna. Dziewczęta są bardziej zachęcane do utrzymywania kontaktów interpersonalnych (Płopa, 2008). Kolejną cechą podmiotową jest temperament dziecka w skład, którego wchodzi: zasięg uwagi, nastrój, intensywność reakcji, poziom aktywności czy wzór zbliżania-wycofywania (Płopa, 2008). Jednak bardziej istotne niż sam temperament dziecka, jest jego zgodność z temperamentem rodzica. Zatem kluczem

do sukcesu jest dobre dopasowanie pomiędzy cechami dziecka i rodzica. Poza tym samo zachowanie dziecka determinuje stosunek emocjonalny rodziców. Bardziej prawdopodobne jest, że rodzice dziecka sprawiającego trudności będą wykazywali negatywne postawy niż dziecka, które nie ma takich problemów. Do tych czynników należy jeszcze dodać niespełnione oczekiwania rodziców (względem wyglądu, płci lub inteligencji), którzy zbyt wiele rzeczy zaplanowali wobec dziecka, zanim jeszcze przyszło na świat. Zaś prawidłowe postawy rodzicielskie utrwalają się w momencie, gdy rodzic doświadcza satysfakcji emocjonalnej z obcowania z dzieckiem (Plopa, 2008).

Z analiz powyższych informacji nasuwa się wniosek, że zgodność cech podmiotowych rodziców i dzieci daje gwarancję ukształtowania się prawidłowych postaw rodzicielskich. Oczywistym wydaje się, że aby mogło do tego dojść, również postawa matki i postawa ojca muszą być dopasowane względem siebie.

2.3.2. Czynniki środowiskowe

Nieodłącznym czynnikiem środowiskowym warunkującym stosunek rodzica do dziecka jest dziedzictwo społeczne, czyli doświadczenia zdobyte w rodzinie generacyjnej. Człowiek poprzez identyfikację z rodzicem mającym nieodpowiedni kontakt z dzieckiem, może nauczyć się niewłaściwych postaw rodzicielskich. Nie jest to jednak regułą, ponieważ wzory te mogą być modyfikowane bądź wręcz odrzucane przy pełnieniu roli matki lub ojca (Ziemska, 1973). Niemniej jednak dobrze funkcjonujący system rodziny generacyjnej, który uczy dobrej komunikacji, autonomii, tolerancji, szczerości oraz odpowiedzialności, lepiej przygotowuje do spełnienia się w roli rodzica (Anderson, Sabatelli, 1999, za: Plopa, 2008). Wychowanie w takiej rodzinie umożliwia wykształcenie wartościowych cech podmiotowych, jak np.: empatia, wrażliwość, cierpliwość i umiejętności komunikacyjne. Są to niezbędne cechy rodzica, który jest odpowiedzialny za prawidłowy rozwój dziecka, nie jest nadmiernie pobłażliwy lub wymagający, ale przede wszystkim potrafi zaspokoić wszystkie podstawowe potrzeby fizyczne i psychiczne dziecka (Plopa, 2008).

Analizując czynniki wpływające na jakość postaw rodzicielskich nie można pominąć życia małżeńskiego rodziców. Brak satysfakcji z małżeństwa, która może wynikać z niezadowolających więzi interpersonalnych matki i ojca, może przenosić się na kontakty z dzieckiem (Ziemska, 1973). Plopa (2008) dodaje, że jest to ważne szczególnie dla kobiety, ponieważ udany związek z mężem jest cennym źródłem wsparcia, a to z kolei silnie wpływa na satysfakcję z rodzicielstwa. Przytacza także Belsky'ego (1984, za: Plopa, 2008), który

dokonał przeglądu badań sugerujących, że słaba jakość relacji małżeńskiej odbija się na negatywnym nastawieniu do rodzicielstwa. Na podobnej zasadzie działa czynnik, którym jest społeczna sieć rodziców. Tworzą ją przyjaciele, krewni lub sąsiedzi, ale też wszelkie instytucje czy miejsca pracy rodziców. Jeśli są oni wystarczającym źródłem wsparcia, zarówno instrumentalnego, jak i emocjonalnego, to ułatwiają matce i ojcu pełnienie prawidłowych ról rodzicielskich. Przykładowo mogą być to krewni lub przyjaciele, którzy w szczególnych okolicznościach pomogą rodzicom w opiece nad dziećmi bądź jest to pracodawca, który poprzez odpowiednie dobranie planu pracy ułatwi rodzicowi zajmowanie się dzieckiem. Co więcej samo posiadanie pracy i odczuwanie zadowolenia z niej jest istotnym bodźcem warunkującym właściwe postawy rodzicielskie (Plopa, 2008).

Na postawy rodzicielskie można spojrzeć jeszcze szerzej niż tylko w kontekście rodziny generacyjnej i społecznej sieci rodziców. W dużym stopniu to kultura wpływa na wartości, cele, przekonania i postawy jakie rodzic wnosi do relacji z dzieckiem. Panująca kultura określa strukturę, funkcje i priorytety rodziny. Jedna z kultur może kłaść nacisk na edukację i rozwój poznawczy dziecka, natomiast inna może bardziej zwracać uwagę na posłuszeństwo i szacunek dla autorytetów. Pomimo silnego wpływu tradycji kulturowych na rodzicielstwo, trzeba zaznaczyć, że nie jest to proces bezwzględnie i jednoznacznie determinujący postawy rodzicielskie, gdyż jest to wszystko sprzężone z cechami podmiotowymi oraz indywidualną sytuacją w rodzinie (Plopa, 2008). Niemniej jednak rodzice przynależący do różnych grup kulturowych muszą liczyć się z odmiennym postrzeganiem pewnych aspektów rodzicielstwa. W związku z tym, chcąc efektywnie oddziaływać na potomstwo, zmuszeni są do ustalenia wspólnych wartości związanych z wychowaniem.

Podsumowując, postawy rodzicielskie są efektem uczenia się. Kształtują je m.in. takie czynniki, które wskazuje Hurlock (1985):

- początkowa idealizacja dziecka przeradzająca się w rozczarowanie – w przypadku, gdy dziecko nie spełnia oczekiwań rodziców;
- doświadczenia wyniesione z wcześniejszych kontaktów z dziećmi;
- opinie dotyczące skutecznych metod wychowawczych;
- trwałe przekonania rodziców o właściwym wypełnianiu obowiązków rodzicielskich;
- umiejętność przystosowania się do zmian w systemie rodzinnym;
- motywy posiadania dziecka;
- sposób odnoszenia się do dzieci do rodziców;
- poczucie szczęścia i zadowolenia z małżeństwa.

Determinant, które warunkują stosunek rodzica do dziecka jest bardzo wiele. Powyżej zostały zaprezentowane te najczęściej występujące. Jednak poza nimi, postawy rodzicielskie mogą być różne w zależności od indywidualnych czynników sytuacyjnych.

2.4. Rola postaw rodzicielskich w kształtowaniu osobowości dziecka

Każdy rodzaj postawy rodzicielskiej nie pozostaje bez wpływu na zachowanie i cechy osobowości dziecka. Nie jest jednak możliwe określenie pełnego spektrum zachowania się dziecka w zależności od poszczególnej postawy, dlatego też niniejszy podrozdział ma na celu jedynie przybliżenie pewnych tendencji w psychospołecznym funkcjonowaniu młodego człowieka.

Właściwe postawy rodzicielskie sprzyjają kształtowaniu się pozytywnych cech ujawniających się w zachowaniu dziecka. Pełna akceptacja dziecka przez rodziców przyczynia się do rozwoju jego zdolności nawiązywania trwałych więzi emocjonalnych z innymi. Dziecko takie jest wesołe, miłe, przyjacielskie, empatyczne i pomocne. Dzięki temu, że ma zaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa jest też odważne. W takich warunkach dziecko może w pełni rozwijać swoje możliwości. Brak akceptacji przez rodziców wywołuje reakcje agresywne i negatywizm. Dziecko nie potrafi poradzić sobie z bezradnością, buntuje się, kłamie i jest kłótlive (Ziemska, 1973). Postawa odrzucająca może też powodować ograniczenie uczuciowości dziecka, a w konsekwencji zachowania antyspołeczne, co jest niedalekim krokiem do wstąpienia na drogę przestępczości. Dziecko odrzucone przez rodziców jest bierne, ma problemy w szkole, nie nawiązuje kontaktów z rówieśnikami. Jest dzieckiem z grupy wysokiego ryzyka zaburzeń.

Następną postawą jest postawa współdziałania, która ściśle wiąże się z ufnością wobec rodziców. Dziecko, którego rodzice są zaangażowani w jego sprawy, chętnie podejmuje aktywność, jest wytrwałe i stara się pomagać innym. Generalnie jest zadowolone z własnej pracy, a w przypadku jakichkolwiek trudności zwraca się o pomoc do rodziców. Postawą skrajnie odwrotną do współdziałania jest unikanie kontaktu z dzieckiem. Powoduje to lęk dziecka, nieufność i brak stabilności. Czuje się odrzucone i niepotrzebne. Staje się zamknięte i ma problemy z wyrażaniem uczuć. Do tego dochodzą trudności w szkole (Ziemska, 1973).

Uznawanie praw młodego człowieka to postawa, która buduje lojalność i solidarność rodzinną. Pozytywnie wpływa na samoocenę dziecka, a to z kolei sprzyja twórczości i podejmowaniu inicjatywy. Na drugim biegunie są nadmierne wymagania stawiane dziecku,

które są odpowiedzialne za brak wiary we własne siły, narastające obawy i uległość. Wygórowane wymagania rodziców dają odwrotny skutek do zamierzonego, ponieważ dziecko ma trudności szkolne, nie radzi sobie z koncentracją uwagi, a przy tym ma dużą podatność na frustracje (Ziemska, 1973).

Rozumna swoboda daje możliwości rozwoju dziecka, gdyż rodzice pozwalają na jego samodzielność w rozsądnym znaczeniu. Dziecko z takiej rodziny jest pewne siebie i łatwo przystosowuje się do nowych sytuacji. Jest kreatywne i stara radzić sobie z trudnościami. Natomiast postawa nadmiernego ochraniania dziecka opóźnia osiągnięcie jego dojrzałości emocjonalnej i społecznej. Powoduje, że dziecko jest bierne i wyręcza się rodzicami. Ma nastawienie roszczeniowe, egoistyczne i nadmierną pewność siebie. Mimo tego, osamotnione jest nieszczęśliwe i niespokojne (Ziemska, 1973).

Badania prowadzone przez Baldwina, Kalhorn i Breese (1945, za: Ziemska, 1986) wykazały, że demokratyczna postawa rodziców najbardziej pobudza rozwój intelektualny dziecka. Dzięki temu jest ono bardziej wytrwałe i kreatywne w myśleniu. Zwiększa się jego iloraz inteligencji, wzrasta oryginalność i planowość. Natomiast odwrotny skutek dają postawy odrzucające i rygorystyczne.

Nierzadko rodzice dbają nawet nadmiernie o zaspokajanie biologicznych i materialnych potrzeb dziecka. Córka lub syn nie są głodni, zawsze mają odpowiednią opiekę, nie brakuje im zabawek, potem książek i nowości technologicznych. Rodzice dopełniają starań, by jak najlepiej zorganizować im czas, ale już niekoniecznie jest to czas spędzany razem z nimi. Rozwój fizyczny i intelektualny dziecka jest zazwyczaj prawidłowy, ale już funkcjonowanie społeczne i emocjonalne może odbiegać od normy. Zdarza się, że rodzice zacierają granice pomiędzy zaspokajaniem potrzeb dziecka, a rozpieszczaniem go. Takie postępowanie kształtuje egocentryzm u dziecka, tendencję do dominacji nad otoczeniem, narzucanie innym swojej woli, a czasem doprowadza do tyranizowania innych, a zwłaszcza rodziców. Nadmierne wyręczanie dziecka prowadzi do jego infantylizacji. Wówczas nie tylko ma problemy z radzeniem sobie samemu z podstawowymi rzeczami, ale jest także wykluczane z grupy rówieśników, ze względu na swoją niezaradność (Raczkowska, 1988). Nieobiektywne zapewnienia rodziców o zaletach dziecka i zderzenie się z zupełnie inną opinią rówieśników przyczynia się do nieadekwatnej oceny samego siebie oraz poczucia niedowartościowania. Dziecko traci zaufanie do rodziców i czuje się osamotnione. Można temu zapobiec jeśli rodzice będą umiejętnie nagradzać dziecko, doceniać jego pilność i obowiązkowość, a przy tym mobilizować do nauki i zwiększonego wysiłku. Takie

postępowanie dodaje odwagi dziecku, zwiększa jego samoocenę, przyczynia się do podejmowania przez niego inicjatywy i pokonywania trudności (Ziemska, 1986).

Postawy rodzicielskie warunkują także preferencje dziecka co do stylu radzenia sobie ze stresem, na co wskazuje Januszewska (2000). W zależności od sposobu ustosunkowania się rodzica, dziecko może przejawiać:

- *styl zadaniowy* – pozwala dziecku na optymalną motywację i mobilizację sił w przypadku pojawiających się problemów. Dzięki temu dziecko może zachować dużą odporność psychiczną. Styl zadaniowy rozwija się dzięki kochającej postawie matki, która darzy dziecko ciepłem i miłością, poświęca mu wiele uwagi i troski;
- *styl emocjonalny* – powoduje dystansowanie się dziecka do zaistniałych trudności, co utrudnia znalezienie dobrego rozwiązania. To z kolei powoduje negatywne nastawienie do siebie, poczucie winy, a czasem autoagresję. Postawa, która przyczynia się do rozwoju tego stylu u dziecka to wymagająca postawa ojca. Nadmierne oczekiwania dotyczą głównie zachowania i wyników w nauce;
- *styl uciezkowy* – to strategia uciekania dziecka od problemu. Jest ono mało odporne na frustrację i stres. W trudnych sytuacjach jest ciągle napięte i odczuwa dyskomfort psychiczny, który próbuje rozładować sięgając po używki. Do rozwoju tego stylu u dziecka przyczynia się zarówno karząca postawa ojca, jak też nadopiekuńcza postawa matki. Stosowanie kar fizycznych przez ojca, ograniczenia w zabawie, zabieranie dziecku ważnych dla niego przedmiotów skutkuje sztywnością myślenia, nietolerancją czy nadmiernym podporządkowywaniem się. Czynniki te utrudniają dziecku radzenie sobie z problemami. Podobny efekt następuje w momencie nadmiernego wyręczania dziecka przez matkę i ograniczania jego samodzielności. Wówczas dziecko nie wierzy we własne siły i z góry zakłada swoją porażkę w próbie realizacji danego zadania;
- *styl syntoksyczny* – to sposób rozwiązywania problemu poprzez angażowanie innych ludzi do współdziałania. Dzięki temu dziecko otrzymuje wsparcie psychiczne oraz motywację do działania. Jest to możliwe w przypadku postawy rodzicielskiej charakteryzującej się akceptacją, ciepłem uczuciowym i zaufaniem wobec dziecka (Januszewska, 2000).

Powyższe przykłady pokazują, jak istotnym elementem w psychospołecznym funkcjonowaniu młodego człowieka są postawy rodzicielskie. Właściwy stosunek wobec dziecka oraz zaspokajanie jego potrzeb umożliwia mu naturalny rozwój dyspozycji

psychicznych. W pełni zdrowe i szczęśliwe dziecko jest darzone dojrzałą miłością rodzicielską, na którą składają się akceptacja, wyrozumiałość, zasłużone pochwały, ale też konsekwentne wymagania i sprawiedliwe kary. Takie podejście warunkuje prawidłowy rozwój dziecka w sferze emocjonalnej, społecznej oraz umysłowej.

2.5. Z badań nad percepcją postaw rodzicielskich przez młodzież

Problematyka badań postaw psychologicznych obejmuje dwa kierunki: jeden z nich to analiza informacji uzyskanych od rodziców, a drugi opiera się na spostrzeżeniach samych dzieci. Jednak, zarówno w jednym, jak i w drugim nurcie zakłada się zależność pomiędzy zmiennymi środowiska rodzinnego a rozwojem osobowości dziecka (Plopa, 2008). Niniejszy podrozdział oraz realizowany program badawczy odnosi się do drugiego kierunku, związanego z percepcją postaw rodzicielskich przez młodzież.

Czym innym jest informacja o zachowaniu się rodziców, a czym innym jest nadanie jej subiektywnego znaczenia przez dziecko. Trzeba wziąć przy tym pod uwagę to, że dziecko w dużym stopniu angażuje emocje przy przetwarzaniu informacji, a jego percepcja nie jest wolna od egocentryzmu. Spostrzeżenia dziecięce warunkuje także jego wiek rozwojowy (Plopa, 2008).

W większości badań nad dziecięcym spostrzeganiem rodziców, to matki były oceniane bardziej pozytywnie niż ojcowie, a przyczyny tego tłumaczono ich silniejszą uczuciowością, wyrozumiałością, mniejszą ignorancją i tendencją do zaniedbywania. Badacze, których analizy na to nie wskazywały, wyjaśniali to metodologicznymi założeniami technik badawczych (Bronson i Livson, Stott, Grace, Lohman, za: Plopa, 2008). Podobnie Rembowski (1972), badając percepcję postaw rodzicielskich przez siedmiolatków, doszedł do wniosku, że matki są bardziej uczuciowe niż ojcowie. Natomiast spostrzeżenie rodziców przez młodzież dorastającą zbadał Kowalski (1977, za: Rembowski, 1986). Jego wyniki potwierdziły, że matki darzą potomstwo większą miłością, akceptacją i życzliwością niż ojcowie. Postawy ojców są bardziej chłodne uczuciowo i zdystansowane. Ojcowie także częściej stosują kontrolę bezpośrednią w formie nakazów i zakazów, a matki mają skłonność do kontroli ukrytej, w postaci wywierania na dziecku poczucia winy lub ciągłego pouczania. Poza tym postawy ojców są bardziej liberalne niż matek.

Sikora (2003) przeprowadziła badania dotyczące postaw rodzicielskich w percepcji młodzieży licealnej. Badana młodzież w większym stopniu charakteryzowała postawy matek

jako niewłaściwe w porównaniu do postaw ojców. Może to wynikać z większego zaangażowania matek w wychowanie dzieci i codzienne domowe czynności. Co więcej badania wykazały, że dziewczęta najczęściej postrzegają matki jako nadmiernie ochraniające, a chłopcy jako nadmiernie wymagające. Natomiast ojcowie w percepcji dziewcząt są bardziej niekonsekwentni, a w percepcji chłopców prezentują przeważnie postawę autonomii.

Zawężając przegląd badań nad percepcją postaw rodzicielskich do tematyki w realizowanym programie badawczym, warto nawiązać do badań Chuchry, Drzazgi i Pawłowskiej (2004). Autorki przebadaly percepcję postaw rodzicielskich 30 dziewcząt ze zdiagnozowaną anoreksją w wieku 15-23 lat oraz 30 zdrowych dziewcząt. Okazało się, że percepcja dziewcząt chorych nie różni się istotnie statystycznie od percepcji dziewcząt z grupy kontrolnej. Analizując jednak tendencje występujące w poszczególnych postawach, wyciągnięto wniosek, że matki chorych dziewcząt cechuje ambiwalencja. Natomiast ojcowie są postrzegani przez nie jako bardziej odtrącający, a mniej kochający w porównaniu z grupą kontrolną. Zarówno w grupie kontrolnej, jak i eksperymentalnej widoczne były różnice w postawach matek i ojców. Dziewczęta zdrowe i chore są zgodne co do tego, że matki są bardziej kochające i ochraniające niż ojcowie. Ojcowie anorektyczek wykazują w większym stopniu postawy odrzucające niż matki. Natomiast ojcowie zdrowych dziewcząt są częściej wymagający w porównaniu do matek. Nieco inne rezultaty uzyskali Kozak i Kozak (2005), którzy wykazali, że w postawach matek dziewcząt ze zdiagnozowaną anoreksją widoczna jest przewaga postaw odrzucających nad kochającymi. Wskazuje to, iż matki dziewcząt anorektycznych poświęcają im mniej uwagi, w mniejszym stopniu pomagają im w sytuacjach trudnych, udzielają im również mniej pochwał i na ogół są przeciwne niezależności dorastającej córki (Kozak i Kozak, 2005). Podobnie na wyraźnie słabszy kontakt i zdecydowanie mniejsze zaufanie anorektyczek do matek wskazują w swoich badaniach Cunha, Relvas i Soares (2009). Ponadto Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer i Bachar (2008), sugerują, że pacjentki z anorexia nervosa postrzegają swoich rodziców jako mało opiekuńczych i nadmiernie kontrolujących. Natomiast inny obraz postaw rodzicielskich, w których przeważa zbyt bliski dystans emocjonalny, uzyskujemy z badań prowadzonych przez Izydorzycyk i współpracowników (por. Izydorzycyk i Trepka-Starosta, 2003; Brytek i Izydorzycyk, 2008; Izydorzycyk i Oleryk, 2010).

Z badań prowadzonych przez Izydorzycyk i Trepkę-Starosta (2003) wynika, że matki spostrzegane są przez swoje anorektyczne córki jako raczej permissive, uległe. Często określa się je terminem łagodne. Zdaniem autorek zbyt duże nasilenie wyżej wymienionych cech i właściwości może generować rozwój postawy nadopiekuńczości, co często

współwystępuje z utratą kontroli nad procesem wychowania. Wyniki te są po części zbieżne z danymi z innych badań prowadzonych przez Izydorzycyk i Oleryk (2010). Natomiast z badań Ziółkowskiej (2001) prowadzonych w grupie dziewcząt z gotowością anorektyczną wyłania się nieco inny obraz postaw rodzicielskich. Wynika z nich, że matki dziewcząt z Syndromem Gotowości Anorektycznej są skłonne stawiać swoim córkom nadmierne wymagania, a przy tym wychowują je w poczuciu mniejszej wartości. Ponadto wspierają u nich dążenie do perfekcjonizmu i rywalizacji przez co wzmacniają ich ambicje podkreślając znaczenie *wybijania się ponad przeciętność i robienia kariery*.

Percepcję ojców przez pacjentki anorektyczne badali Nitendel – Bujakowa i Szewczyk (2003). Rezultaty tych badań wskazują, że dziewczęta z rozpoznaną chorobą jadłowstrętu psychicznego i ich ojcowie raczej pozytywnie spostrzegają wzajemne relacje. Ojcowie akcentują u swoich córek uspołecznione, stosunkowo dobre umiejętności zaradcze i mniejsze skłonności depresyjne, niż szacują u siebie same pacjentki. Minimalizowanie trudności i problemów psychicznych córek, w kontekście ich funkcjonowania społecznego, oraz pomniejszanie stopnia ich depresyjności może wskazywać tendencję do zaprzeczania trudnościom i skłonności do idealizowania córek ze strony ojców. Tego typu postawa w znacznym stopniu utrudnia, a nawet uniemożliwia obiektywną ocenę ich potrzeb, tym samym zmniejsza możliwość udzielenia im efektywnego wsparcia. Nie sprzyja ona również formułowaniu oczekiwań pod ich adresem.

Badania nad obrazem rodziny w oczach pacjentek z anoreksją restrykcyjną, anoreksją bulimiczną, bulimią oraz depresją przeprowadziła Józefik (2006). Co prawda, badanie nie dotyczy bezpośrednio postaw rodzicielskich, ale silnie z nimi związanych relacji rodzinnych. Niemniej jednak wyniki wykazują pozytywną percepcję rodziny pacjentek z anoreksją restrykcyjną w porównaniu z negatywnym obrazem relacji rodzinnych pacjentek z anoreksją bulimiczną, bulimią i depresją. Na tej podstawie można wnioskować, że percepcja postaw rodzicielskich osób z zaburzeniami odżywiania nie jest swoista dla tej grupy jako całości. Vandereycken (2002, za: Józefik, 2006) wyjaśnia fakt pozytywnej percepcji relacji rodzinnych przez anorektyczki o typie restrykcyjnym. Według niego w takich rodzinach dominują wzory unikania konfliktów oraz tendencja do podtrzymywania idealnego obrazu rodziny, a to wpływa na sposób wypełniania kwestionariuszy, zwłaszcza w fazie choroby, w której występują mechanizmy zaprzeczeniowe.

Analizując badania dotyczące spostrzegania postaw rodzicielskich przez młodzież, w większości przypadków matka jest osobą bardziej kochającą, a ojciec wymagającą. Natomiast, jeśli chodzi o percepcję osób z zaburzeniami odżywiania, pojawia się wiele

niespójności. Poza tym narzędzia kwestionariuszowe mają to do siebie, że bazują na umiejętnościach członków rodziny do dokonania oceny relacji, co może być też dodatkowym ograniczeniem w zbieraniu danych.

Rozdział 3. Metodologia badań własnych

Przedmiotem niniejszego rozdziału będzie opis metodologii badań własnych. W pierwszej kolejności zostaną sformułowane: problem, szczegółowe pytania badawcze i hipotezy. Następnie zostaną scharakteryzowane narzędzia psychologiczne wykorzystane w realizowanym programie badawczym. Dalsze części będą przedstawiały opis grupy badanych oraz organizację i przebieg badań empirycznych.

3.1. Problem i hipotezy badawcze

Podejmowane w pracy zagadnienie powiązań pomiędzy postawami rodzicielskimi postrzeganymi przez młodzież a ich gotowością anorektyczną ma na celu ujęcie i opisanie wybranych psychologicznych mechanizmów, które leżą u podstaw jednej z form nieprawidłowości w odżywianiu się młodzieży jaką jest gotowość anorektyczna. Wybór tematu uzasadniony jest zarówno zasięgiem i epidemiologią problemów odżywiania się w tej grupie wiekowej jak również ich wpływem na jakość życia i dobrostan młodych ludzi oraz ich rodzin.

Problem pracy można ująć w formie pytania ogólnego o to: ***czy i jakie różnice występują w percepcji postaw rodzicielskich pomiędzy młodzieżą z gotowością anorektyczną a młodzieżą nie wykazującą takich skłonności?***

Zatem celem badań jest ustalenie, w jakim stopniu można wyjaśnić poziom gotowości anorektycznej młodzieży ich percepcją postaw rodzicielskich. Rozwiązanie powyższego problemu wymaga udzielenia odpowiedzi na następujące szczegółowe pytania badawcze:

- 1) Czy i jakie różnice występują w percepcji postaw matek pomiędzy młodzieżą z gotowością anorektyczną a młodzieżą nie wykazującą takich skłonności?
- 2) Czy i jakie różnice występują w percepcji postaw ojców pomiędzy młodzieżą z gotowością anorektyczną a młodzieżą nie wykazującą takich skłonności?
- 3) Czy i jakie różnice występują w percepcji postaw matek przez młodzież o różnym stosunku do jedzenia?
- 4) Czy i jakie różnice występują w percepcji postaw ojców przez młodzież o różnym stosunku do jedzenia?

Zaprezentowane wcześniej teoretyczne analizy dotyczące psychologicznych i medycznych aspektów anoreksji oraz rezultaty dotychczas prowadzonych badań (Ziemska, 1973; Ziółkowska, 2001; Izydorczyk i Trepka-Starosta, 2003; Chuchra, Drzazga i Pawłowska, 2004; Kozak i Kozak, 2005; Józefik, 2006; Płopa, 2008) pozwalają na przyjęcie hipotezy ogólnej oraz kilku hipotez szczegółowych.

H₀: Młodzież z gotowością anorektyczną różni się w zakresie percepcji postaw rodzicielskich w porównaniu z młodzieżą nie wykazującą takich skłonności.

H₁: Matki postrzegane przez młodzież z gotowością anorektyczną są bardziej ochraniające niż matki postrzegane przez młodzież bez takich skłonności.

H₂: Ojców w percepcji młodzieży z gotowością anorektyczną charakteryzuje w większym stopniu postawa odrzucenia niż w grupie bez takich skłonności.

H₃: Postawa nadmiernego wymagania ze strony matek częściej występuje w grupie eksperymentalnej niż w grupie kontrolnej.

H₄: Młodzież z wyższą gotowością anorektyczną w mniejszym stopniu czuje się kochana przez ojców niż młodzież z niską gotowością anorektyczną.

H₅: Młodzież o różnym stosunku do jedzenia postrzega swoich rodziców w sposób zróżnicowany.

Realizowany program badawczy, mający na celu uzyskanie danych pozwalających odpowiedzieć na postawione wyżej pytania badawcze ma charakter eksploracyjny, stąd przyjęte hipotezy mają bardziej ogólny charakter.

3.2. Charakterystyka zastosowanych metod

Celem weryfikacji postawionych, w poprzednim podrozdziale, hipotez badawczych przeprowadzono badania z wykorzystaniem następujących narzędzi psychologicznych:

- *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia*, autorstwa Ziółkowskiej,
- *Skali Postaw Rodzicielskich*, autorstwa Plopy,
- *Arkusza personalnego* własnej konstrukcji.

Poniżej zostaną one kolejno scharakteryzowane.

3.2.1. Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia

Badania nad Syndromem Gotowości Anorektycznej Ziółkowska rozpoczęła w 1996 roku. Badania pilotażowe, w których uczestniczyło 50 kobiet w wieku od 16 do 24 lat, zostały poprzedzone opracowaniem narzędzi badawczych. Autorka miała na celu przygotowanie takiej metody, która będzie rzetelnie monitorować środowisko młodych kobiet pod kątem wskaźników sugerujących skłonności do reagowania wadliwym stosunkiem do jedzenia, wyrażającym się Syndromem Gotowości Anorektycznej (Ziółkowska, 2001).

Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia jest adaptacją Techniki Q-sort do badania zachowań anorektycznych autorstwa Ziółkowskiej (2001). Jest to procedura sortowania kartek, na której znajdują się twierdzenia opisujące zachowania anorektyczne, które świadczą o występowaniu Syndromu Gotowości Anorektycznej. Sortowanie odbywa się według kategorii ujętych w formie continuum. Kolejno, rozpoczynając od lewej strony, wartość 0 – oznacza zupełny brak zgodności z danym twierdzeniem, 1 – sugeruje, że osoba uważa twierdzenie za nieprawdziwe, 2 – osoba raczej nie zgadza się z tym twierdzeniem, 3 – twierdzenie jest raczej prawdziwe, 4 – osoba zgadza się z twierdzeniem oraz prawa strona continuum: 5 – całkowita zgodność z twierdzeniem. W sumie metoda zawiera 35 twierdzeń, które grupują się według siedmiu następujących kategorii:

- *Emocje związane z jedzeniem* – (2) Często mam zły nastrój i odczuwam niezadowolenie z siebie; (13) Gdy jestem zmartwiona, smutna, nie mogę wziąć niczego do ust; (19) Gdy zjem niewiele czuję się lekka i zadowolona; (21) Gdy zjem zbyt dużo, jestem na siebie wściekła; (23) Boję się przytyć;

- *Ograniczanie jedzenia* – (4) Często nie jem śniadań, które zabieram ze sobą do szkoły, pracy; (6) Ograniczam ilość spożywanych w ciągu dnia posiłków; (10) Staram się w swojej diecie ograniczać tłuszcze i węglowodany; (22) Gdy zjem zbyt dużo uważam, by kolejnego dnia znacznie ograniczyć jedzenie; (26) Gdy jestem głodna „oszukuję” żołądek sokami, wodą, owocami;
- *Ocena i kontrola atrakcyjności* – (5) Jestem uznawana za osobę przeciętnie atrakcyjną; (7) Gdyby było to możliwe, poprawiłabym swój wygląd; (12) Dbam o swój wygląd bardziej niż moje koleżanki/koledzy; (15) Kontroluję wagę i wymiary swojego ciała; (31) Poprzez ubiór koryguję swoją sylwetkę, jej mankamenty;
- *Wpływ reklamy i kultury masowej* – (1) Porównuję się do modelek, aktorek; (16) Chciałabym mieć sylwetkę modelki; (18) Szczupłe kobiety mają większe powodzenie w życiu prywatnym i zawodowym; (28) Mężczyźni wolą szczupłe kobiety./Kobiety wolą szczupłych mężczyzn; (32) Próbuję różnych preparatów kosmetycznych reklamowanych przez media;
- *Formy „zbijania wagi”* – (3) Zażywam (zażywałam/-em) środki przyspieszające przemianę materii; (8) Liczę kalorie posiłków, które spożywam; (9) Podczas zakupów, zwracam uwagę na liczbę kalorii artykułów spożywczych; (11) Ćwiczę intensywnie, gdy zjem zbyt wiele; (24) Stosuję diety, głodówki; (25) Przyjmuję (przyjmowałam/-em) środki obniżające łaknienie;
- *Jedzenie a stosunki społeczne* – (14) Lubię częstować gości i przygotowywać dla nich różne smakołyki; (17) W towarzystwie jem mniej niż inni; (20) Mimo diety, czasami lubię sobie „poucztować” w samotności; (33) Jadam w ukryciu; (34) Jestem konsekwentna i wytrwała w dążeniu do obranego celu;
- *Perfekcjonizm, rywalizacja* – (27) Lubię być najlepsza; (29) Chcę być perfekcyjna w tym co robię; (30) Czuję się gorsza od innych; (35) Współzawodnictwo motywuje mnie do pracy, nauki, sportu itp.

Ziółkowska, chcąc sprawdzić trafność i rzetelność omawianej metody, przeprowadziła badania w grupie dziewcząt w wieku 17-24 lat (wyłonionych z wcześniejszych badań przesiewowych). Z analizy statystycznej rezultatów badań wynika, że wszystkie różnice ilościowe pomiędzy grupą eksperymentalną i kontrolną, w siedmiu kategoriach zachowań anorektycznych, są statystycznie istotne. Ponadto obliczono współczynniki korelacji dla grupy eksperymentalnej i kontrolnej. W grupie eksperymentalnej znaczące statystycznie korelacje dotyczą następujących obszarów problemowych wchodzących w skład zachowań anorektycznych:

- jedzenie a stosunki społeczne – ograniczanie jedzenia ($r = 0,75$),

- wpływ reklamy – ocena i kontrola atrakcyjności ($r = 0,79$),
- zbijanie wagi – ocena i kontrola atrakcyjności ($r = 0,63$),
- jedzenie a stosunki społeczne – zbijanie wagi ($r = 0,51$).

Z kolei w grupie kontrolnej znaczące statystycznie korelacje dotyczą następujących wymiarów:

- emocje związane z jedzeniem – ograniczanie jedzenia ($r = 0,73$),
- emocje związane z jedzeniem – zbijanie wagi ($r = 0,79$),
- ograniczanie jedzenia – ocena i kontrola atrakcyjności ($r = 0,49$),
- ograniczanie jedzenia – zbijanie wagi ($r = 0,71$)
- perfekcjonizm i rywalizacja – ocena atrakcyjności ($r = 0,49$).

Przytoczone wskaźniki liczbowe wskazują, iż w obu grupach uzyskano istotne statystycznie powiązania pomiędzy niektórymi zmiennymi, co autorka tłumaczy specyfiką stadium rozwojowego badanych osób. Zatem badane grupy, w zakresie zachowań anorektycznych, różnią się istotnie zarówno na poziomie ilościowym, jak i jakościowym.

Podsumowując, metoda ta jest trafnym i rzetelnym narzędziem, które pomaga w lepszym poznawaniu i rozumieniu Syndromu Gotowości Anorektycznej.

3.2.2. Skala Postaw Rodzicielskich

Skala Postaw Rodzicielskich autorstwa Płopy jest narzędziem do badania postaw matek i ojców w percepcji młodzieży. Jest to kwestionariusz zbudowany na podstawie sześciu wymiarów wyodrębnionych z dotychczas istniejących typologii postaw rodzicielskich. Najbardziej koresponduje z typologią Roe i Beckera (Płopa, 1983; za: Płopa, 1987). Poszczególne twierdzenia w kwestionariuszu zostały przyporządkowane do odpowiednich wymiarów w oparciu o zgodność sędziów kompetentnych. Zwrócono także uwagę, aby język użyty w kwestionariuszu był zrozumiały dla młodzieży od 12-13 roku życia (Płopa, 1987).

Metodę tą wykorzystuje się do badań indywidualnych i zbiorowych. Jest podzielona na dwie części. Pierwsza z nich dotyczy postawy matki, a druga postawy ojca. Każda z nich zawiera instrukcję oraz 75 twierdzeń opisujących odpowiednie postawy zgodnie z wymiarami pięciu skal: Akceptacji – Odrzucenia, Autonomii, Nadmiernie Ochraniająca, Nadmiernie Wymagająca, Niekonsekwentna. Każdy z tych wymiarów zawiera 15 twierdzeń.

Poszczególnym pytaniom osoba badana przypisuje odpowiednią wartość liczbowa: 5, 4, 3, 2, 1 – zgodnie z kategoriami: *prawdziwe, raczej prawdziwe, trudno mi się zdecydować, raczej nieprawdziwe, nieprawdziwe*. Zatem rozpiętość wyników surowych, jakie może uzyskać osoba badana w obrębie każdej skali, wynosi 15 – 75 punktów. Wyniki surowe przelicza się za pomocą norm stenowych, osobnych dla matki i ojca, opracowanych przez Plopę (1987) na podstawie badań normalizacyjnych 412 osób w wieku od 13 do 19 lat.

Analiza statystyczna wyników badań Plopy wykazała wysoką rzetelność i trafność *Skali Postaw Rodzicielskich*. Współczynniki stabilności bezwzględnej dla postawy matki mieszczą się w granicach $r = 0,81 - 0,918$, a dla postawy ojca: $r = 0,791 - 0,910$. Poza tym macierz interkorelacji wskazuje, że skale akceptacji i autonomii korelują ze sobą pozytywnie podobnie jak współkorelacja w skalach wymagania, niekonsekwencji i ochraniania. Ponadto skale akceptacji i autonomii korelują negatywnie ze skalami wymagania i niekonsekwencji, a ze skalą ochraniania nie wykazują istotnych związków. Na podstawie tych analiz można wnioskować o wiarygodności wyników omawianego kwestionariusza (Plopa, 1987).

3.2.3. Arkusz personalny

Na potrzeby prowadzonych badań został skonstruowany arkusz personalny, który ujmuje indywidualne charakterystyki badanej młodzieży. Składa się on z krótkiego wprowadzenia, w którym są zawarte informacje o naukowym celu badania i anonimowości osób badanych, instrukcji oraz 18 pytań: 12 zamkniętych i 6 otwartych. Pytania dotyczą następujących danych socjodemograficznych osób badanych:

- wieku i płci,
- wagi i wzrostu,
- klasy i jej profilu,
- oceny siebie jako ucznia oraz podania średniej ocen z poprzedniego roku szkolnego,
- miejsca zamieszkania,
- określenia z jakiej pochodzi rodziny (pełnej, niepełnej, zrekonstruowanej),
- oceny relacji z matką, ojcem, rodzeństwem (jeśli posiada),
- oceny relacji z rówieśnikami,
- oceny relacji małżeńskich rodziców,
- oceny sytuacji materialnej rodziny,
- określenia stosunku do kwestii religijnych,

- określenia swoich zainteresowań.

W przypadku pytań zamkniętych zadaniem osoby było postawienie krzyżyka w odpowiednim miejscu. Natomiast w pytaniach otwartych wymagano od osoby badanej uzupełnienia wykropkowanego miejsca.

3.3. Opis grupy badanych

W realizowanym programie badawczym uczestniczyły 123 osoby, w tym 67 kobiet i 56 mężczyzn. Osoby badane to młodzież w wieku od 13 do 15 roku życia uczęszczająca do gimnazjum w Nowym Sączu.

Podstawowe informacje o osobach badanych, uzyskane za pomocą arkusza personalnego własnej konstrukcji, znajdują się w poniższych tabelach.

W pierwszej kolejności w opisie grupy badanych uwzględniono płeć i wiek.

Tab. 3. Procentowy rozkład płci badanych.

PŁEĆ	N	%
Kobiety	67	54,47
Mężczyźni	56	45,53
RAZEM	123	100,00

Analiza danych zawartych w tabeli 3 wskazuje, że w grupie osób badanych 54,47% stanowią kobiety, a 45,53% stanowią mężczyźni. Można uznać, że różnica w doborze grupy z uwagi na zmienną płci jest nieznaczna.

Tab. 4. Procentowy rozkład wieku badanych.

WIEK	N	%
13 lat	55	44,72
14 lat	31	25,20
15 lat	37	30,08
RAZEM	123	100,00

Analiza danych ujętych w tabeli 4 pokazuje, że 44,72% osób w grupie badanych to młodzież w wieku 13 lat, 25,20% to uczniowie w wieku 14 lat oraz 30,08% to 15-latkowie. Z tego wynika, że najliczniejszą grupą wśród badanych osób są gimnazjaliści w wieku 13 lat.

Kolejną zmienną, jaką uwzględniono w opisie grupy badanych jest BMI obliczane zgodnie z wzorem przedstawionym w podrozdziale 1.2 dotyczącym kryteriów diagnostycznych anoreksji. Obliczeń tych dokonano na podstawie informacji o wadze i wzroście osób badanych.

Tab. 5. Procentowy rozkład BMI badanych.

BMI	N	%
poniżej 15	5	4,07
15-18,9	62	50,41
19-24,9	54	43,90
25-29,9	1	0,81
30-39,9	1	0,81
40 lub więcej	0	0,00
RAZEM	123	100,00

W ten sposób otrzymane wyniki przyporządkowano do odpowiednich kategorii zgodnych z klasyfikacją zaburzeń masy ciała w zależności od wskaźnika BMI (patrz: tabela 1). Na tej podstawie można określić, że 43,90% osób badanych ma prawidłową wagę, 50,41% uczniów ma niedowagę, 4,07% gimnazjalistów ma masę ciała wskazującą na wyniszczenie organizmu. Natomiast nadwagę ma 1% osób badanych. Podobnie 1% uczniów ma otyłość. Żadna z osób nie cierpi na chorobliwą otyłość. Zatem większość młodzieży ma wagę niższą niż prawidłowa, ale niewiele mniej liczną grupą są osoby, których masa ciała jest właściwa.

Następnym krokiem w opisie grupy badanych jest określenie struktury rodziny, z której pochodzą uczniowie.

Tab. 6. Procentowy rozkład struktury rodziny badanych.

STRUKTURA	N	%
Pełna	114	92,68
Niepełna	4	3,25
Zrekonstruowana	5	4,07
RAZEM	123	100,00

Na podstawie informacji zawartych w tabeli 6 można stwierdzić, że zdecydowana większość badanych gimnazjalistów pochodzi z rodzin pełnych. Jest to 92,68%. Z rodzin niepełnych pochodzi 3,25% uczniów, a z rodzin zrekonstruowanych jest 4,07% osób.

W opisie grupy badanych znajduje się także ocena relacji z rodzicami. Osobno z matką i z ojcem, które kolejno przedstawiają dane liczbowe zawarte w tabelach 7 i 8.

Tab. 7. Procentowy rozkład oceny relacji z matką deklarowanych przez badanych.

RELACJA Z MATKĄ	N	%
Bardzo dobra	63	51,22
Dobra	39	31,71
Przeciętna	14	11,38
Słaba	6	4,88
Zła	1	0,81
Nie mam matki	0	0,00
RAZEM	123	100,00

Analizując dane z tabeli 7 należy zwrócić uwagę, że zdecydowana większość osób badanych określa swoje relacje z matką jako bardzo dobre (51,22%). 31,71% uczniów uznaje swoje stosunki z matką za dobre. Relacje z matką na poziomie przeciętnym deklaruje 11,38% badanych. Natomiast złe stosunki z matką są postrzegane przez 0,81% gimnazjalistów. Żadna z osób w momencie badania nie zaznaczyła, że nie ma matki.

Tab. 8. Procentowy rozkład oceny relacji z ojcem deklarowanych przez badanych.

RELACJA Z OJCEM	N	%
Bardzo dobra	58	47,16
Dobra	34	27,64
Przeciętna	13	10,57
Słaba	11	8,94
Zła	3	2,44
Nie mam ojca	4	3,25
RAZEM	123	100,00

Z danych zawartych w tabeli 8 wynika, że 47,16% uczniów ocenia swoje relacje z ojcem jako bardzo dobre. Relacje na poziomie dobrym są deklarowane przez 27,64% osób. 10,57% gimnazjalistów ocenia swój kontakt z ojcem jako przeciętny. Następnie na słabe relacje z ojcem wskazuje 8,94%, a na złe relacje 2,44% młodzieży. W grupie badanych 3,25% osób nie ma ojca. Z wymienionych grup najbardziej liczną stanowią uczniowie oceniający swoje relacje z ojcem jako bardzo dobre.

Następną zmienną uwzględnioną w opisie grupy badanych jest ocena relacji małżeńskich rodziców. Dane liczbowe dotyczące tej zmiennej znajdują się w tabeli 9.

Tab. 9. Procentowy rozkład oceny relacji małżeńskiej rodziców deklarowanych przez badanych.

RELACJA MAŁŻEŃSKA RODZICÓW	N	%
Bardzo dobra	68	57,15
Dobra	34	28,57
Przeciętna	10	8,40
Słaba	5	4,20
Zła	2	1,68
RAZEM	119	100,00

Należy zwrócić uwagę, że dane zawarte w tabeli 9 dotyczą 119 osób, a nie 123, ponieważ 4 osoby pochodzące z rodzin niepełnych nie wypełniły pytania dotyczącego oceny relacji małżeńskich rodziców. Ze 119 uczniów najbardziej liczną grupą byli ci, którzy oceniają relacje małżeńskie rodziców jako bardzo dobre. W ten sposób odpowiedziało 57,15% osób. Kolejno, relacje małżeńskie rodziców na dobrym poziomie oceniło 28,57% gimnazjalistów,

na poziomie przeciętnym – 8,40%, na poziomie słabym – 4,20% i na poziomie złym – 1,68% osób.

Kolejna rozważana zmienna dotyczy oceny relacji z rówieśnikami. Tabela 10 umożliwia jej analizę.

Tab. 10. Procentowy rozkład oceny relacji z rówieśnikami deklarowanych przez badanych.

RELACJA Z RÓWIEŚNIKAMI	N	%
Bardzo dobra	61	49,59
Dobra	56	45,53
Przeciętna	5	4,07
Słaba	1	0,81
Zła	0	0,00
RAZEM	123	100,00

Analiza danych z tabeli 10 wskazuje, że 49,59% badanej młodzieży ma bardzo dobre relacje z rówieśnikami. Dobre relacje deklaruje 45,53% uczniów. Natomiast swoje relacje z rówieśnikami na poziomie przeciętnym ocenia 4,07% badanych, a na poziomie słabym – 0,81% osób. Żaden z gimnazjalistów nie ocenił swoich relacji z rówieśnikami jako złych.

Ostatnią zmienną, która znajduje się w opisie grupy badanych jest ocena sytuacji materialnej rodziny ucznia. Dane liczbowe odnoszące się do tej zmiennej są w tabeli 11.

Tab. 11. Procentowy rozkład oceny sytuacji materialnej rodziny badanego.

SYTUACJA MATERIALNA RODZINY	N	%
Bardzo dobra	3	2,44
Dobra	0	0,00
Przeciętna	12	9,76
Słaba	76	61,79
Zła	32	26,01
RAZEM	123	100,00

Wskaźniki liczbowe ujęte w tabeli 11 sugerują, że w większości przypadków (61,79%) osoby badane oceniają sytuację materialną swojej rodziny jako słabą. Bardzo dobry status materialny rodziny deklaruje 2,44% młodzieży. Żaden z uczniów nie ocenił, że poziom

materialny jego rodziny jest dobry. Przeciętnie sytuację materialną rodziny ocenia 9,76% uczniów, słabo 61,79%, a źle 26,01% osób badanych.

3.4. Organizacja i przebieg badań

Badania zostały przeprowadzone w grudniu 2011 roku w Zespole Szkół Podstawowo-Gimnazjalnych nr 1 w Nowym Sączu. Były to badania o charakterze grupowym. Objęto nimi 197 uczniów gimnazjum. Jednak analizie poddano kwestionariusze wypełnione przez 123 osoby, ponieważ arkusze te spełniły kryterium kompletności i poprawności z całości uzyskanego materiału.

Badania odbyły się w trakcie godzin wychowawczych. Uczniowie zostali poinformowani o naukowym celu badań oraz zapewnieni o anonimowości. Ich zadaniem było zapoznanie się z instrukcją oraz odpowiedzenie na pytania zawarte w baterii testów, w skład której wchodziły: arkusz personalny własnej konstrukcji, *Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia* autorstwa Ziółkowskiej oraz *Skala Postaw Rodzicielskich* autorstwa Płopy. Całkowity czas badania wynosił około 45 minut.

Uczniowie byli zainteresowani badaniami. W przypadku wątpliwości i trudności z udzieleniem odpowiedzi zwracali się z prośbą o wyjaśnienie treści danych itemów. W czasie badań, w klasach obecni byli nauczyciele, którzy dyscyplinowali i motywowali uczniów do pracy. Mimo tego zdarzało się, że osoby badane narzekały na zbyt dużą ilość pytań w przygotowanej baterii testów.

Uzyskany w ten sposób materiał jest wiarygodny i może zostać poddany analizie statystycznej i psychologicznej w kolejnych częściach pracy.

Rozdział 4. Spostrzeganie postaw matek i ojców przez młodzież różniącą się poziomem gotowości anorektycznej

Celem rozdziału jest analiza statystyczna i psychologiczna danych empirycznych uzyskanych w badaniach własnych. W pierwszej kolejności zostanie opisany sposób wyodrębnienia grup skrajnych. Następnie zostanie dokonana analiza percepcji postaw matek u młodzieży o różnym poziomie gotowości anorektycznej. W podobny sposób zostaną ujęte postawy ojców.

4.1. Sposób wyodrębnienia grup skrajnych

Przeprowadzenie w dalszej części pracy porównania w zakresie percepcji postaw rodzicielskich młodzieży o różnym nasileniu gotowości anorektycznej wymaga wyodrębnienia grup skrajnych. Wartość ogólnego wskaźnika gotowości anorektycznej uzyskana przy pomocy *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia* Ziółkowskiej posłużyła jako kryterium wyodrębnienia grup o skrajnych wynikach. Rozkład wyników badanych osób w ogólnym wskaźniku gotowości anorektycznej, ujęty w przedziały liczbowe, zamieszczony został w tabeli 12 oraz zobrazowany na wykresie 1.

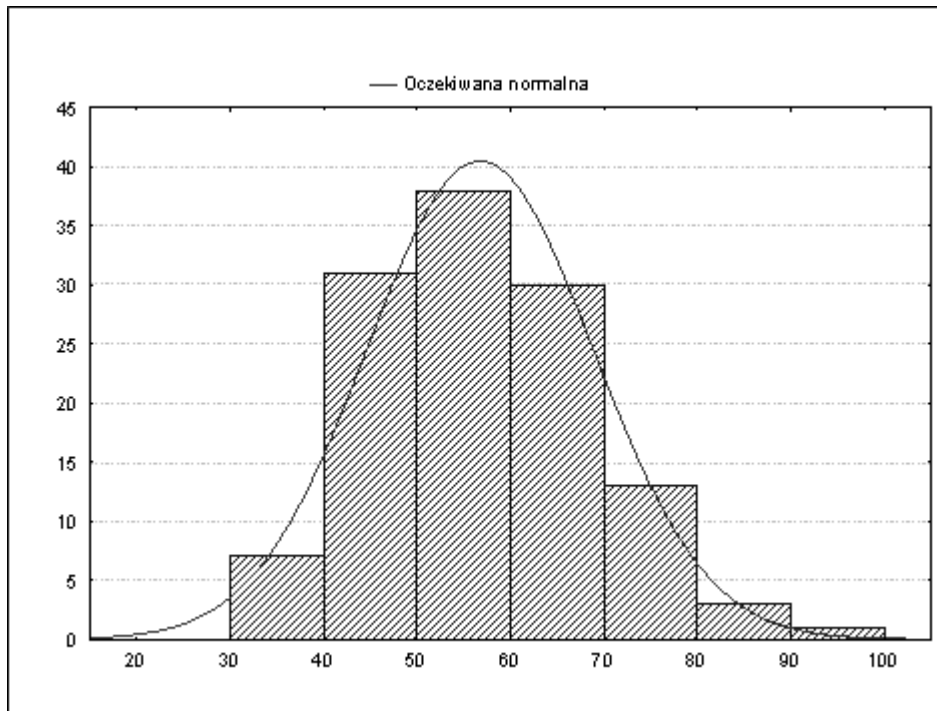
Tab. 12. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku ogólnej gotowości anorektycznej dla całej grupy badanych.

PRZEDZIAŁY WYNIKÓW OGÓLEJ GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ	N	%
10<x<=20	0	0,00
20<x<=30	0	0,00
30<x<=40	7	5,69
40<x<=50	31	25,20
50<x<=60	38	30,90
60<x<=70	30	24,39
70<x<=80	13	10,57
80<x<=90	3	2,44
90<x<=100	1	0,81
RAZEM	123	100,00

Analiza danych zawartych w tabeli 12 wskazuje, że najwięcej osób uzyskało wynik ogólnej gotowości anorektycznej w przedziale od 50 do 60, co stanowi 30,90%. Wynik kolejnej grupy, która stanowi 25,20%, znajduje się w granicach od 40 do 50. Niewiele mniejszą grupą (24,39%) są osoby, których wynik mieści się w przedziale od 60 do 70. Przedział od 70 do 80 to wyniki ogóle dla 10,57% osób. Najniższy wynik ogólny gotowości anorektycznej mieści się w granicach od 30 do 40. Uzyskało go 5,69% uczniów. Natomiast wynik z przedziału od 80 do 90 osiągnęło 2,44% osób, a najwyższy możliwy wynik (od 90 do 100) zdobyła tylko jedna osoba (0,81%).

Otrzymane dane wskazują na rozkład zbliżony do normalnego. Obejmują przedział od 30 do 100 punktów.

Ponadto ustalono, że średnia wyników całej grupy badanych wynosi $M=56,74$ zaś odchylenie standardowe wynosi $SD=12,11$ przy rozstępie wyników $min=32$ i $max=97$. Graficzny rozkład tych danych liczbowych przedstawia wykres 1.



Wyk. 1. Graficzny rozkład wyników we wskaźniku ogólnej gotowości anorektycznej dla całej grupy badanych.

Jak już wcześniej zaznaczono ogólny wynik gotowości anorektycznej, uzyskany przy pomocy *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia*, stanowi podstawę do wyodrębnienia grup skrajnych. Wykorzystując sposób podziału na kwartyle, wyodrębniono 25% osób badanych z najniższymi wynikami i 25% respondentów z najwyższymi wynikami. Dzięki temu powstały dwie grupy: grupa kontrolna, czyli młodzież z niską gotowością anorektyczką (Gr. NGA) oraz grupa eksperymentalna charakteryzująca się wysoką gotowością anorektyczką (Gr. WGA).

Tab. 13. Liczebność wyodrębnionych grup skrajnych.

GRUPA	N	%
NGA (niska gotowość anorektyczna)	34	27,64
WGA (wysoka gotowość anorektyczna)	34	27,64
Pozostali badani	55	44,72
RAZEM	123	100

Z informacji zawartych w tabeli 13 wynika, że do grup skrajnych wchodzi 68 osób wyodrębnionych ze 123 uczniów. Zarówno w skład grupy pierwszej, jak i drugiej wchodzi po 34 osoby, czyli 27,64%. Zatem grupy: kontrolna (Gr.NGA – niska gotowość anorektyczna) i eksperymentalna (Gr.WGA – wysoka gotowość anorektyczna) są równoliczne. 44,72% osób badanych nie zostało zakwalifikowanych do żadnej z grup skrajnych.

Dla tak wyodrębnionych grup skrajnych dokonano analiz porównawczych w oparciu o wyniki w *Skali Postaw Rodzicielskich Plopy*. Są one treścią kolejnych paragrafów.

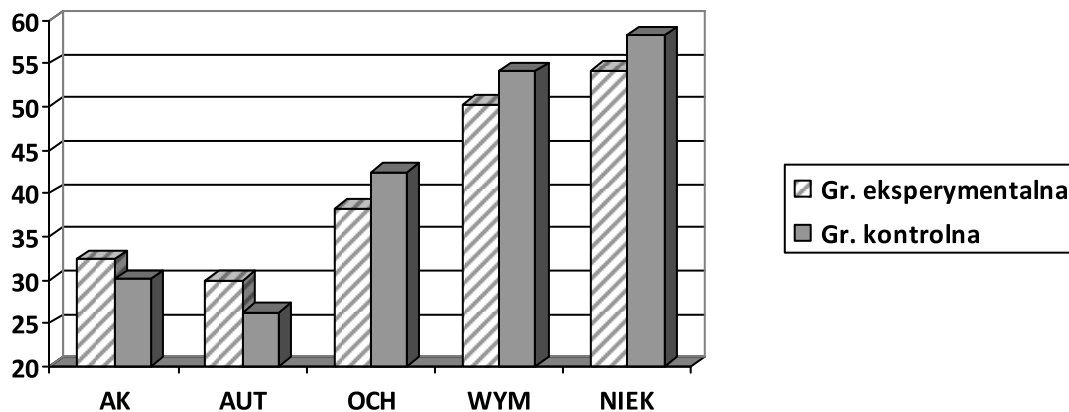
4.2. Percepcja postaw matek przez młodzież o różnym poziomie gotowości anorektycznej

Poniżej zostanie przedstawiony opis i porównanie wyników uzyskanych przez badanych uczniów o różnym poziomie Syndromu Gotowości Anorektycznej w zakresie percepcji postaw matek. Analizy tej dokonano w oparciu o dane uzyskane w *Kwestionariuszu do badania indywidualnego stosunku do jedzenia Ziółkowskiej* oraz *Skali Postaw Rodzicielskich Plopy*. Dla wcześniej wyodrębnionych grup skrajnych: kontrolnej i eksperymentalnej we wskaźniku ogólnej gotowości anorektycznej zastosowano test t-studenta, który ma na celu sprawdzić obecność istotnych statystycznie różnic w spostrzeganiu postaw matek przez młodzież z niską i wysoką gotowością anorektyczną. Tabela 14 przedstawia uzyskane wskaźniki liczbowe.

Tab. 14. Dane liczbowe wskazujące na różnice w percepcji postaw matek przez młodzież z niską i wysoką gotowością anorektyczną.

POSTAWY RODZICIELSKIE MATEK	Grupa eksperymentalna Gr. WGA (N=34)		Grupa kontrolna Gr. NGA (N=34)		Statystyki	
	M	SD	M	SD	t	p
Akceptacji (AK)	32,41	12,72	30,06	9,15	- 0,88	0,384
Autonomii (AUT)	29,94	10,67	26,32	8,99	- 1,51	0,135
Ochraniająca (OCH)	38,35	8,78	42,47	8,21	1,20	0,050
Wymagająca (WYM)	50,24	10,41	54,09	7,55	1,75	0,085
Niekonsekwentna (NIEK)	54,15	9,30	58,26	8,86	1,87	0,066

Dane zawarte w tabeli 14 są graficznie zaprezentowane na poniższym wykresie.



Wyk. 2. Porównanie średnich wyników percepcji postaw matek w grupie eksperymentalnej i kontrolnej w Skali Postaw Rodzicielskich.

Analiza danych z powyższej tabeli pokazuje, że młodzież z grupy eksperymentalnej postrzega swoje matki jako mniej akceptujące ($M=32,41$), których postawy są mniej autonomiczne ($M=29,32$) i mniej ochraniające ($M=38,35$) niż postawy matek młodzieży z grupy kontrolnej. Również w wymiarze postawy wymagającej ($M=50,24$) i niekonsekwentnej ($54,15$) średnie arytmetyczne wyników osób z wysoką gotowością anorektyczną są niższe niż średnie uczniów z niską gotowością anorektyczną. Zatem matki młodzieży z grupy kontrolnej bardziej akceptują ($M=30,06$) i ochraniają ($M=42,47$) swoje dzieci. W większym stopniu pozwalają na autonomię ($M=26,32$) dzieci, ale też stawiają im więcej wymagań ($M=54,09$), co może się przyczyniać do postrzegania ich jako matki niekonsekwentne ($M=58,26$). Należy zauważyć, że różnice w wymiarach poszczególnych postaw są przede wszystkim ilościowe, a nie jakościowe. Zarówno wśród matek młodzieży z grupy kontrolnej, jak i eksperymentalnej dominują postawy niekonsekwentne oraz wymagające. Nieco rzadziej występują postawy ochraniające i akceptujące, a w najmniejszym stopniu młodzież zauważa postawy autonomiczne swoich matek.

Z powyższych danych wynika, że istotnie statystycznie różnice pomiędzy grupą eksperymentalną a kontrolną występują w postawie ochraniającej matek ($t=1,20$; $p=0,050$) oraz mniej wyraźnie w postawie niekonsekwentnej ($t=1,87$; $p=0,66$). Wyższe wartości średnich w tych dwóch postawach uzyskali badani z grupy kontrolnej. Taki układ wyników (mniejsza skłonność do ochraniaiania i stosunkowo wysoka niekonsekwencja postępowania) wskazuje na mało sprzyjające warunki wychowawcze stwarzane przez matki młodzieży z wyższą gotowością anorektyczną. Niedostateczne wsparcie ze strony matki w tym okresie

rozwojowym jest szczególnie istotnym czynnikiem ryzyka różnego typu zaburzeń w tym również nieprawidłowości odżywiania się.

4.3. Percepcja postaw ojców przez młodzież o różnym poziomie gotowości anorektycznej

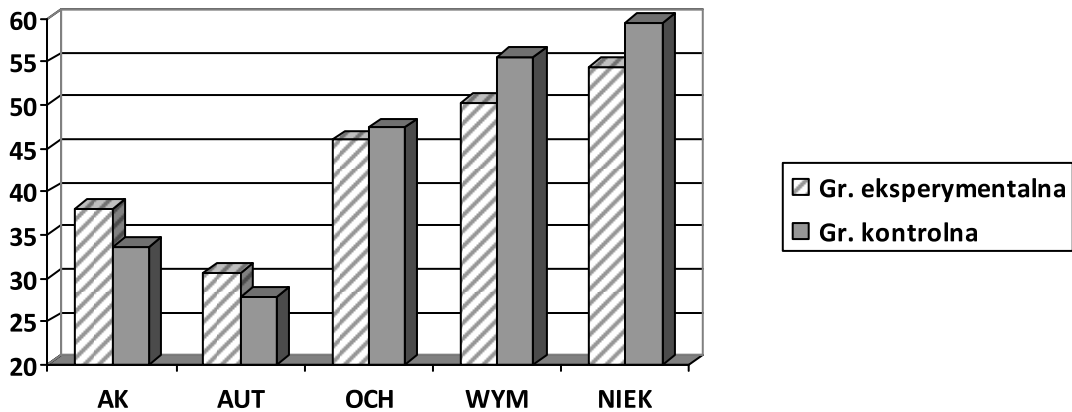
W tym podrozdziale zostanie przedstawiona analiza wyników grup skrajnych w percepcji postaw ojców analogicznie do postaw matek. Wyniki średnich i odchyłeń standardowych badanych osób są zawarte w tabeli 15.

Tab. 15. Dane liczbowe wskazujące na różnice w percepcji postaw ojców przez młodzież z niską i wysoką gotowością anorektyczną.

POSTAWY RODZICIELSKIE OJCÓW	Grupa eksperymentalna Gr. WGA (N=33)		Grupa kontrolna Gr. NGA (N=33)		Statystyki	
	M	SD	M	SD	t	p
Akceptacji (AK)	38,00	12,40	33,61	12,24	- 1,45	0,152
Autonomii (AUT)	30,73	10,52	27,91	12,25	- 1,00	0,320
Ochraniająca (OCH)	46,03	11,35	47,36	7,51	0,56	0,575
Wymagająca (WYM)	50,36	10,16	55,64	11,17	2,01	0,049
Niekonsekwentna (NIEK)	54,42	9,14	59,45	9,92	2,14	0,036

Z powyższej tabeli wynika, że młodzież z wysokim poziomem gotowości anorektycznej postrzega ojców przede wszystkim jako niekonsekwentnych (M=54,42) i wymagających (M=50,36), ale też w pewnym zakresie ochraniających (M=46,03). Rzadziej uczniowie ci wskazują na postawę akceptacji (M=38,00) oraz postawę autonomii (M=30,73) ojców. W zasadzie podobne odczucia względem ojców ma młodzież z niską gotowością anorektyczną. Ich ojcowie są głównie niekonsekwentni (M=59,45), wymagający (M=55,64), ochraniający (M=47,36). W mniejszym stopniu wykazują postawę akceptacji (M=33,61) oraz autonomii (M=27,91).

Wykres 3 obrazuje dane liczbowe ujęte w tabeli 15.



Wyk. 3. Porównanie średnich wyników percepcji postaw ojców w grupie eksperymentalnej i kontrolnej w *Skali Postaw Rodzicielskich*.

Porównania międzygrupowe wskazują na istotne statystycznie różnice w percepcji postawy niekonsekwentnej ojców ($t=2,14$; $p=0,036$) oraz postawy wymagającej ($t=2,01$; $p=0,049$). Młodzież z grupy kontrolnej postrzega swoich ojców jako bardziej niekonsekwentnych i wymagających niż uczniowie z grupy eksperymentalnej. Może to wynikać ze specyfiki wieku rozwojowego osób badanych. Młodzież w okresie adolescencji przysparza rodzicom najwięcej trudności wychowawczych. Co więcej na wyniki osób z wysokim poziomem gotowości anorektycznej może rzutować tendencja do idealizacji obrazu własnej rodziny, na co wskazywał wspomniany wcześniej Vandereycken (2002, za: Józefik, 2006). W kolejnym rozdziale zostanie porównana percepcja postaw matek i ojców przez młodzież o różnym typie gotowości anorektycznej.

Rozdział 5. Percepcja postaw rodzicielskich przez młodzież o różnym stosunku do jedzenia

Treść niniejszego rozdziału dotyczy spostrzegania postaw matek i ojców przez młodzież o różnym sposobie ustosunkowania się do jedzenia. Zostanie tutaj zaprezentowany sposób wyodrębnienia grup homogenicznych oraz ich dokładny opis. Kolejno analizy będą dotyczyły wyników porównawczych postaw matek oraz postaw ojców młodzieży o różnym stosunku do jedzenia. Ostatnia część rozdziału to podsumowanie i dyskusja wyników.

5.1. Sposób wyodrębnienia grup homogenicznych

Grupy homogeniczne zostały wyodrębnione na podstawie analizy skupień metodą *k-średnich* wykonanych na wynikach siedmiu czynników ujmowanych przez *Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia* Ziółkowskiej. Są to:

- Emocje związane z jedzeniem (Em-Jedz),
- Ograniczanie jedzenia (Ogr-Jedz),
- Ocena i kontrola atrakcyjności (Oc-Atr),
- Wpływ reklamy i kultury masowej (Mas-Med),
- Formy „zbijania wagi” (Form-ZbW),
- Jedzenie a stosunki społeczne (Jedz-Rel),
- Perfekcjonizm, rywalizacja (Perf-Ryw).

Analiza statystyczna wyników 123 osób badanych, uzyskanych za pomocą *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia Ziółkowskiej* i wyrażonych w skali z , pozwoliła na wyłonienie trzech w miarę homogenicznych grup młodzieży o zróżnicowanym stosunku do jedzenia:

- grupa I (46 osób): *Gotowi anorektycznie*,
- grupa II (45 osób): *Perfekjoniści*,
- grupa III (32 osoby): *Akceptujący łaknienie*.

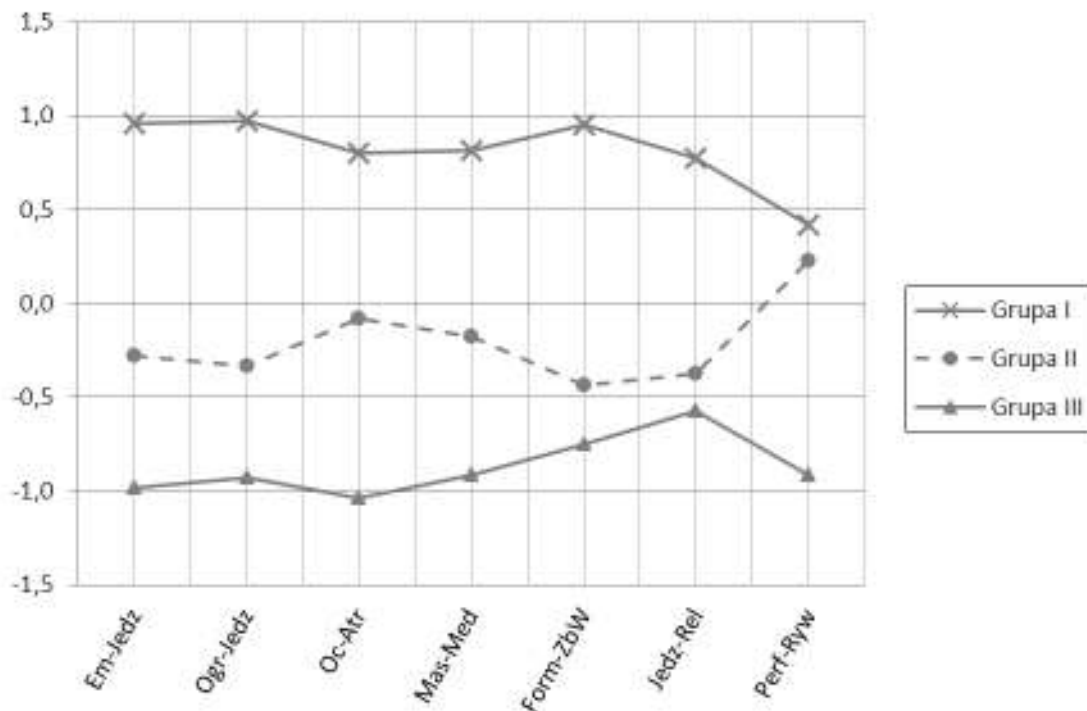
Wyniki poszczególnych grup są ujęte w tabeli 16 oraz zobrazowane na wykresie 4.

Tab. 16. Porównanie średnich wyników (wyrażonych w skali z) uzyskanych przez młodzież o różnym stosunku do jedzenia w *Kwestionariuszu do badania indywidualnego stosunku do jedzenia*.

WYMIARY GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ	GRUPA I <i>Gotowi anorektycznie</i> (N=46)		GRUPA II <i>Perfekjoniści</i> (N=45)		GRUPA III <i>Akceptujący łaknienie</i> (N=32)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Emocje związane z jedzeniem	0,96	0,71	- 0,28	0,59	- 0,98	0,51
Ograniczanie jedzenia	0,97	0,69	- 0,33	0,57	- 0,93	0,57
Ocena i kontrola atrakcyjności	0,80	0,72	- 0,08	0,61	- 1,04	0,75
Wpływ reklamy i kultury masowej	0,81	0,74	- 0,18	0,78	- 0,92	0,62
Formy „zbijania wagi”	0,95	0,97	- 0,43	0,42	- 0,75	0,36
Jedzenie a stosunki społeczne	0,77	0,94	- 0,38	0,75	- 0,58	0,65
Perfekcjonizm, rywalizacja	0,42	0,90	0,22	0,76	- 0,91	0,87

Najwyższe wartości średnich w każdym z wymiarów uzyskała młodzież z grupy I w porównaniu z pozostałymi dwoma grupami. W tej grupie najwięcej punktów zdobył wymiar *Ograniczanie jedzenia* (M=0,97), a najmniej *Perfekcjonizm, rywalizacja* (M=0,42). W przeciwieństwie do grupy II, gdzie *Perfekcjonizm, rywalizacja* (M=0,22) okazał się najwyższym punktowym wymiarem, a najniższym *Formy „zbijania wagi”* (M= - 0,43). Natomiast w grupie

III osoby badane zdobyły najwięcej punktów w skali *Jedzenie a stosunki społeczne* ($M = -0,58$), a najmniej w skali *Ocena i kontrola atrakcyjności* ($M = -1,04$).



Wyk. 4. Konfiguracja wyników uzyskanych przez młodzież z trzech grup homogenicznych w wymiarach *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia*.

Pierwsza z grup homogenicznych została nazwana *Gotowi anorektycznie*, ponieważ w wymiarze *Ograniczanie jedzenia* uzyskała najwyższy wynik ($M = 0,97$). Jest to grupa, którą cechuje najwyższy poziom gotowości anorektycznej. Poza stosowaniem diety polegającej na minimalizowaniu spożywanych pokarmów, osoby te także praktykują inne formy „zbijania wagi”. Mogą to być intensywne ćwiczenia lub zażywanie środków wspomagających odchudzanie. Nieodłącznym elementem tego procesu są negatywne emocje, na które także często wskazywali badani z tej grupy ($M = 0,96$). Ponadto odchudzający się uczniowie nierzadko oceniają swoją atrakcyjność przez pryzmat szczupłych modelek i aktorów wykreowanych przez współczesną kulturę masową. Co więcej, zdarza się, że unikają jedzenia w towarzystwie. Natomiast najniższy wynik ze wszystkich wymiarów uczniowie uzyskali w *Perfekcjonizmie, rywalizacji* ($M = 0,42$), mimo tego jest on i tak wyższy od wyników uzyskanych przez młodzież z grupy II i III. Może to sugerować, że osoby z wysokim poziomem gotowości anorektycznej osiągnęły już pewien stopień perfekcjonizmu, który pozwala im na konsekwentne i wytrwałe dążenie do obranego celu.

Drugą grupą są *Perfekjoniści*. Jest to młodzież ze średnim poziomem gotowości anorektycznej. Jednak ich cechy perfekcjonistyczne oraz chęć rywalizacji mogą wpływać na zwiększenie się częstotliwości zachowań anorektycznych ujętych w innych wymiarach. Tym bardziej, że kolejny z najwyższych wyników w tej grupie dotyczy wymiaru *Ocena i kontrola atrakcyjności* ($M = -0,08$), co świadczy o zwracaniu uwagi na wygląd zewnętrzny oraz wagę i wymiary ciała przez badaną młodzież.

Trzecia grupa charakteryzuje się akceptacją własnego łaknienia. Świadczą o tym najniższe wyniki w każdym z wymiarów *Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia*. Młodzież ta nie stosuje diet i głodówek, nie myśli obsesyjnie o swoim wyglądzie i nie stara się być we wszystkim perfekcyjna. Jednak ze względu na specyfikę wieku rozwojowego osób badanych, należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia, w niewielkim stopniu, niektórych zachowań wchodzących w skład wymiarów metody do badania gotowości anorektycznej.

Liczba osób w wyodrębnionych i wyżej omówionych grupach homogenicznych jest porównywalna, co wnioskuje się na podstawie danych zawartych w tabeli 17.

Tab. 17. Procentowy rozkład liczebności grup homogenicznych o różnym stosunku do jedzenia.

GRUPA	N	%
Gr. I: <i>Gotowi anorektycznie</i>	46	37,40
Gr. II: <i>Perfekjoniści</i>	45	36,58
Gr. III: <i>Akceptujący łaknienie</i>	32	26,02
RAZEM	123	100,00

Najliczniejszą grupę stanowi młodzież *Gotowa anorektycznie*. W jej skład wchodzi 46 osób, co stanowi 37,40%. Jednak niewiele mniejszą jest grupa *Perfekjonistów*, która liczy 45 osób, czyli 36,58%. Natomiast osób z najniższą gotowością anorektyczną, wchodzących w skład grupy *Akceptujących łaknienie*, jest 32, co z kolei stanowi 26,02% wszystkich badanych uczniów.

Dla tak wyłonionych grup zostaną dokonane porównania w zakresie percepcji postaw matek, a następnie w zakresie percepcji postaw ojców.

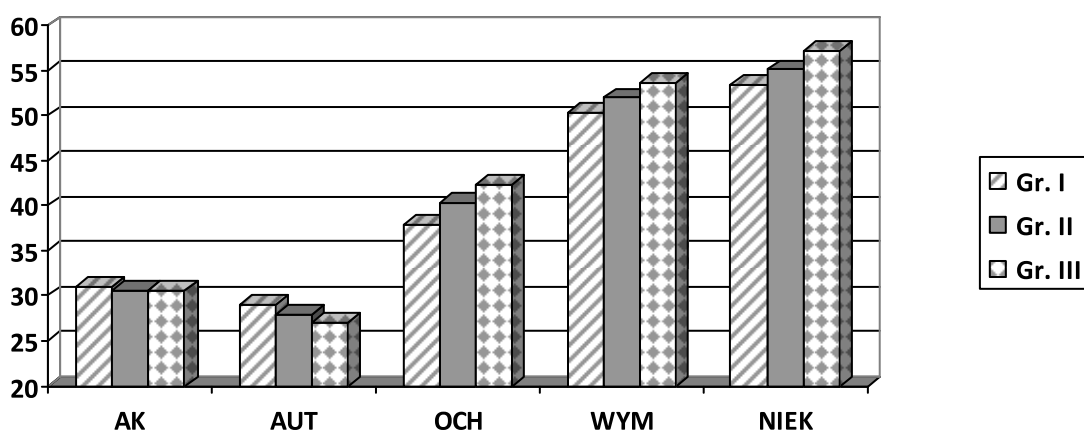
5.2. Postawy matek w percepcji młodzieży o różnym stosunku do jedzenia

W tym podrozdziale zostanie przedstawiona analiza percepcji postaw matek przez młodzież z trzech wyodrębnionych grup homogenicznych. Za pomocą testu ANOVA, a następnie testu Gamesa-Howella zestawiono wyniki uzyskane w *Skali Postaw Rodzicielskich* autorstwa Plopy. Rezultaty te w postaci średniej, odchylenia standardowego oraz poziomu ufności zostały uwzględnione w tabeli 18.

Tab. 18. Porównanie percepcji postaw matek młodzieży o różnym stosunku do jedzenia.

GRUPY POSTAWY MATEK	GRUPA I <i>Gotowi anorektycznie</i>		GRUPA II <i>Perfekjoniści</i>		GRUPA III <i>Akceptujący łaknienie</i>		F	P	Test Gamesa- Howella
	M	SD	M	SD	M	SD			
Akceptacji	31,09	12,02	30,62	10,00	30,59	9,78	0,03	0,972	
Autonomii	28,96	10,32	27,84	9,97	27,03	9,19	0,37	0,691	
Ochroniająca	37,83	8,44	40,40	7,50	42,31	9,57	2,78	0,066	[I-III]
Wymagająca	50,28	10,14	51,98	10,37	53,66	8,03	1,15	0,321	
Niekonsekwentna	53,46	8,83	55,11	10,09	57,19	8,73	1,53	0,222	

Różnice w średnich uzyskanych przez poszczególne grupy w pięciu wymiarach postaw rodzicielskich matek obrazuje poniższy wykres.



Wyk. 5. Wymiary postaw matek w percepcji młodzieży z poszczególnych grup homogenicznych.

Przeprowadzając analizę danych z tabeli 18 należy zaznaczyć, że matki młodzieży z trzech grup homogenicznych różnią się istotnie tylko w wymiarze postawy ochraniającej ($F=2,78$; $p=0,066$). Wyniki średnich wskazują, że młodzież z wysoką gotowością anorektyczną postrzega swoje matki jako zdecydowanie mniej ochraniające ($M=37,83$) niż młodzież z niską gotowością anorektyczną ($M=42,31$). Matki w percepcji młodzieży *Gotowej anorektycznie* są przede wszystkim niekonsekwentne ($M=53,46$) i wymagające ($M=50,28$). W mniejszym stopniu wykazują postawy ochraniające ($M=37,83$), akceptacji ($M=31,09$) i autonomii ($M=28,96$). Uczniowie o cechach perfekcjonistycznych opisują swoje matki także jako niekonsekwentne ($M=55,11$) i wymagające ($M=51,98$), a w dalszej kolejności jako ochraniające ($M=40,40$), akceptujące ($M=30,62$) i obdarzające autonomią ($M=27,84$). Taka sama konfiguracja wyników powtarza się w postawach matek młodzieży *Akceptującej łaknienie*. Najsilniej zaznacza się postawa niekonsekwentna ($M=57,19$) i wymagająca ($M=53,66$), kolejno postawy: ochraniająca ($M=42,31$), akceptacji ($M=30,59$) i autonomii ($M=27,03$).

Różnice w percepcji postaw matek przez uczniów z trzech wyodrębnionych grup występują jedynie na poziomie ilościowym, a nie jakościowym. Uczniowie z wysokim, średnim i niskim poziomem gotowości anorektycznej wskazują na brak konsekwencji w zachowaniu swoich matek oraz zarzucają im zbyt wygórowane wymagania. Z jednej strony są to troskliwe matki, ale z drugiej strony nie potrafią one zaspokoić psychologicznych potrzeb dziecka. Ponadto nadmiernie ograniczają one autonomię dziecka, które w tym wieku rozwojowym potrzebuje jej coraz więcej. Powyższa analiza potwierdza, a nawet wskazuje na jeszcze większe niedostatki ochraniań i wspierania ze strony matki wśród młodzieży z wysoką gotowością anorektyczną w porównaniu z wynikami zawartymi w tabeli 14, opisującej różnice w postawach matek młodzieży z grup skrajnych. Może to sugerować, że ryzyko wystąpienia zaburzeń łaknienia pojawia się w przypadku młodzieży, których matki są zdystansowane i chłodne emocjonalnie, nie potrafią zapewnić swoim dzieciom dostatecznej opieki i bezpośredniej bliskości.

5.3. Postawy ojców w percepcji młodzieży o różnym stosunku do jedzenia

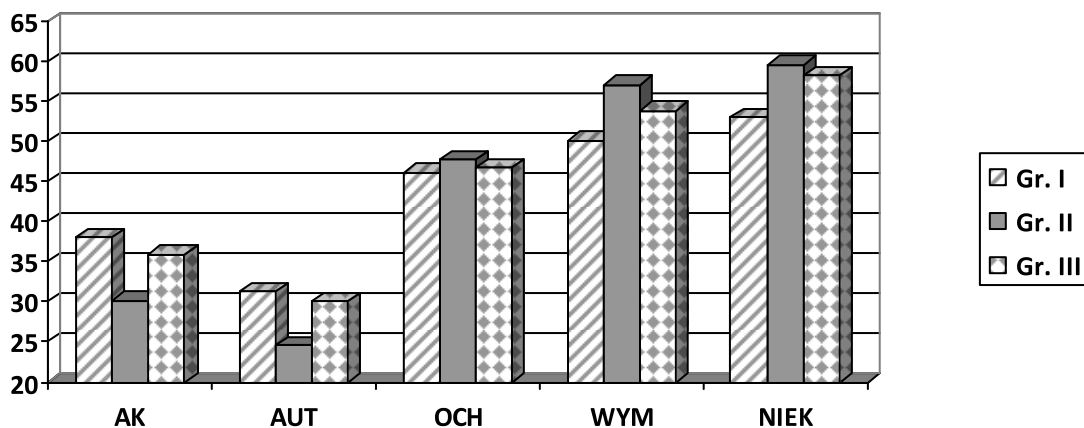
Kolejny etap analizy danych dotyczy porównania grup homogenicznych w zakresie percepcji postaw ojców. Zastosowano podobną procedurę jak w przypadku porównań w

wymiarach postaw matek. Wyniki ze *Skali Postaw Rodzicielskich* odnoszące się do percepcji postaw ojca przez młodzież o różnym typie gotowości anorektycznej zawiera tabela 19.

Tab. 19. Porównanie percepcji postaw ojców młodzieży o różnym stosunku do jedzenia.

GRUPY POSTAWY OJCÓW	GRUPA I <i>Gotowi anorektycznie</i>		GRUPA II <i>Perfekjoniści</i>		GRUPA III <i>Akceptujący łaknienie</i>		F	p	Test Gamesa- Howella
	M	SD	M	SD	M	SD			
Akceptacji	38,02	12,07	30,09	9,73	35,81	11,79	5,76	0,004	[I-II]
Autonomii	31,27	11,32	24,51	9,15	30,00	12,14	4,69	0,011	[I-II]
Ochroniająca	46,16	10,47	47,72	7,10	46,71	7,90	0,36	0,698	
Wymagająca	50,09	10,43	57,16	8,93	53,81	11,06	5,41	0,006	[I-II]
Niekonsekwentna	53,00	9,86	59,63	9,47	58,19	10,30	5,44	0,006	[I-II]

Zamieszczone dane w tabeli 19 zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wyk. 6. Wymiary postaw ojców w percepcji młodzieży z poszczególnych grup homogenicznych.

Z porównań międzygrupowych wynika, że różnice istotne statystycznie występują w czterech wymiarach postaw ojcowskich: akceptacji ($F=5,76$; $p=0,004$), autonomii ($F=4,69$; $p=0,011$), postawie wymagającej ($F=5,41$; $p=0,006$) i niekonsekwentnej ($F=5,44$; $p=0,006$). Wymienione postawy są istotnie różne dla młodzieży z grup I i II.

Osoby badane w każdej z trzech grup oceniają ojców głównie jako niekonsekwentnych, przy czym bardziej niekonsekwentni są ojcowie *Perfekjonistów*

($M=59,63$) niż uczniów *Gotowych anorektycznie* ($M=53,00$). Kolejną postawą ojcowską, także często wymienianą przez uczniów, jest postaw wymagająca. Na nią wyraźnie częściej wskazują osoby badane z grupy II ($M=57,16$) niż młodzież z grupy I ($M=50,09$). Postawą, która także różnicuje młodzież z grup I i II jest akceptacja. Wyższy wynik średniej grupy I sugeruje, że uczniowie *Gotowi anorektycznie* ($M=38,02$) są w większym stopniu akceptowani przez ojców niż *Perfekjoniści* ($M=30,09$). Ojcowie z wszystkich trzech grup homogenicznych są postrzegani jako ograniczający autonomię swoich dzieci, ale najwyraźniej jest to widoczne w przypadku *Perfekjonistów* ($M=24,51$), a najmniej w grupie *Gotowych anorektycznie* ($M=31,27$).

Uogólniając, postawy ojców we wszystkich wyodrębnionych grupach cechują się silną niekonsekwencją i wysokimi wymaganiami. Ojcowie podchodzą zbyt bezwzględnie do wychowania dzieci. Są mało tolerancyjni i zbyt często narzucają dzieciom swoje zdanie. Możliwe, że w ten sposób chcą zapewnić im poczucie bezpieczeństwa. W efekcie jednak badana młodzież odsuwa się od nich emocjonalnie i ma poczucie odrzucenia. Dodatkowo ograniczanie autonomii młodzieży może być źródłem konfliktów, a nawet buntu.

5.4. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników

Realizowany program badawczy miał na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie dotyczące różnic w percepcji postaw rodzicielskich matek i ojców przez młodzież z gotowością anorektyczną a młodzieżą nie wykazującą takich skłonności. W związku z tym przeprowadzono badania psychologiczne, których wyniki zostały poddane analizie statystycznej i posłużyły do weryfikacji przyjętych hipotez badawczych.

Pierwsza z przyjętych hipotez (H_1) zakładała, że *Matki postrzegane przez młodzież z gotowością anorektyczną są bardziej ochraniające niż matki postrzegane przez młodzież bez takich skłonności*. Hipoteza ta została sfalsyfikowana na podstawie danych z tabeli 14. Okazało się, że uczniowie z niskim poziomem gotowości anorektycznej oceniają matki jako zdecydowanie bardziej ochraniające niż uczniowie z wyższą gotowością anorektyczną. Wskazuje na to istotna statystycznie różnica w tym wymiarze *Skali Postaw Rodzicielskich* ($p=0,050$) pomiędzy grupą eksperymentalną a kontrolną. W tym przypadku można wysunąć wniosek, że młodzież zagrożona Syndromem Gotowości Anorektycznej odbiera swoje matki jako obojętne i nie angażujące się ich w sprawy. Skutkiem tego może być niezaspokojenie jednej z podstawowych potrzeb dziecka, jaką jest poczucie bezpieczeństwa. Pomimo braku

potwierdzenia założonej hipotezy badawczej, należy zwrócić uwagę, że w literaturze przedmiotu wskazuje się na zaburzone relacje w rodzinie jako jedną z możliwych przyczyn wystąpienia zachowań anorektycznych. Jest prawdopodobne, że analizowany przykład młodzieży z wysoką gotowością anorektyczną dotyczy zbyt odległych stosunków rodzinnych.

Treść drugiej postawionej hipotezy (H_2) to: *Ojców w percepcji młodzieży z gotowością anorektyczną charakteryzuje w większym stopniu postawa odrzucenia niż w grupie bez takich skłonności.* Analiza danych zawartych w tabeli 15 potwierdziła tą hipotezę. Co prawda różnica wyników nie jest istotna statystycznie, ale wskazuje, że ojcowie młodzieży z grupy kontrolnej w większym stopniu akceptują swoje dzieci niż ojcowie z grupy eksperymentalnej. Dane te potwierdzają także hipotezę czwartą (H_4): *Młodzież z wyższą gotowością anorektyczną w mniejszym stopniu czuje się kochana przez ojców niż młodzież z niską gotowością anorektyczną.* Brak miłości ze strony ojców przejawia się nie tylko we wspomnianej już bardziej nasilonej postawie odrzucającej podkreślanej przez młodzież z grupy eksperymentalnej, ale potwierdzają to także inne średnie wyników zamieszczone w tabeli 15. Uczniowie z wyższą gotowością anorektyczną czują się bardziej ograniczani przez ojców ze względu na ich niewystarczającą postawę respektowania autonomii w przeciwieństwie do ojców uczniów z niską gotowością anorektyczną. Co więcej ojcowie w percepcji adolescentów z Syndromem Gotowości Anorektycznej darzą ich mniejszą troską i wsparciem niż ojcowie adolescentów nie wykazujących takich skłonności. Należy też dodać, że istotne statystycznie różnice wystąpiły w postawie wymagającej ($p=0,049$) i postawie niekonsekwentnej ($p=0,036$) ojców młodzieży z grup eksperymentalnej i kontrolnej. Wyższe wymagania w stosunku do swoich dzieci oraz silniejszą postawę niekonsekwentną mają ojcowie osób badanych z grupy kontrolnej. Może to sugerować, że młodzież z wyższą gotowością anorektyczną jest bardziej obojętna swoim ojcom. Ich relacje rodzinne są pozbawione bliskości, a sposób wychowania jest bardziej pasywny, choć równie niekonsekwentny jak w przypadku młodzieży z niską gotowością anorektyczną.

Kolejna z przyjętych hipotez brzmi (H_3): *Postawa nadmiernego wymagania ze strony matek częściej występuje w grupie eksperymentalnej niż w grupie kontrolnej.* Wyniki z tabeli 14 falsyfikują tę hipotezę. Wartość średniej uzyskanej przez młodzież z wyższym poziomem gotowości anorektycznej w wymiarze postawy wymagającej matek jest niższa ($M=50,24$) niż w przypadku młodzieży z niskim poziomem gotowości anorektycznej ($M=54,09$). Zatem matki adolescentów z grupy eksperymentalnej są oceniane jako bardziej wyrozumiałe i tolerancyjne niż matki młodzieży z grupy kontrolnej. Jest to sprzeczne z wynikami badań

Ziółkowskiej (2001), z których wynika, że matki dziewcząt z Syndromem Gotowości Anorektycznej są bardziej wymagające i bezwzględne w stosunku do swoich córek.

Ostatnia z hipotez (H_5) wskazuje, że: *Młodzież o różnym stosunku do jedzenia postrzega swoich rodziców w sposób zróżnicowany*. Hipoteza ta została częściowo potwierdzona na podstawie informacji zawartych w tabeli 18 i 19. Większe zróżnicowanie percepcji postaw rodzicielskich odnotowano wśród ojców. Grupa I – *Gotowi anorektycznie* jest bardziej akceptowana ($p=0,004$) oraz obdarzana większą autonomią ($p=0,011$) przez swoich ojców niż grupa II – *Perfekjoniści*. Z kolei *Perfekjoniści* w większym stopniu zwracają uwagę na wygórowane wymagania ($p=0,006$) ojców oraz na postawę niekonsekwentną ($p=0,006$) w przeciwieństwie do *Gotowych anorektycznie*. W przypadku postaw matek wyraźne różnice wykazano w percepcji postawy ochraniającej ($p=0,066$) przez młodzież z grup I i III. Matki adolescentów *Gotowych anorektycznie* wspierają swoje dzieci w mniejszym stopniu niż matki młodzieży charakteryzującej się właściwym stosunkiem do jedzenia.

W realizowanym programie badawczym założono pięć wyżej przytoczonych hipotez dotyczących postaw rodzicielskich i gotowości anorektycznej. Przeprowadzona analiza badań psychologicznych pozwoliła na całkowite przyjęcie dwóch hipotez (H_2 i H_4), częściowe potwierdzenie jednej z nich (H_5) oraz odrzucenie dwóch (H_1 i H_3).

Podsumowując, dane uzyskane za pomocą testu t-studenta oraz analizy skupień metodą k-średnich nie wykluczają się wzajemnie. Z porównań tych wynika, że badana młodzież postrzega rodziców głównie jako niekonsekwentnych oraz wymagających, którzy w przeciętnym stopniu przejawiają postawę ochraniającą. Ponadto osoby badane czują się w pewnym stopniu odrzucane i ograniczane przez swoich rodziców. Jednak warto tutaj zaznaczyć, że wyniki przeprowadzonych badań należy odczytywać przez pryzmat subiektywnej oceny poznawczej młodzieży gimnazjalnej, która znajduje się w specyficznym wieku rozwojowym charakteryzującym się często postawą opozycyjną w stosunku do rodziców.

Rezultaty przeprowadzonego programu badawczego w pewnym stopniu pokrywają się z wynikami dotychczasowych badań naukowych dotyczących problematyki zaburzeń odżywiania i postaw rodzicielskich. Analizując literaturę przedmiotu, należy zwrócić uwagę, że już w 1978 roku Minuchin (za: Namysłowska, 1997) w modelu rodziny somatycznej wskazał na nadopiekuńczość jako jeden z czynników ryzyka powstawania zaburzeń, w tym także anoreksji. Częściowo pokrywa się to z wnioskami wyciągniętymi przez Izydorczyk i Trepkę-Starosta (2003) na podstawie wyników badań własnych, z których wynika, że matki dziewcząt cierpiących na anoreksję są bardziej łagodne i uległe, a to z kolei sprzyja

kształtowaniu postawy nadmiernie ochraniającej. Jednak istnieje także grupa badań, które wskazują, że niedostateczna opieka, małe wsparcie i niskie zaangażowanie emocjonalne ze strony matek wiążą się z możliwością wystąpienia zaburzeń łaknienia wśród młodzieży. Przykładowo są to badania Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer i Bachar (2008), które sugerują, że pacjentki z anorexia nervosa postrzegają swoich rodziców jako mało opiekuńczych i nadmiernie kontrolujących. W innych badaniach Cunha, Relvas i Soares (2009) wykazały, że w rodzinach anorektycznych występuje dystans emocjonalny pomiędzy rodzicami a córkami, przy czym zdecydowanie mniejszym zaufaniem dziewczęta obdarzają matki, z nimi także mają wyraźnie słabszy kontakt. Informacje te korespondują z wnioskami wyciągniętymi z przeprowadzonych badań. Matki badanej młodzieży z wysoką gotowością anorektyczną w mniejszym stopniu akceptują swoje dzieci oraz bardziej ograniczają ich autonomię w porównaniu do matek uczniów z niską gotowością anorektyczną. Osoby badane z Syndromem Gotowości Anorektycznej mogą mieć mniejsze poczucie bezpieczeństwa zarówno ze strony matek, jak i ojców. Ich rodzice nie zapewniają im wystarczającej opieki i wsparcia, co wyraża się w zdecydowanie niższym wyniku w postawie ochraniającej w przeciwieństwie do grupy kontrolnej. Co więcej, zarówno młodzież z tendencjami anorektycznymi, jak też uczniowie bez takich skłonności, wskazują na dominujące postawy nadmiernego wymagania i niekonsekwencji w postępowaniu swoich rodziców. Częściowo pokrywa się to z wynikami badań Ziółkowskiej (2001), z których wynika, że matki dziewcząt z Syndromem Gotowości Anorektycznej mają wygórowane wymagania względem swoich córek, wzmacniają w nich kształtowanie się perfekcjonizmu oraz wysokich ambicji. Natomiast Chuchra, Drzazga i Pawłowska (2004) wskazują na cechy ambiwalentne matek dziewcząt chorujących na anoreksję. Może to w pewnym sensie odnosić się do dominującej postawy niekonsekwentnej wśród badanej młodzieży w badaniach własnych. Z badań Chuchry, Drzazgi i Pawłowskiej (2004) wynika też, że ojcowie chorych dziewcząt są mniej kochający i bardziej odtrącający niż ojcowie dziewcząt zdrowych. Analiza badań własnych za pomocą testu t-studenta potwierdziła te wnioski. Ojcowie w percepcji młodzieży z grupy eksperymentalnej cechują się niskim zaangażowaniem emocjonalnym w kontaktach z dzieckiem, okazują im mniej ciepła i troski, dają mniej swobody, ale też mniej wymagają, co może świadczyć o większej obojętności wobec dziecka. Natomiast analiza skupień metodą k-średnich wskazała, że bardziej odtrącający, ograniczający, wymagający i niekonsekwentni są ojcowie *Perfekjonistów* niż *Gotowych Anorektycznie*. Wyjaśnia to Vandereycken (2002, za: Józefik, 2006), który uważa, że osoby w bardziej zaawansowanym stadium chorobowym mają w większym stopniu zniekształconą percepcję relacji rodzinnych i przez to mogą starać się

idealizować postawy rodzicielskie. Ponadto z badań Nitendel – Bujakowa i Szewczyk (2003) wynika, że nie tylko chore córki mogą subiektywnie postrzegać życie rodzinne. Podobnie ojcowie idealizują badane dziewczęta i minimalizują trudności we wzajemnych relacjach. Uświadamia to, jak utrudnione jest uzyskanie obiektywnych wyników ukazujących relacje w rodzinach anorektycznych.

Na koniec należy także zwrócić uwagę na kilka czynników, które miały wpływ na uzyskane wyniki w przeprowadzonych badaniach własnych. Zdecydowana większość dotychczasowych badań w poruszanej tematyce obejmuje pacjentów ze zdiagnozowaną anoreksją, dlatego ich wyniki mogą różnić się od osób z Syndromem Gotowości Anorektycznej. Co więcej, badaniami obejmowane są głównie dziewczęta, u których dominuje ta jednostka chorobowa w przeciwieństwie do chłopców. Ponadto Józefik (2006) wskazuje, że osoby z anoreksją restrykcyjną postrzegają relacje rodzinne bardziej pozytywnie, choć mniej realnie niż osoby z anoreksją bulimiczną. Natomiast w przypadku Syndromu Gotowości Anorektycznej nie ma rozróżnienia pod tym względem, dlatego wyniki mogą być bardziej uśrednione.

Zakończenie

Zaburzenia odżywiania nie są fenomenem współczesnych czasów. Analizy historyczne wskazują, że różne formy ograniczania jedzenia już od dawna występowały w kulturze, jednak nie były one przedmiotem zainteresowania medycyny. Wówczas najczęściej interpretowano je jako działanie sił nadprzyrodzonych lub formę praktyk religijnych. Dopiero w XIX wieku dokonano medykalizacji anoreksji, a w 1948 roku Berkman rozróżnił zaburzenia łaknienia spowodowanymi czynnikami psychicznymi od zaburzeń odżywiania występującymi w związku z organicznym uszkodzeniem przysadki (Wąsik, 2009). Obecnie literatura przedmiotu wyraźnie wskazuje, że jadłowstręt psychiczny ma wieloczynnikowe podłoże. Anoreksję może zapoczątkować choroba somatyczna obligująca pacjentkę do przestrzegania ścisłej diety, obniżona samoocena wynikająca z wadliwych relacji rodzinnych, cechy osobowości: skłonności perfekcjonistyczne, potrzeba poczucia całkowitej kontroli, indywidualne, stresujące doświadczenia życiowe, brak satysfakcji z wyglądu zewnętrznego bądź wzorowanie się na współczesnych kanonach piękna kobiecego ciała lansowanych przez szeroko pojętą kulturę. Każdy z tych czynników może powodować nieprawidłowości w psychospołecznym funkcjonowaniu dorastających kobiet, które to najczęściej są ofiarami zaburzeń odżywiania. Badacze szacują, że na anoreksję cierpi około 1% dziewcząt w wieku 13-19 lat, ale odsetek ten stopniowo wzrasta, a wiek zachorowalności obniża się (Namysłowska, 1997; Józefik, 1999; Rajewski, 2003). Starzomska (2008) dodaje, że jadłowstręt psychiczny ma najwyższy wskaźnik śmiertelności wśród wszystkich zaburzeń psychicznych. Młode osoby często utożsamiają idealny wygląd zewnętrzny – szczupłe, atrakcyjne ciało, z powodzeniem i życiowym sukcesem, dlatego masowo stosują różnorakie

diety. Jest to moda propagowana na szeroką skalę przez mass-media. Paradoksem jest, że to mass-media, głównie telewizja i prasa, stanowią także główne źródło wiedzy społeczeństwa na temat zaburzeń odżywiania jak wynika z badań Heropolitańskiej-Janik i Jeżewskiej-Zychowicz (2003). Zatem środki masowego przekazu mogą odgrywać istotną rolę w pomniejszaniu eskalacji jadłowstrętu psychicznego. Niemniej jednak najważniejszą rolę przypisuje się najbliższemu środowisku adolescentów, jakim jest rodzina i szkoła. Nacisk oddziaływań profilaktycznych na te dwa środowiska wychowawcze stanowi punkt wyjścia w walce z anoreksją. Natomiast skuteczne programy profilaktyczne są tworzone w oparciu o aktualne wyniki badań naukowych w obrębie danej problematyki. W związku z tym zasadne było opracowanie projektu badawczego, w oparciu o literaturę przedmiotu i rezultaty dotychczasowych badań, uwzględniającego tendencje młodzieży do zachowań anorektycznych oraz ich percepcję postaw rodzicielskich.

W realizowanym programie badawczym główny problem został ujęty w formie następującego pytania ogólnego: ***Czy i jakie różnice występują w percepcji postaw rodzicielskich pomiędzy młodzieżą z gotowością anorektyczną a młodzieżą nie wykazującą takich skłonności?***

Tak sformułowany problem badawczy uściślono dodatkowymi pytaniami dotyczącymi różnic w percepcji postaw rodzicielskich matek i ojców młodzieży o różnym poziomie gotowości anorektycznej oraz o różnym stosunku do jedzenia.

W celu odpowiedzi na pytanie problemowe oraz weryfikacji postawionych hipotez w realizowanym programie badawczym przeprowadzono własne badania psychologiczne. Uczestniczyło w nich 123 osoby, 67 dziewcząt i 56 chłopców, w wieku 13-15 lat uczęszczających do gimnazjum w Nowym Sączu. W badaniach zastosowano następujące narzędzia psychologiczne:

- *Kwestionariusz do badania indywidualnego stosunku do jedzenia*, autorstwa Ziółkowskiej;
- *Skala Postaw Rodzicielskich*, autorstwa Plopy;
- *Arkusz personalny* własnej konstrukcji.

Zebrany materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej i psychologicznej. Jej rezultaty są zaprezentowane w rozdziałach czwartym i piątym. Uzyskane dane pozwalają na sformułowanie kilku głównych wniosków dotyczących gotowości anorektycznej oraz percepcji postaw rodzicielskich. Można stwierdzić, że młodzież z gotowością anorektyczną różni się pod względem ilościowym, nie zaś jakościowym w postrzeganiu postaw rodzicielskich matek i ojców w porównaniu z młodzieżą nie wykazującą takich skłonności.

Zarówno osoby z Syndromem Gotowości Anorektycznej, jak i bez niego określają swoich rodziców przede wszystkim jako niekonsekwentnych i wymagających, przeciętnie ochraniających oraz w mniejszym stopniu akceptujących i obdarzających autonomią. Przy czym matki w percepcji uczniów z wysoką gotowością anorektyczną są wyraźnie mniej ochraniające, ale bardziej konsekwentne niż matki osób z niską gotowością anorektyczną. Ponadto adolescenty z gotowością anorektyczną czują się mniej kochani przez ojców niż młodzież bez takich skłonności. Postrzegają ich jako bardziej odrzucających, ograniczających, wymagających, niekonsekwentnych i mniej ochraniających. Co więcej młodzież, która ma przeciętny poziom gotowości anorektycznej, ale nasilenie cechy perfekcjonizmu postrzega ojców jako zdecydowanie bardziej niekonsekwentnych, wymagających, odtrącających i ograniczających w porównaniu z młodzieżą gotową anorektycznie.

Rezultaty badań własnych w dużym stopniu pokrywają się z doniesieniami z dotychczas prowadzonych badań nad percepcją postaw rodzicielskich matek i ojców przez młodzież z jądłowstrętem psychicznym (Chuchra, Drzazga i Pawłowska, 2004; Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer i Bachar, 2008; Cunha, Relvas i Soares, 2009). Również Ziółkowska (2001) w badaniach nad Syndromem Gotowości Anorektycznej zwróciła uwagę na wygórowane wymagania matek nasilające perfekcjonizm i ambicje córek z tendencjami anorektycznymi. Autorka także zaznaczyła, że w wynikach badań nad relacjami w rodzinach anorektycznych zachodzą pewne różnice, ponieważ nieprawidłowości w postawie do jedzenia mogą współwystępować zarówno ze zbyt odległym, obojętnym, ale też zbyt bliskim, nadopiekuńczym, stosunkiem rodziców względem dzieci. Może to w pewnym stopniu wyjaśniać, dlaczego nie wszystkie z przyjętych hipotez znalazły potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach własnych. Na ich podstawie można ogólnie stwierdzić, że młodzież charakteryzująca się gotowością anorektyczną wskazuje na zbyt odległe relacje w systemie rodzinnym. Ich rodzice są niekonsekwentni, wymagający, przeciętnie ochraniający oraz bardziej odrzucający i ograniczający w porównaniu z rówieśnikami bez skłonności anorektycznych.

Należy dodać, że badaniami objęto 197 uczniów, ale jedynie 123 z nich wypełniło kompletnie i poprawnie przygotowaną baterię testów. Jest to stosunkowo niezbyt liczna grupa osób badanych, dlatego kolejne badania powinny zostać poszerzone o większą liczbę respondentów. Mankamentem tych badań jest również zawężone środowisko pochodzenia badanych uczniów. Zatem warto byłoby poszerzyć podobne badania o adolescentów pochodzących z innych regionów Polski. Niemniej jednak niepokojącym faktem jest, że

połowa z badanych uczniów ma niedowagę. Nie jest to obiektywny wskaźnik sugerujący problemy żywieniowe, ponieważ młodzież gimnazjalna jest w trakcie dojrzewania, a ciężar i wymiary ich ciał są dysproporcjonalne oraz podlegają ciągłym zmianom. Mimo tego należy zwrócić uwagę, że 37,40% to osoby z gotowością anorektyczną, 36,58% to osoby ze średnim poziomem tendencji anorektycznych, ale wykazujące cechy perfekcjonizmu, a jedynie 26,02% to uczniowie akceptujący łaknienie. Co więcej na podstawie analizy skupień metodą k-średnich stwierdzono, że *Perfekcjonisci* postrzegają ojców jako bardziej niekonsekwentnych, wymagających, odtrącających i ograniczających w porównaniu z *Gotowymi anorektycznie*. Zatem można wnioskować, że w grupie ryzyka zaburzeń odżywiania znajdują się nie tylko uczniowie z wysoką gotowością anorektyczną, ale także osoby nadmiernie perfekcjonistyczne. To z kolei potwierdza przypuszczenia z analizy danych epidemiologicznych mówiące o wzroście liczby osób z tendencjami do zaburzeń łaknienia, w tym także jadłowstrętu psychicznego.

Powyższe rozważania oraz przeprowadzone badania wskazują na potrzebę dalszej eksploracji tematyki dotyczącej gotowości anorektycznej i jej uwarunkowań. Syndrom Gotowości Anorektycznej jest stosunkowo nowym konstruktem związanym z szerokim spektrum zagadnień psychologicznych okresu dorastania. Przedstawione opracowanie choć zawiera interesujące dane nie wyczerpuje problematyki relacji interpersonalnych w rodzinach adolescentów z tendencjami anorektycznymi. Na potrzebę prowadzenia dalszych badań wskazuje również konieczność tworzenia nowych, bardziej kompleksowych programów profilaktycznych w związku z tendencją wzrostową występowania nieprawidłowości w odżywianiu wśród młodzieży.

Spis tabel

Tab. 2. Klasyfikacja zaburzeń masy ciała w zależności od BMI (źródło: Kowalczyk, 2008)	19
Tab. 2. Różnice pomiędzy objawami SGA a anorexia nervosa (źródło: Ziółkowska, 2001)	37
Tab. 3. Procentowy rozkład płci badanych	68
Tab. 4. Procentowy rozkład wieku badanych	68
Tab. 5. Procentowy rozkład BMI badanych.....	69
Tab. 6. Procentowy rozkład struktury rodziny badanych.....	70
Tab. 7. Procentowy rozkład oceny relacji z matką deklarowanych przez badanych	70
Tab. 8. Procentowy rozkład oceny relacji z ojcem deklarowanych przez badanych	71
Tab. 9. Procentowy rozkład oceny relacji małżeńskiej rodziców deklarowanych przez badanych	71
Tab. 10. Procentowy rozkład oceny relacji z rówieśnikami deklarowanych przez badanych	72
Tab. 11. Procentowy rozkład oceny sytuacji materialnej rodziny badanego	72
Tab. 12. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku ogólnej gotowości anorektycznej dla całej grupy badanych.....	75
Tab. 13. Liczebność wyodrębnionych grup skrajnych.....	76
Tab. 14. Dane liczbowe wskazujące na różnice w percepcji postaw matek przez młodzież z niską i wysoką gotowością anorektyczną	77
Tab. 15. Dane liczbowe wskazujące na różnice w percepcji postaw ojców przez młodzież z niską i wysoką gotowością anorektyczną	79
Tab. 16. Porównanie średnich wyników (wyrażonych w skali z) uzyskanych przez młodzież o różnym stosunku do jedzenia w <i>Kwestionariuszu do badania indywidualnego stosunku do jedzenia</i>	82
Tab. 17. Procentowy rozkład liczebności grup homogenicznych o różnym stosunku do jedzenia	84
Tab. 18. Porównanie percepcji postaw matek młodzieży o różnym stosunku do jedzenia	85
Tab. 19. Porównanie percepcji postaw ojców młodzieży o różnym stosunku do jedzenia	87

Spis wykresów

Wyk. 1. Graficzny rozkład wyników we wskaźniku ogólnej gotowości anorektycznej dla całej grupy badanych.....	76
Wyk. 2. Porównanie średnich wyników percepcji postaw matek w grupie eksperymentalnej i kontrolnej w <i>Skali Postaw Rodzicielskich</i>	78
Wyk. 3. Porównanie średnich wyników percepcji postaw ojców w grupie eksperymentalnej i kontrolnej w <i>Skali Postaw Rodzicielskich</i>	80
Wyk. 4. Konfiguracja wyników uzyskanych przez młodzież z trzech grup homogenicznych w wymiarach <i>Kwestionariusza do badania indywidualnego stosunku do jedzenia</i>	83
Wyk. 5. Wymiary postaw matek w percepcji młodzieży z poszczególnych grup homogenicznych	85
Wyk. 6. Wymiary postaw ojców w percepcji młodzieży z poszczególnych grup homogenicznych	87

Spis rysunków

Rys. 1. Klasyfikacja zaburzeń odżywiania (<i>źródło: Wycisk i Ziółkowska, 2010</i>).....	19
Rys. 2. Uwarunkowania anoreksji (<i>źródło: Slade, 1988, za: Mroczkowska, Ziółkowska i Cwojdzińska, 2007</i>).....	23
Rys. 3. Model wpływu czynników socjokulturowych na strukturę obrazu ciała (<i>źródło: Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk, 2009</i>).....	26
Rys. 4. Sześć faz procesu powstawania objawów anoreksji (<i>źródło: opracowanie własne na podstawie Józefik, Ułasińska, 1999</i>).....	30
Rys. 5. Model zachowania rodzicielskiego wg Roe (1957, za: Ziemska, 1973).....	42
Rys. 6. Model typologii postaw rodzicielskich właściwych i niewłaściwych (<i>źródło: Ziemska, 1973</i>).....	44
Rys. 7. Model postaw rodzinnych (<i>źródło: Braun-Gałkowska, 2007</i>).....	47

Bibliografia

- Abraham, S., Llewelyn-Jones, D. (2001). *Bulimia i anoreksja*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Barczak, M. (2009). Krótka charakterystyka dzienników internetowych dziewcząt z anoreksją. W: B. Ziółkowska (red.). *Opętanie (nie) jedzeniem* (s. 155-158). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bochniarz, A. (2011). *Postawy rodzicielskie a funkcjonowanie społeczne jedynaków*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Braun-Gałkowska, M. (2007). *Poznanawanie systemu rodzinnego*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Brytek, A., Izydorczyk, B. (2008). Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny. *Chowanna*, 2, 157-168.
- Brytek-Matera, A., Charzyńska, E. (2008). Jak pacjentki z jadłowstrętem psychicznym radzą sobie ze stresem? *Psychoterapia*, 4 (147), 29-42.
- Brytek-Matera, A., Rybicka-Klimczyk, A. (2009). *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Difin SA.
- Butcher, J. N., Carson, R. C., Mineka, S. (2003). Zaburzenia odżywiania i inne szkodliwe dla zdrowia czynniki psychologiczne. W: J. N. Butcher, R. C. Carson i S. Mineka (red.). *Psychologia zaburzeń* (s. 439-488). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to Eating Disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (6), 703-716.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 229-240.
- Chalcarz, W., Musieł, A., Koniuszuk, K. (2008). Ocena zachowań anorektycznych tancerek w zależności od poziomu syndromu gotowości anorektycznej. *Medycyna Sportowa*, 24 (1), 21-29.
- Chalcarz, W., Radzimińska-Graczyk, M., Surosz, B. (2009). Porównanie zachowań anorektycznych gimnazjalistek ze szkół sportowych i niesportowych. *Medycyna Sportowa*, 25 (6), 368-376.
- Chuchra, M. M., Drzazga, K., Pawłowska, B. (2004). Postawy rodzicielskie w percepcji dziewcząt z anoreksją. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia*, 59, 313-317.

- Chytra-Gędek, W., Kobierecka, A. (2008). Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet. *Psychiatria*, 5 (1), 7-12.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition). (1994). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Dycht, M., Marszałek, L. (2011). Mass media i reklama a choroby cywilizacyjne: anoreksja i bulimia. *Seminare*, 30, 147-158.
- Gerrig, R. J., Zimbardo, P. G. (2006). Motywacja. W: R. J. Gerrig i P. G. Zimbardo (red.). *Psychologia i życie* (s. 352-383). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gertsman, S. (1970). *Osobowość. Wybrane zagadnienia psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Goryniak, M. (2000). Anoreksja. Diagnostyka i epidemiologia. W: A. Suchańska (red.). *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 13-28). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Grączeska, O. (2009). Rola czynników kulturowych w powstawaniu zaburzeń odżywiania. W: B. Ziółkowska (red.). *Opetanie (nie)jedzeniem* (s. 132-138). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Heropolitańska-Janik, J., Jeżewska-Zychowicz, M. (2003). Ocena wiedzy na temat zaburzeń żywieniowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia*, 58, 470-474.
- Hurlock, E. (1985). Podstawy prawidłowego rozwoju. W: E. Hurlock (red.). *Rozwój dziecka* (s. 108-158). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Izydorczyk, B. (2008). *W pułapce zaburzeń odżywiania*. Sosnowiec: Wydawnictwo Projekt – Kom.
- Izydorczyk, B., Trepka-Starosta, J. (2003). Charakterystyka postaw rodzicielskich wobec zaburzeń jedzenia wśród adolescentów. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.). *Psychologia w służbie rodziny* (s. 76-85). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Izydorczyk, B., Oleryk, I. (2010). Attachment styles of partners in marital union and their parental attitudes towards their teenage daughters with anorexia nervosa. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2, 26-33.
- Joško, J., Kamecka-Krupa, J. (2007). Czynniki ryzyka anoreksji. *Prob. Hig Epidemiol*, 88 (3), 254-258.
- Jablow, M. M. (1993). *Na bakier z jedzeniem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Jablow, M. M. (2000). *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Januszevska, E. (2000). Style reagowania na stres w kontekście postaw rodzicielskich. W: D. Kornas – Biela (red.). *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości* (s. 313-344). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (1999a). Wprowadzenie. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 14-16). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (1999b). Epidemiologia zaburzeń odżywiania się. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 22-29). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (1999c). Rokowanie w zaburzeniach odżywiania się. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 52-56). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B., Ulasińska, R. (1999). Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 88-103). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kolarzyk, E., Janik, A., Kwiatkowski, J., Potocki, A. (2010). Stosowanie diet odchudzających przez krakowską młodzież ze szkół ponadpodstawowych, z uwzględnieniem wieku i płci. *Probl Hig Epidemiol*, 91 (3), 409-413.
- Kowalczyk, M. (2008). *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kozak, A., Kozak, G. (2003). Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (anorexia nervosa). *Roczniki Psychologiczne*, 6, 115-129.
- Kozak, A., Kozak, G. (2005). Rodzina jako środowisko powstawania i profilaktyki jadłowstrętu psychicznego. *Zdrowie Publiczne*, 2 (115), 172-178.
- Lenarczyk, M. (2001). Wpływ postaw rodzicielskich na zachowanie się dzieci. *Opieka, wychowanie, terapia*, 2 (46), 43-48.
- Mądrycki, T. (1977). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Mikołajczyk, E., Samochowiec, J. (2004). Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria, 1* (2), 91-95.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska, B., Cwojdzńska, A. (2007). *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Namysłowska, I. (1997). *Terapia rodzin*. Warszawa: Springer PWN.
- Namysłowska, I., Paszkiewicz, E., Siewierska, A. (2000). *Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia*. Warszawa: INTRA.
- Niesiołbódzka, M. (2004). Gdzie śpi diabeł? *Niebieska linia, 6* (35), 9-12.
- Nitendel-Bujakowa, E., Szewczyk, L. (2003). Wpływ czynników rodziny na ujawnienie się zespołu jadłowstrętu psychicznego. Część 2: Obraz rodziców w rodzinach z córką chorą na anoreksję. *Psychoterapia, 3* (126), 37-43.
- Obuchowska, I. (1983). *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Obuchowska, I. (2007). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia, 2*, (s. 163-201) Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Orwid, M., Pietruszewski, K. (1996). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pecyna, M. B. (1998). *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Pilecki, M. (1999a). Historia zaburzeń odżywiania się. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 17-21). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pilecki, M. (1999b). Diagnostyka zaburzeń odżywiania się. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 40-51). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Plopa, M. (1987). Skala Postaw Rodzicielskich. *Psychologia Wychowawcza, 5*, 552-567.
- Plopa, M. (2008). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Raczkowska, J. (1988). *Na tropach rodzicielskich niepowodzeń*. Warszawa: Instytut Wydawniczych Związków Zawodowych.
- Rajewski, A. (2003). Zaburzenia odżywiania się. *Przewodnik Lekarza, 6* (3), 110-115.

- Rajewski, A., Talarczyk-Więckowska, M. (1996). Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego. *Psychiatria Polska*, 30 (5), 811-820.
- Rembowski, J. (1972). *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Rembowski, J. (1986). Postawy rodzicielskie w odczuciu młodzieży dorastającej. W: M. Ziemska (red.). *Rodzina i dziecko* (s. 214-226). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sikora, D. (2003). Postawy rodzicielskie w percepcji młodzieży licealnej. W: Cz. Kępski (red.). *Opieka i wychowanie w rodzinie* (s. 259-267). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Starzomska, M. (2006). *Anoreksja. Trudne pytania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Starzomska, M. (2008). Egosyntoniczność jako patognomoniczny objaw anoreksji. *Psychoterapia*, 3 (146), 61-74.
- Suchańska, A. (2000). Anoreksja jako przejaw syndromu autodestrukcji. W: A. Suchańska (red.). *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 277-287). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Szurowska, B. (2011). *Anoreksja w rodzinie*. Warszawa: Difin SA.
- Wąsik, M. (2009). *Anoreksja, bulimia... Jak rozpoznać zaburzenia odżywiania u nastolatków*. Kraków: Wydawnictwo AA.
- Widelak, M. (2001). Wpływ nadopiekuńczej postawy rodziców na osobowość dziecka. *Opieka, wychowanie, terapia*, 2 (46), 49-52.
- Wojciechowska, I. (2000). Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej. W: A. Suchańska (red.). *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 77-124). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Wolska, M. (1999). Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: B. Józefik (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się* (s. 63-68). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wycisk, J. (2000). To tylko kobiecość. Rozumienie anoreksji w ujęciu feministycznym. W: A. Suchańska (red.). *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 125-140). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Wycisk, J., Ziółkowska, B. (2010). *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. (1992). Genewa: World Health Organization.

Ziemska, M. (1973). *Postawy rodzicielskie.* Warszawa: Wiedza Powszechna.

Ziemska, M. (1986). Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka. W: M. Ziemska (red.). *Rodzina i dziecko* (s. 155-197). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ziółkowska, B. (2001). *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji.* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Ziółkowska, B. (2005). *Anoreksja od A do Z.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ziółkowska, B. (2009). Dlaczego (nie) jemy? Psychologiczne uwarunkowania stosunku do pokarmu. W: B. Ziółkowska (red.). *Opętanie (nie) jedzeniem* (s. 27-35). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Strony internetowe:

NEDA. Źródło: www.nationaleatingdisorders.org