ROCZNIKI PSYCHOLOGICZNE
Tom 6 – 2003

AGNIESZKA KOZAK, GUSTAW KOZAK

CECHY OSOBOWOŚCI I OBRAZ SIEBIE PACJENTEK Z JADŁOWSTRĘTEM PSYCHICZNYM (*ANOREXIA NERVOSA*)

I. WSTĘP

Jadłowstręt psychiczny (*anoreksja*, *an* – brak, *orexis* – apetyt) został opisany już ponad trzysta lat temu, ale dopiero w ciągu ostatnich trzydziestu lat opis ten nabrał większego znaczenia, kiedy stwierdzono znacznie częstsze jego występowanie, alarmujący wzrost zachorowań oraz śmiertelności.

Przez wiele lat badacze podejmowali badania zmierzające do ustalenia, co decyduje o wystąpieniu jadłowstrętu, i dostrzegli, że jest to zaburzenie wielowymiarowe, a nie wynik pojedynczego czynnika. Zastanawiano się, jaki wpływ na jadłowstręt psychiczny ma szeroko rozumiana kultura, m.in. powiązana ze zmieniającymi się oczekiwaniami wobec kobiet dramatyczna idealizacja szczupłego kobiecego ciała prowadząca do nadmiernego skupienia się na nim i intensywnego odchudzania się młodych kobiet. A jeżeli kultura podlega zmianom, to czy – i jak – zaburzenie zmienia się samo w sobie. W ostatnich latach wzrósł też poziom wiedzy o skutkach głodzenia i jego wpływie na chorobę.

Aktualny stan wiedzy o jadłowstręcie pomógł w rozwianiu rozmaitych mitów dotyczących zaburzeń jedzenia, m.in. tego, że są one wywołane pojedynczym wydarzeniem traumatyzującym, że powstają z winy pacjenta i rodziny lub że są związane z określoną kulturą. Wiemy, że zaburzenia jedzenia są wielowymiarowe z natury, wynikają z oddziaływania wielu sił w naszej kulturze, rodzinach i w nas samych.

MGR AGNIESZKA KOZAK, Zakład Psychologii Przemysłowej KUL, Al. Racławickie 14, 20-950 Lublin.
DR GUSTAW KOZAK, Klinika Psychiatrii AM, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin.

W literaturze przedmiotu można znaleźć opisy pewnych cech osobowości pacjentek z jadłowstrętem. Sulestrowska (1989, s. 333) opisuje je jako: „dzieci godne zaufania, posłuszne, bardzo wytrwałe w dążeniu do wytyczonego celu; oprócz osobowości dynamicznych i syntonicznych zdarzają się dziewczynki nieśmiałe, ciche […] mające trudności w nawiązaniu bliższych kontaktów koleżeńskich i przyjacielskich, przesadnie wrażliwe". U innych pacjentek autorka zauważa egocentryzm, infantylizm, pewną bezwzględność w przeprowadzaniu działań i zamierzeń ukrytych pod maską uległości i posłuszeństwa. Standaryzowane miary cech i zaburzeń osobowości potwierdzają opisy kliniczne restrykcyjnych anorektyczek jako osób zamkniętych, podporządkowujących się i obsesyjnych (Vitousek, Manke, 1994).

Powszechna jest opinia, że pacjentki z jadłowstrętem cechuje wysoki poziom rozwoju intelektualnego (Bruch, 1973). Nie potwierdzają tego badania Rajewskiego (Rajewski, Talarczyk-Więckowska, 1996), który stwierdził, że 62% pacjentek z jadłowstrętem stanowią kobiety o przeciętnym poziomie inteligencji. Zwraca on także uwagę na to, iż niezależnie od możliwości intelektualnych badane pacjentki przejawiają wysoki poziom aspiracji, któremu zwykle towarzyszy duża pracowitość (np. poświęcanie wielu godzin na naukę).

Według Gothelfa (Gothelf i in., 1995), nastoletnie pacjentki z jadłowstrętem używają częściej niedojrzałych mechanizmów obronnych. Kombinacja dojrzałych i niedojrzałych mechanizmów obronnych może być związana z obserwowaną u nich wyjątkową heterogenicznością funkcjonowania *ego*. Na podstawie skali Rottera potwierdzono, że dla tych pacjentek charakterystyczne jest zewnętrzne poczucie lokalizacji ośrodka kontroli (Cachelin, Maher, 1998). Powszechne jest u nich występowanie w okresie przedchorobowym perfekcjonizmu i negatywnej samooceny (Fairburn, Szafran, Cooper, 1999). Mają one tendencję do oceniania wartości siebie *(self worth)* prawie całkowicie w zależności od samokontroli *(self control)* (Butow, Beumont, Touyz, 1993).

1. *Jadłowstręt psychiczny w klasyfikacji zaburzeń psychicznych*

Kryteria diagnozowania jadłowstrętu, podobnie jak i poglądy na tę chorobę były modyfikowane na podstawie wielu badań. Obecnie obowiązują kryteria zamieszczone w *Podręczniku diagnostyki i klasyfikacji zaburzeń psychicznych*, wydanym po raz czwarty przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV) (*Diagnostic and statistical* 1994), i w Międzynarodowej Statystycz-

nej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) (*The ICD-10 Classification* 1992), które zapewniają znaczący postęp w diagnozie anoreksji.

Patrząc na wychudzoną i wyniszczoną anorektyczkę, która twierdzi, że czuje się znakomicie i wygląda bardzo dobrze, a nawet jest za gruba, zadajemy sobie pytanie, czy jeszcze jest to zaburzenie czy już mamy do czynienia z chorobą psychiczną. *Leksykon psychiatrii* (Pużyński, 1993) podaje, że jadłowstręt psychiczny należy traktować jako zespół chorobowy lub zaburzenie.

W Wielkiej Brytanii anoreksja jest uważana za chorobę psychiczną w rozumieniu *Mental Health Act* (za: Ramsay i in., 1999), zgodnie z którym „w pewnych sytuacjach pacjenci z poważną anoreksją, których zdrowie jest poważnie zagrożone przez odmowę przyjmowania pokarmów, mogą być umieszczani w szpitalu bez ich zgody". Z drugiej strony *Mental Health Act* Nowej Południowej Walii z 1990 roku precyzuje, iż choroba psychiczna powinna być zdefiniowana przez obecność objawów psychotycznych; jadłowstręt psychiczny nie spełnia więc kryteriów choroby psychicznej w takim rozumieniu (za: Ramsay i in., 1999). Jones (Jones, Watson, 1997) pisze, że istnieje hipoteza, iż urojenia dotyczące własnej osoby i inne zaburzone przekonania wykazują pewne specyficzne cechy, które mogą być wykorzystane do ich rozgraniczenia, i że urojenia schizofreniczne mogą być odróżnione od innych zaburzeń myślenia, np. idei nadwartościowych występujących w jadłowstręcie. W przeprowadzonych przez autora badaniach okazało się, że urojenia schizofreniczne różnią się od idei nadwartościowych w anoreksji pod względem siedmiu z dwunastu zmiennych. Są to: przekonanie, prawdziwość, akceptowalność, użycie wyobraźni, szybkość formowania sądu, dowody z percepcji, wykorzystanie myślenia. Potwierdza to, że mimo istniejących podobieństw sądów występujących w jadłowstręcie psychicznym do urojeń spotykanych w schizofrenii są to jednak inne zjawiska. Również Namysłowska (Namysłowska, Paszkiewicz, Siewierska, 2000) podkreśla, że zaburzony sposób postrzegania własnego ciała i jego kształtu przez pacjentki z jadłowstrętem powoduje, że niektórzy psychiatrzy porównują ten stan z poważnymi chorobami psychicznymi, „w których występują urojenia, czyli fałszywe sądy o rzeczywistości wynikające z choroby"(s. 19). Istotne jest to, że pacjentki prawidłowo oceniają wagę i kształt ciała innych osób, zwłaszcza innych chorych. Ponadto autorka stwierdza: „wydaje się, że niezdolność do prawidłowego postrzegania wagi własnego ciała i jego kształtu jest szczególnie istotną cechą anoreksji i odróżnia ją od innych schorzeń psychicznych, w których dochodzi do zaburzeń odżywiania się i utraty wagi; chore charakteryzuje znaczna rozbieżność pomiędzy uczuciami i myśleniem" (s. 20).

Warto też zauważyć, że znane są choroby somatyczne, w przebiegu których dochodzi do powstawania zaburzeń nawyków odżywiania. Dlatego pomimo wzrastającej częstotliwości występowania, znanego przebiegu i ogromnej śmiertelności, jadłowstrętu psychicznego nie da się zaliczyć do chorób psychicznych zdefiniowanych współcześnie. Wciąż istotne jest więc pytanie o dokładne miejsce jadłowstrętu psychicznego w klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

2. *Kryteria diagnostyczne anoreksji według ICD-10*

a) Waga ciała jest utrzymywana przynajmniej 15% poniżej oczekiwanej (albo wskutek utraty, albo nigdy nie osiągnięta) lub BMI (wskaźnik Queteleta) wynosi 17,5 lub mniej. Pacjenci przedpokwitaniowi mogą unikać osiągnięcia oczekiwanego zwiększenia wagi w okresie wzrostu.

b) Utrata wagi jest prowokowana poprzez unikanie „tuczącego jedzenia". Może być także obecne jedno lub więcej z następujących zachowań: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie się, nadmierne ćwiczenia fizyczne, używanie substancji zmniejszających apetyt i/lub środków moczopędnych.

c) Zniekształcenie obrazu ciała w formie specyficznej psychopatologii, poprzez którą strach przed tłustością utrzymuje się jako natrętna idea nadwartościowa i pacjent sam sobie narzuca niski próg wagi.

d) Zaburzenie endokrynologiczne obejmujące oś podwzgórze-przysadka-gonady objawia się u kobiet jako brak miesiączki *(amenorrhea)*, a u mężczyzn jako utrata zainteresowania seksualnego i potencji. (Oczywistym wyjątkiem jest utrzymywanie się krwawień z dróg rodnych u anorektycznych kobiet, które otrzymują terapię hormonalną, najczęściej przyjmowaną jako pigułka antykoncepcyjna). Może występować także podwyższony poziom hormonu wzrostu oraz kortyzolu, zmiany w obwodowym metabolizmie hormonów tarczycy i nieprawidłowości w wydzielaniu insuliny.

e) Jeżeli początek choroby następuje w wieku przedpokwitaniowym, to sekwencja zdarzeń pokwitaniowych jest opóźniona lub nawet zatrzymana (zatrzymanie wzrostu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączki *(amenorrhea)*, zaś u chłopców genitalia pozostają niedojrzałe). Po wyleczeniu pokwitanie często przebiega normalnie, ale miesiączkowanie *(menarche)* jest opóźnione.

Ze względu na wzrastający wskaźnik zachorowań i wysoką śmiertelność w następstwie jadłowstrętu wielu badaczy, a zwłaszcza lekarzy i terapeutów,

zadaje sobie pytania o czynniki kulturowe, genetyczne, rodzinne czy osobowościowe leżące u podłoża tego zaburzenia. Dlaczego młode dziewczęta z pełnych życia nastolatek przeobrażają się w wychudzone, ocierające się o śmierć szkielety? Analizując realny obraz siebie osób chorych na jadłowstręt psychiczny, poszukiwaliśmy odpowiedzi na pytanie, jakie osobowości czy też jakie elementy osobowości są powiązane z jadłowstrętem psychicznym.

II. CEL PRACY

O wystąpieniu choroby mogą decydować zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczno-społeczne, jednak szczególne znaczenie mają czynniki osobowościowe (Bruch, 1973; Bemporad i in., 1992; Włodarczyk-Bisaga, 1993).

Celem opisywanych w tym artykule badań było wskazanie charakterystycznych cech osobowości pacjentów chorych na jadłowstręt psychiczny poprzez określenie ich realnego obrazu siebie. Postawiono dwie hipotezy:

1. Są istotne różnice w zakresie niektórych wymiarów obrazu siebie pomiędzy osobami chorymi na jadłowstręt psychiczny a osobami zdrowymi.

2. Można mówić o pewnym charakterystycznym średnim profilu osobowości pacjentek z jadłowstrętem psychicznym.

III. METODA BADAŃ, GRUPA BADAWCZA

Badania przeprowadzono w 2000 i w 2001 roku w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej w Poznaniu, Szpitalu Neuropsychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży w Zagórzu oraz Klinice Endokrynologii Dziecięcego Szpitala Klinicznego Lublinie i Pododdziale Zaburzeń Odżywiania Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej, a także Poradni Zdrowia Psychicznego w Lublinie.

Grupę pacjentek stanowiło 50 dziewcząt i kobiet chorych na jadłowstręt psychiczny w wieku 15-27 lat (średnia wieku = 19,08; *SD* = 3,42). Pacjentki do grupy dobierano, opierając się na następujących kryteriach:

(1) Rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego zgodne z ICD 10.

(2) Brak objawów organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

(3) Brak upośledzenia umysłowego.

(4) Zgoda na udział w badaniach.

Grupę osób zdrowych (kontrolną) stanowiło 50 zdrowych dziewcząt i kobiet w wieku 15-28 lat (średnia wieku = 19,26; *SD* = 3,23), spełniających kryteria:

(1) Brak rozpoznania jadłowstrętu psychicznego oraz brak jakiejkolwiek innej diagnozy psychiatrycznej.

(2) Zgoda na udział w badaniach.

(3) Zbliżony poziom wykształcenia, wiek i warunki społeczno-ekonomiczne w stosunku do grupy osób z jadłowstrętem.

Osoby zdrowe, pochodzące z Lublina i Jastkowa, badano w szkołach zasadniczych, średnich i wyższych.

W celu weryfikacji postawionych hipotez przeprowadzono badania cech osobowości za pomocą Testu Przymiotnikowego ACL (*The Adjective Check List*) H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (w tłumaczeniu Z. Płużek, w konsultacji z autorem H. G. Goughem – za: Drwal, 1995, s. 830). W badaniach zastosowano najnowszą wersję testu z roku 1983.

Test ACL jest rodzajem kwestionariuszowej samooceny badanego i ujmuje świadome aspekty spostrzegania siebie (Łaguna, 1996, s. 97). Obecnie jest najczęściej wykorzystywany jako wieloskalowy test osobowości, w którym osoba badana opisuje siebie. Składa się z 300 przymiotników, używanych zwykle do opisu ludzkich cech i zachowań. Zadaniem badanego jest wybranie tych przymiotników, które najlepiej go charakteryzują, czyli takich, które odpowiadają na pytanie „jaki jestem" (tzw. ja realne).

W 1980 roku (za: Drwal, 1989; 1995) opublikowano wersję testu składającą się z 300 powszechnie używanych przymiotników i zawierającą 37 skal, które podzielono na pięć grup: (1) sposoby wyrażania i opisywania siebie; (2) skale potrzeb psychicznych (na podstawie koncepcji Murraya); (3) skale tematyczne; (4) analiza transakcyjna (na podstawie teorii Berne'a); (5) skale oryginalności-inteligencji (według koncepcji Welsha).

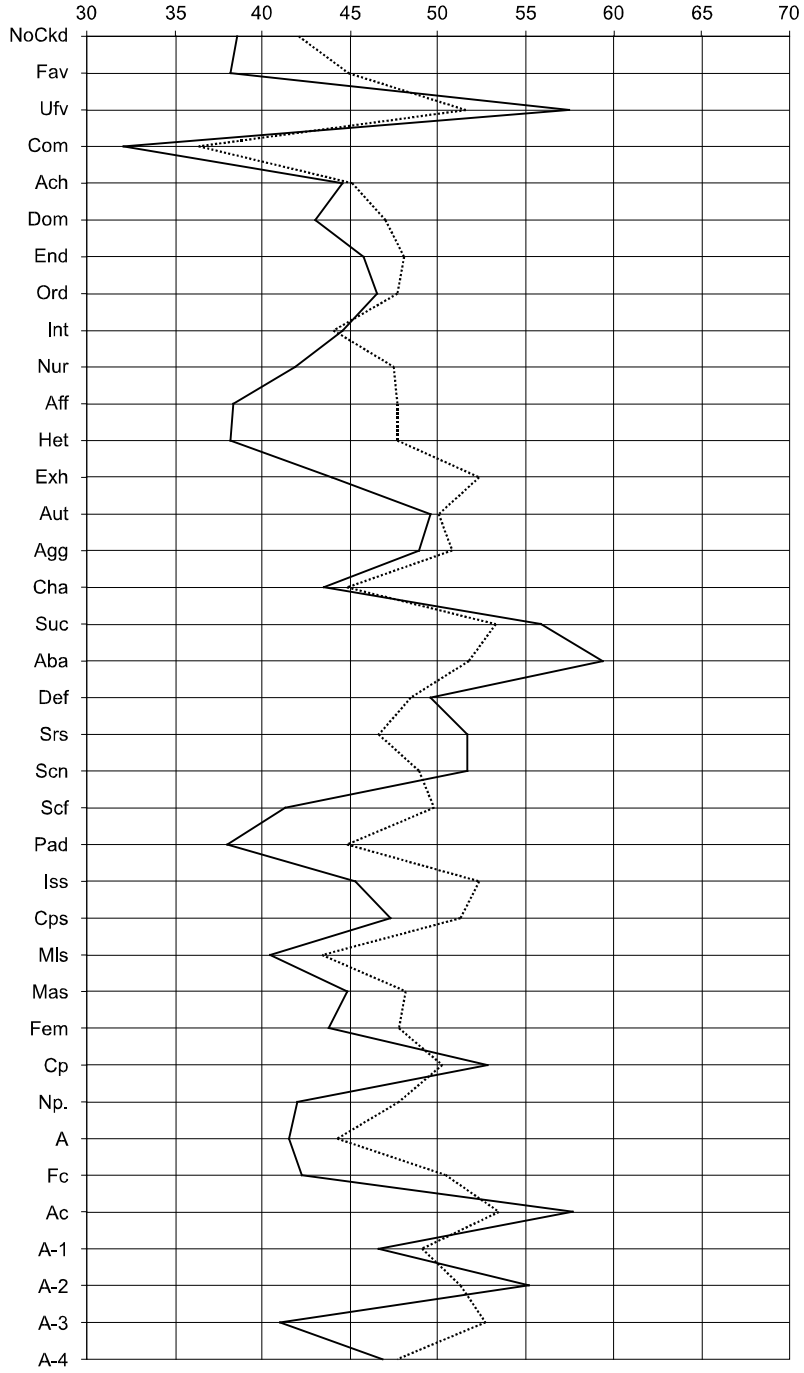
IV. WYNIKI BADAŃ

W obu grupach osoby badane wypełniały test ACL w wersji „ja jestem", co pozwoliło na przeprowadzenie analiz dotyczących różnic realnego obrazu siebie pomiędzy grupami i charakterystykę osobowości pacjentek z jadłowstrętem. W tabeli 1 przedstawiono średnie wyniki obu grup uzyskane w teście ACL (ja realne), odchylenia standardowe wyników oraz wartości otrzymane w teście porównań pomiędzy grupami (t-Studenta).

Średnie wyniki otrzymane przez pacjentki z jadłowstrętem i osoby zdrowe – „ja" realne

„Ja" realne						
Skale ACL	Pacjentki z jadłowstrętem		Osoby zdrowe		Wyniki testu t-Studenta	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*
NoCkd – Liczba użytych przymiotników	38,52	6,93	42,02	7,35	-2,45	0,01
Fav – Liczba pozytywnych przymiotników	38,16	10,29	44,88	9,34	-3,42	0,000
Ufv – Liczba negatywnych przymiotników	57,44	13,87	51,60	12,73	2,19	n.i.
Com – Typowość	32,10	10,44	36,34	10,02	-2,07	n.i.
Ach – Osiągnięć	44,54	9,46	45,14	8,71	0,33	n.i.
Dom – Dominacji	43,02	9,48	47,04	9,19	-2,15	n.i.
End – Wytrwałości	45,80	11,90	48,02	9,07	-1,05	n.i.
Ord – Porządku	46,52	11,85	47,70	8,96	-0,56	n.i.
Int – Rozumienia siebie i innych	44,56	10,61	44,08	9,94	0,23	n.i.
Nur – Opiekowania się	41,92	8,56	47,50	9,17	-3,14	0,002
Aff – Afiliacji	38,32	11,72	47,64	10,15	-4,25	0,000
Het – Kontaktów heteroseksualnych	38,20	11,18	47,66	10,16	-4,43	0,000
Exh – Ujawniania się	43,96	9,47	52,30	9,05	-4,50	0,000
Aut – Autonomii	49,58	7,57	50,02	7,50	-0,29	n.i.
Agg – Agresji	48,86	9,64	50,80	8,31	-1,08	n.i.
Cha – Zmiany	43,46	8,52	44,84	7,40	-0,86	n.i.
Suc – Wsparcia	55,88	10,81	53,28	8,14	1,36	n.i.
Aba – Upokorzenia	59,40	11,55	51,78	8,96	3,69	0,000
Def – Podporządkowania	49,60	7,06	48,44	8,02	0,77	n.i.
Crs – Gotowość na pomoc i poradę innych	51,64	9,33	46,64	9,73	2,62	0,01
S-Cn – Samokontrola	51,62	8,20	48,94	7,88	1,60	n.i.
S-Cfd – Zaufanie do siebie	41,34	11,36	49,78	13,06	-3,45	0,000
P-Adj – Przystosowanie osobiste	38,00	9,01	44,80	8,89	-3,80	0,000
Iss – Idealny obraz siebie	45,26	11,09	52,32	10,29	-3,29	0,001
Cps – Osobowość twórcza	47,32	9,78	51,30	9,66	-2,04	0,04
Mls – Uzdolnienia przywódcze	40,44	10,94	43,36	10,00	-1,39	n.i.
Mas – Męskość	44,80	7,05	48,16	8,71	-2,12	n.i.
Fem – Kobiecość	43,76	9,36	47,80	9,80	-2,11	n.i.
Cp – Krytyczny rodzic	52,84	6,87	50,26	8,86	1,63	n.i.
Np – Opiekuńczy rodzic	41,96	9,30	47,76	8,56	-3,24	0,001
A – Dorosły	41,50	10,33	44,26	8,69	-1,45	n.i.
Fc – Wolne dziecko	42,28	9,93	50,44	10,70	-3,95	0,000
Ac – Adaptowane dziecko	57,66	8,07	53,48	7,50	2,68	0,008
A-1 – Wysoka oryginalność, niska inteligencja	46,62	7,18	49,10	10,36	-1,39	n.i.
A-2 – Wysoka oryginalność, wysoka inteligencja	55,18	7,39	51,26	7,20	2,69	0,008
A-3 – Niska oryginalność, niska inteligencja	41,06	10,32	52,70	9,87	-5,76	0,000
A-4 – Niska oryginalność, wysoka inteligencja	46,78	9,37	47,70	6,66	-0,57	n.i.

Wykres na s. 122 przedstawia średni wykres profilu osobowości (realny obraz samego siebie), wykreślony na podstawie średnich wyników testu ACL w grupie pacjentek z jadłowstrętem i grupie osób zdrowych.



—— „Ja” realne w grupie anorektyczek, ····· „ja” realne w grupie kontrolnej

W porównaniu z grupą zdrowych rówieśniczek pacjentki z jadłowstrętem psychicznym uzyskały niższe wyniki na poziomie istotnym statystycznie (p<0,002) w następujących podskalach: Fav – Liczba pozytywnych przymiotników; Nur – Potrzeba opiekowania się; Aff – Potrzeba afiliacji; Het – Potrzeba kontaktów heteroseksualnych; Exh – Potrzeba ujawniania się; S-Cfd – Zaufanie do siebie; P-Adj – Przystosowanie osobiste; Iss – Skala idealnego obrazu siebie; Np – Opiekuńczy rodzic; A-3 – Niska oryginalność, niska inteligencja. Natomiast istotnie wyższe wyniki (p<0,008) ta grupa badanych uzyskała w podskalach; Aba – Potrzeba upokorzenia się; Crs – Gotowość na pomoc i poradę innych; Ac – Adaptowane dziecko; A-2 – Wysoka oryginalność, wysoka inteligencja.

Uzyskane wyniki wskazują, że pacjentki z jadłowstrętem w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami charakteryzuje: niższa samoocena, krytycyzm i surowsza ocena siebie, wątpienie 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 codziennego życia.

Średnie wyniki Testu Przymiotnikowego ACL pozwoliły na określenie charakterystycznego dla grupy badanej profilu osobowości. Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym charakteryzuje słabe przystosowanie, małe zaufanie do siebie (Crs↑), swoich zdolności, umiejętności radzenia sobie ze stresami czy napięciami. Są niespokojne, przewrażliwione, mało odporne na presję społeczną (Np↓), wrażliwe na napaść i agresję, co powoduje, że skłonne są do naginania się do oczekiwań i wymagań otoczenia, dążąc w ten sposób do dopasowania się do wymagań stawianych im przez innych. Czują się niepewne i mniej skuteczne w stawianiu czoła wymaganiom dotyczącym pracy i odpowiedzialności dorosłego życia, stąd trudności w odejściu od podporządkowanych ról dziecięcych, brak niezależności i trzymanie się tego, co wypróbowane (Ac↑). Łatwo ulegają dezorganizacji pod wpływem stresu lub pojawiających się trudności, unikają więc konfrontacji z nimi, a zadowolenia poszukują w marzeniach i fantazji (Suc↑). Są pesymistyczne w widzeniu przyszłości, niespokojne i martwiące się, co rodzi poczucie zawziętości i wrogości do innych.

Pacjentki są wrażliwe na piękno, twórcze, inteligentne, charakteryzują się oryginalnością w myśleniu i postrzeganiu rzeczywistości (A-2↑, A-3↓). Nie brak im ambicji i chęci odnoszenia sukcesów, jednak nie spostrzegają siebie jako osób szczególnie pracowitych, sumiennych czy wytrwałych w każdym

działaniu. Kładą nacisk na organizację i planowanie swoich działań, przy czym starają się postępować dokładnie i rzetelnie, ponieważ tego oczekują od nich osoby, które uważają za autorytety. Wydają się przekonane o wartości nieustannego wysiłku i samodyscypliny (skale Ach, End, Ord). Chęć poszukiwania zmiany wypływa u nich raczej z niezadowolenia ze swojej sytuacji, aniżeli z potrzeby poszukiwania nowych doświadczeń czy otwartości na ryzyko, gdyż ważne jest dla nich poczucie ciągłości i stabilności otoczenia (Cha↓).

Funkcjonowanie społeczne osób chorych na anoreksję charakteryzuje nieufność, ostrożność i dystansowanie się do innych. Unikają bliskich więzi z ludźmi z powodu trudności w nawiązywaniu kontaktów emocjonalnych i w okazywaniu uczuć, a także z lęku przed wyzwaniami, jakie niesie ze sobą życie wśród ludzi (Nur↓, Com↓). Brakuje im relacji przyjacielskich, ponieważ mają trudności w budowaniu trwałych więzi emocjonalnych (Aff↓, P-Adj↓). Lęk i postawa obronna mogą powodować odrzucanie czynionych przez otoczenie prób nawiązania kontaktu i uniemożliwiać uczestniczenie w serdecznych, przyjacielskich relacjach (Het↓).

Badane pacjentki mają własne zdanie, cenią autonomię myśli, przekonań, irytują je osoby mało wyraziste; mogą być krytykanckie w stosunku do innych. Jednak ze względu na brak zaufania do siebie podporządkowują się życzeniom innych, starają się do nich dopasować (Aba↑). Innych ludzi uważają za lepiej radzących sobie w życiu, ubiegają się o ich sympatię i wsparcie emocjonalne (Suc↑, Aba↑). Przejawiają silną potrzebę wyrażania własnej niższości poprzez samokrytycyzm, przyznawanie się do własnej nieudolności i popełnianych błędów (Aba↑). Unikają konfliktów i sytuacji, które mogłyby do nich doprowadzić, mają małą potrzebę zaznaczania się w grupie (Exh↓). Jednocześnie starają się być samodzielne i niezależne, dość chętnie wchodzą w rywalizację. Inni spostrzegają je jako wstydliwe, skryte i zahamowane (S-Cfd↓). Są mało przedsiębiorcze w sytuacjach, w których napotykają na trudności, mogą się łatwo zniechęcać, zamiast szukać sposobów ich rozwiązania.

Nie oceniają siebie jako nadmiernie kontrolujących się czy pozbawionych tej cechy, mogą jednak zdarzać się im reakcje trudne do przewidzenia dla otoczenia.

V. DYSKUSJA

Uzyskane wyniki wskazują, że różnice między grupami w ocenie siebie były istotne statystycznie (p<0,008). Na podstawie średniego profilu osobowości można mówić o pewnych charakterystycznych dla pacjentek z jadłowstrętem cechach osobowości.

Ze względu na specyfikę jadłowstrętu, na który chorują głównie kobiety, trudno porównać uzyskany w badaniach średni profil ze średnimi profilami osób z rozpoznaną chorobą psychiczną, gdyż zwykle w takich przypadkach bierze się pod uwagę zarówno mężczyzn, jak i kobiety (por. Śpila i in., 1997).

Pacjentki z jadłowstrętem cechuje niska samoocena, samokrytycyzm i małe zaufanie do siebie, trudności adaptacyjne, ambiwalencja, impulsywność i tendencja do przyjmowania postawy obronnej, a także mała odporność na stres. Charakterystyczne jest u nich niskie poczucie własnej wartości, jednak raczej nie wyrażają one poczucia niższości poprzez przyznawanie się do winy, lecz znajduje to wyraz w postaci samokrytycyzmu. Banaś (Banaś i in., 1998) zwraca również uwagę na poczucie niskiej wartości, niepełną akceptację siebie i swojego wyglądu, obowiązkowość, poczucie odpowiedzialności, zależność emocjonalną od rodziców oraz lęk przed dojrzałością psychoseksualną u tych osób. Natomiast O'Silverstone (1992) uważa wręcz, że zaburzenia jedzenia najlepiej mogą być tłumaczone jako objaw chronicznie zaniżonej samooceny. Wandokanty-Bocheńska (1994) podkreśla wpływ niedojrzałości, obniżonej samooceny, utrudnionego podejmowania decyzji, tłumienia emocji, małej samodzielności, braku lub małej odporności na stres oraz ambiwalencji.

Anorektyczki w porównaniu z grupą osób zdrowych cechuje większa kontrola nad sobą i wytrwałość w realizacji zadań; kładą one większy nacisk na organizowanie i planowanie swoich działań, częściej też osiągają wyznaczone cele. Wysoki poziom aspiracji, połączony zwykle z dużą pracowitością u pacjentek z jadłowstrętem, potwierdzają wyniki badań Rajewskiego i Talarczyk-Więckowskiej (1996). Według Sulestrowskiej (1989, s. 333) „cechą wspólną i pierwszoplanową u większości z nich są przesadnie wygórowane ambicje". Autorka opisuje pacjentki z jadłowstrętem jako osoby o nieprzeciętnej inteligencji, staranne, pracowite, godne zaufania, posłuszne, bardzo wytrwałe w dążeniu do celu. Niekiedy dominują rysy anankastyczne, pedantyzm, perfekcjonizm i ascetyzm. Cechy perfekcjonistyczne we wszystkich dziedzinach życia anorektyczek, a zwłaszcza w nauce potwierdza również Namysłowska (Namysłowska, Paszkiewicz, Siewierska, 2000). Jak wynika z badań Butowa

(Butow, Beumont, Touyz, 1993), pacjentki z jadłowstrętem mają tendencję do oceniania wartości siebie prawie całkowicie w zależności od samokontroli. Są bardziej twórcze i wrażliwe na piękno od badanych osób zdrowych.

Funkcjonowanie społeczne anorektyczek charakteryzuje nieufność, ostrożność i dystansowanie się od innych. Unikają one bliskich więzi z ludźmi z powodu trudności z nawiązywaniem kontaktów emocjonalnych. Według Strobera (za: Włodarczyk-Bisaga, 1993), cechuje je brak poczucia bezpieczeństwa, nadmierna zależność i podporządkowanie, ograniczona spontaniczność i perfekcjonizm. Lęk i postawa obronna osób z jadłowstrętem może powodować odrzucanie czynionych przez otoczenie prób nawiązania kontaktu i czynić niemożliwym uczestniczenie w serdecznych, przyjacielskich relacjach. Dane prezentowane artykule Bemporada (Bemporad i in., 1992) mocno przemawiają za tym, że osoby z zaburzeniami jedzenia przeżywają w dzieciństwie trudności w relacjach z innymi prowadzące do braku zarówno bezpieczeństwa, jak i zaufania do innych oraz autentyczności w obecności innych. Osoby te mają pewne cechy wspólne z osobami wykazującymi poważne zaburzenia osobowości, takie jak wewnętrzna pustka, problemy z identyfikacją i lęk przed odrzuceniem. Te same cechy potwierdza Lopez-Seco (Lopez-Seco, Rodriguez-Del-Toro, 1999). W 1996 roku Pryor i Wiederman zwrócili uwagę na bardzo małe wartości (uzyskane w *Multidimensional Personality Questionare*) w sferze dobrego samopoczucia, bliskości społecznej, pozytywnej uczuciowości.

Brak zaufania do siebie powoduje, że osoby z jadłowstrętem podporządkowują się życzeniom innych, starają się do nich dopasować, potrzebują akceptacji ze strony innych osób, ich opieki i wsparcia; w zachowaniu kierują się częściej oczekiwaniami innych niż własnymi potrzebami i uczuciami. Podobne wnioski z badań podaje Namysłowska (2000).

Wyniki uzyskane w podskalach analizy transakcyjnej pozwalają stwierdzić, że te osoby – równie krytyczne także w stosunku do siebie – są jednak przedsiębiorcze i potrafią cieszyć się życiem.

Z porównania przedstawionych obrazów „ja" realnego grupy pacjentek z jadłowstrętem i osób zdrowych wynika, że oceniają one siebie w różny sposób, a ujawniane różnice w poszczególnych wymiarach osobowości są istotne statystycznie (Fav, Nur, Aff, Het, Exh, Aba, S-Cfd, P-Adj, Cps, Crs, Iss, Np, Fc, Ac, A-2, A-3; $p<0{,}005$). Na podstawie średnich wyników uzyskanych w badaniach można mówić o pewnych charakterystycznych dla jadłowstrętu cechach osobowości, takich jak zaniżona samoocena, krytycyzm, samokontrola, wytrwałość w dążeniu do celu, umiejętność planowania i orga-

nizowania działań, trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu trwałych więzi z innymi ludźmi, nadmierna wrażliwość, brak zaufania do siebie.

Niestety, wciąż mała skuteczność leczenia jadłowstrętu zmusza do podejmowania dalszych pogłębionych poszukiwań badawczych, zmierzających do wypracowania coraz bardziej skutecznych oddziaływań terapeutycznych.

BIBLIOGRAFIA

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1994) (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Banaś, A., Januszkiewicz-Grabias, A., Radziwiłłowicz, P. (1998). Wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania się. *Psychiatria Polska*, 32, 2, 165-176

Bemporad, J. R., Beresin, E., Ratey, J. J., O'Driscoll, G., Lindem, K., Herzog, D. B. (1992). A psychoanalytic study of eating disorders: I. A developmental profile of 67 index cases. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20, 4, 509-531.

Bruch, H. (1973). *Eating disorder*. New York: Basic Books.

Butow, P., Beumont, P., Touyz, S. (1993). Cognitive processes in dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 3, 319-239.

Cachelin, F. M., Maher, B. A. (1998). Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa? *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 3-4, 435-440.

Drwal, R. Ł. (red.) (1989). *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej: wybrane zagadnienia*. Lublin: UMCS.

Drwal, R. Ł. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Fairburn, C. G., Szafran, R., Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 1, 1-13.

Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman, R., Tyano, S., Pfeffer, C. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 174, 89-90.

Jones, E., Watson, J. P. (1997). Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: A comparative analysis of their characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 170, 381-386.

Lopez-Seco, F., Rodriguez-Del-Toro, C. (1999). Associated factors to the cronicity in eating disorders. *Anales-de-Psiquiatria*, 15, 4, 137-144.

Łaguna, M. (1996). *Budować obraz siebie*. Lublin: TN KUL.

Namysłowska, I., Paszkiewicz, E., Siewierska, A. (2000). *Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia.* Warszawa: WAB.

O'Silverstone, P. H. (1992). Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders*? Medical Hypotheses*, 39, 4, 311-315.

Palmer, R. L., Treasure, J. (1999). Providing specialized serviced for anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 175, 306-309.

Pryor, T., Wiederman, M. W. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 67, 2, 414-421.

Pużyński, S. (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Rajewski, A., Talarczyk-Więckowska, (1996). Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego. *Psychiatria Polska*, 30, 5, 811-820.

Ramsay, R., Ward, A., Treasure, J., Russel, G. F. M. (1999). Compulsory treatment in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 175, 147-153.

Sulestrowska, H. (1989). Wybrane zagadnienia psychiatrii dziecięcej. W: T. Bilikiewicz, *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 332-336.

Śpila, B., Grzywa, A., Karakuła, H., Kosińska, U., Makara, M. (1997). Porównanie obrazu własnego „ja" i samoakceptacji u chorych na schizofrenię paranoidalną i nerwicę. *Psychiatria Polska*, 31, 3, 269-284.

Wandokanty-Bocheńska, M. (1994). Analiza czynników psychologicznych wpływających na powstanie jadłowstrętu psychicznego punktem wyjścia do stworzenia modelu terapii. *Pediatria Polska*, 59, 6, 463-466.

Włodarczyk-Bisaga K. (1993). *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się wśród uczniów szkół licealnych, studentek oraz robotnic* (mps pracy doktorskiej, Biblioteka Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie).

Vitousek, K., Manke, F. (1994). Personalisty variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1, 137-147.

The ICD-10 Classification of Mental and Bahavioural Disorders (1992). World Health Organization Geneva.

PERSONALITY TRAITS AND SELF-IMAGE IN ANORECTIC FEMALE PATIENTS

Summary

The paper seeks to answer the question what personalities, personality traits, are connect with anorexia nervosa. In the beginning the paper characterizes anorexia as a disorder together with the descriptions of female personalities that we find in literature. In the test the Adjective Check List ACL by H. G. Gough and A. B. Heilbrun has been used in its Polish translation and adaptation by Z. Płużek. The respondents filled it in its „I am" version. The group of female patients with anorexia consisted of 50 girls (the diagnosis of anorexia in conformity with ICD-10), aged 15-27. The control group consisted of 50 healthy girls (no diagnosis of anorexia or any other psychiatric diagnosis), aged 15-28. The test was carried out in the period of two years 2000/2001. The findings point to statistically essential differences ($p \leq 0,005$) with regard to some dimensions of self-image between anorectic patients and healthy people. Ano-

rectic female patients obtained lower results in the following subscales of the test: Fav, Nur, Aff, Het, Exh, S-Cfd, P-Adj, Iss, Np, A-3. Essentially higher results for this group have been obtained in the following subscales: Aba, Crs, Ac, A-2. As regards the mean results in scales ACL, a profile of personality characteristic of anorectic patients has been presented. In the discussion, the results of the study have been compared with the results of other authors. On the basis of the analyses one may conclude that there are certain personality traits characteristic of anorectic patients: low self-assessment, criticism, self-control, persistence in accomplishing a goal, an ability to plan and organize actions, difficulties in establishing and maintaining steady ties with other people, sensitivity, and lack of self-confidence. The findings may serve as hints to search new solutions in therapeutic work and attempts to work out therapeutic steps.

Translated by Jan Kłos