

LESZEK PUTYŃSKI

Uniwersytet Łódzki  
Wydział Nauk o Wychowaniu  
Instytut Psychologii  
Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej  
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12  
e-mail: putek@ivar.net.pl

## **PERCEPCJA INTERPERSONALNA W RODZINACH DZIEWCZĄT CHORYCH NA JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY**

### **WSTĘP**

Jadłowstręt psychiczny (AN) jest zaburzeniem o charakterze polietiologicznym, gdzie pod uwagę bierze się czynniki biologiczne, osobowościowe, społeczno-kulturowe, rodzinne. Od czasów badań prowadzonych przez mediolańską grupę badaczy, kierowaną przez Selvini-Palazzoli (Palazzoli, 1974), oraz filadelfijską szkołę Minuchina (Minuchin i in., 1978) jadłowstręt psychiczny i jego etiologia zostały wręcz umieszczone w paradygmacie rodzinnym i przez wielu badaczy oraz terapeutów perspektywa rodzinna uważana jest za priorytetową w rozumieniu i terapii omawianego zaburzenia. Zresztą już pierwsi klinicyści, dając sto kilkadziesiąt lat temu opisy i charakterystykę jadłowstrętu psychicznego – Gull w Anglii i Lesegue we Francji, upatrywali źródeł zaburzenia w środowisku rodzinnym, zalecając „parentektomię” – odseparowanie chorej od rodziny (Al-Alami i in., 1987).

Rodzinne uwarunkowania jadłowstrętu psychicznego rozpatrywane były z punktu widzenia uwarunkowań formalno-rodzinnych, osobowości rodziców, ich postaw wychowawczych i opiekuńczych i, oczywiście, w kontekście systemowego rozumienia rodziny. W tej perspektywie uważa się, że jednym z elementów wpływających na nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny mogą być różnice w percepcji siebie i percepcji wzajemnej członków rodziny. W konsekwencji może to być czynnikiem predysponującym do rozwoju chorób psychicznych i psychosomatycznych oraz problemów w zachowaniu u dziecka, jak również czynnikiem podtrzymującym przebieg zaburzenia i, w konsekwencji, utrudniającym pomyślne oddziaływania terapeutyczne. Odmienne wzorce percepcyjne

stwierdzono m.in. w rodzinach z dzieckiem cierpiącym na zaburzenia nerwicowe i schizofrenię (Czabała, 1988), zaburzenia zachowania (Reiss, 1983 za: Czabała, 1988).

Percepcja siebie i wzajemna percepcja członków rodziny stały się też przedmiotem badań w stosunku do rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny. Badania takie przeprowadzili Wewetzer i in. (1996), stwierdzając, że pacjentki z AN postrzegają relacje rodzinne jako mniej satysfakcjonujące i bardziej „zagmatwane” niż ma to miejsce w rodzinach z córką zdrową. Badania te nie uwzględniały niestety percepcji relacji w rodzinie w oczach innych członków rodziny. Inne badania koncentrowały się tylko na wysublimowanych aspektach percepcji, np. obrazu ciała przez chore i ich matki (Benninghoven i in., 2007) lub wzajemnej percepcji nie tyle członków rodziny, ile określonych aspektów rodzinnego funkcjonowania (Józefik i in., 2002), lub dotyczyły idealnego obrazu i wzajemnych zależności idealnego obrazu siebie i poszczególnych członków rodziny (Pawłowska, Chuchra, 2005), albo koncentrowały się na percepcji wybranych członków rodziny, np. ojca w percepcji chorej córki (Pawłowska, Chuchra, 2003).

#### CEL

Celem podjętych badań było określenie, czy i jakie różnice istnieją w percepcji siebie i percepcji poszczególnych członków rodziny w rodzinach dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym (AN) i rodzinach dziewcząt zdrowych (DZ).

Założono, że rodziny dziewcząt z AN różnią się od rodzin dziewcząt zdrowych w zakresie posiadanego obrazu siebie i w zakresie relacji między członkami rodziny, opisywanych w kategoriach spostrzegania wzajemnego, ustosunkowania emocjonalnego oraz działań na rzecz potrzeb innych członków rodziny.

#### MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzono na grupie 30 dziewcząt spełniających kryteria ICD-10 dla jadłowstrętu psychicznego. Ich wiek mieścił się w przedziale 13–17 lat (średnia wieku  $\pm$  SD wynosiła  $15,12 \pm 1,66$  lat). Masa ciała w chwili badania wynosiła średnio  $36,07 \pm 4,92$  kg, a wzrost średnio  $161,00 \pm 5,32$  cm. Przedchodząca masa ciała wynosiła średnio  $53,00 \pm 7,38$  kg.

Grupę kontrolną stanowiło 30 dziewcząt zdrowych, dobranych odpowiednio do chorych pod względem wieku ( $M \pm SD = 14,91 \pm 1,20$  lat) i statusu socjoekonomicznego. Średnia masa ciała dziewcząt zdrowych wynosiła  $51,48 \pm 6,30$  kg, a wzrost średnio  $162,08 \pm 16,00$  cm.

W badaniach wzięło również udział 30 matek oraz 30 ojców dziewcząt z AN i DZ. Wiek matek dziewcząt z AN i matek DZ wynosił odpowiednio  $41,33 \pm 5,08$  lat oraz  $40,94 \pm 4,81$  lat. Wiek ojców wynosił odpowiednio dla grupy AN –  $43,39 \pm 6,71$  lat i dla grupy DZ –  $42,92 \pm 5,39$  lat.

Nie stwierdzono zasadniczych różnic w poziomie wykształcenia rodziców matek i ojców w obu badanych grupach. Matki dziewcząt z obu badanych grup rodzin w przeważającej większości legitymowały się średnim poziomem wykształcenia (matki AN – 67,50%; matki DZ – 50,00%). Natomiast ojcowie AN w przeważającym procencie posiadali wykształcenie zawodowe (37,50%), a ojcowie DZ posiadali wykształcenie średnie (47,50%). Również ilość i płeć posiadanego rodzeństwa nie różnicowała statystycznie istotnie obu badanych grup.

W celu znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy percepcja własnej osoby i poszczególnych członków rodziny oraz stopień spójności tej percepcji różnicują rodziny dziewcząt z AN i rodziny dziewcząt zdrowych posłużono się wersją własnej konstrukcji dyferencjału semantycznego zbudowaną z piętnastu dwubiegunowych skal przymiotnikowych, z których jeden biegun stanowi cecha oznaczająca pozytywną właściwość, a drugi cecha oznaczająca właściwość negatywną. Każda z przeciwstawnych cech rozpięta jest na siedmiopunktowej skali. Zestaw par przymiotników dobrano, kierując się wcześniejszymi doświadczeniami badawczymi, by uzyskać te, które cechują się najsilniejszą mocą różnicującą (Putyński, Zarzycki, 1994).

Dyferencjał semantyczny jest metodą umożliwiającą obiektywny, rzetelny i trafny pomiar znaczenia konotacyjnego badanego pojęcia, w tym wypadku siebie i członków rodziny w aspekcie poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Świadczą o tym wyniki badań samych autorów omawianej metody (Osgood, i in., 1957), analizy dokonane przez innych badaczy (Czapiński, 1978) oraz próby zastosowania dyferencjału semantycznego w psychiatrii (Andrzejczak i in., 1981).

Dziewczęta z AN oraz DZ oceniały tą wersją dyferencjału semantycznego siebie, swoją matkę oraz swego ojca. Badane matki oceniały siebie, swą córkę oraz swego męża. Podobnie ojcowie oceniali siebie, swoją córkę oraz żonę.

W prezentowanych badaniach zdecydowano się na przedstawioną powyżej metodę z racji jej prostoty i jednocześnie wysokiej rzetelności i trafności, licząc się z możliwą drażliwością i męczliwością dziewcząt z AN oraz niechętnym stosunkiem do bardziej obciążających czasowo i mentalnie technik w przypadku rodziców badanych grup.

Dla wszystkich danych obliczono statystyki opisowe w postaci średnich (M) i odchylenia standardowego (SD). Obliczono istotność różnic między grupami, posługując się testem t-Studenta. Przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ . Opracowania statystycznego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS/PC+, wer. 20.00.

## WYNIKI BADAŃ

Porównując średnie wyniki, jakie uzyskały dziewczęta z AN, ze średnimi wynikami ich zdrowych rówieśniczek w zakresie spostrzegania siebie, stwierdzono statystycznie istotne różnice w sześciu wymiarach na piętnaście dyferencjału semantycznego (tabela 1).

Tabela 1. Obraz siebie posiadany przez dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym (AN) i dziewczęta zdrowe (DZ)

Ja	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwa – Nieżyczliwa	2,48	1,50	2,03	1,09	1,45	0,15
Dobra – Zła	2,94	1,42	1,95	1,25	2,09	0,05
Wrażliwa – Obojętna	2,46	1,80	2,51	1,77	-0,13	0,89
Czynna – Bierna	2,97	1,78	2,57	1,33	1,05	0,29
Władcza – Uległa	4,20	1,64	3,66	1,37	1,29	0,20
Rozluźniona – Napięta	4,83	1,77	3,63	1,88	2,75	0,01
Silna – Słaba	3,94	2,01	2,68	1,39	3,01	0,01
Obronna – Agresywna	3,60	1,76	3,54	1,54	0,14	0,89
Niekonfliktowa – Konfliktowa	4,32	1,90	4,14	1,89	0,39	0,69
Współdziałająca – Rywalizująca	3,38	1,70	3,68	1,96	-0,68	0,49
Stała – Zmienna	4,43	1,78	3,48	1,80	2,20	0,05
Doskonała – Niedoskonała	4,97	1,56	3,57	1,29	4,09	0,001
Odpowiedzialna – Nieodpowiedzialna	2,88	1,69	2,23	1,31	1,82	0,07
Krytyczna – Bezkrtyczna	3,11	1,57	2,76	1,52	0,94	0,35
Miła – Niemiła	3,09	1,73	2,14	1,00	2,77	0,01

Objaśnienia: M – średnia, SD – odchylenie standardowe.

Dziewczęta z AN oceniają siebie jako mniej życzliwe, bardziej napięte, mniej silne, bardziej zmienne, mniej miłe i zdecydowanie mniej doskonałe niż czynią to dziewczęta zdrowe. Obraz siebie dziewcząt z AN jest więc zdecydowanie mniej pozytywny niż obraz siebie reprezentowany przez DZ.

Z kolei, analizując percepcję córki przez rodziców dziewcząt z AN i DZ, stwierdzono bardzo niewielkie różnice w tym zakresie. W przypadku matek stwierdzono tylko dwie statystycznie istotne różnice (tabela 2).

Tabela 2. Percepcja obrazu córki przez matki dziewcząt chorych (AN) i matki dziewcząt zdrowych (DZ)

Moja córka	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwa – Nieżyczliwa	1,69	0,92	1,78	0,99	-0,31	0,76
Dobra – Zła	1,43	0,73	1,74	1,01	-1,17	0,25
Wrażliwa – Obojętna	1,83	1,46	2,47	2,04	-1,24	0,22
Czynna – Bierna	2,48	1,64	2,48	1,62	0,00	1,00
Władcza – Uległa	3,35	1,89	3,82	1,55	-0,93	0,35
Rozluźniona – Napięta	4,83	1,97	3,74	2,07	1,82	0,07
Silna – Słaba	3,87	1,79	3,61	1,67	0,51	0,61
Obronna – Agresywna	2,17	1,46	3,43	1,62	-2,77	0,01
Niekonfliktowa – Konfliktowa	3,48	2,13	3,52	1,97	-0,07	0,94
Współdziałająca – Rywalizująca	4,17	2,21	3,56	2,21	0,93	0,35
Stała – Zmienna	2,61	1,92	3,78	2,23	-1,91	0,06
Doskonała – Niedoskonała	3,00	1,24	3,39	1,23	-1,07	0,29
Odpowiedzialna – Nieodpowiedzialna	1,87	1,63	2,95	1,64	-2,26	0,05
Krytyczna – Bezkrytyczna	2,87	2,14	3,17	1,69	-0,53	0,59
Miła – Niemiła	1,87	1,10	1,56	0,79	1,08	0,28

Matki dziewcząt z AN postrzegają je jako nastawione bardziej obronnie oraz charakteryzujące się większym poziomem odpowiedzialności w stosunku do obrazu córki posiadanego przez matki DZ. Również percepcja córki przez ojców dziewcząt z AN i DZ charakteryzuje się niewielkimi różnicami (tabela 3).

Tabela 3. Percepcja obrazu córki przez ojców dziewcząt chorych (AN) i ojców dziewcząt zdrowych (DZ)

Moja córka	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwa – Nieżyczliwa	1,72	0,89	1,83	0,92	-0,37	0,71
Dobra – Zła	1,50	0,51	1,61	0,69	-0,54	0,59
Wrażliwa – Obojętna	1,83	1,34	3,00	1,81	-2,19	0,05
Czynna – Bierna	1,83	1,04	2,28	1,27	-1,14	0,26

Tabela 3 (cd.)

Moja córka	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Władcza – Uległa	4,05	1,89	3,33	1,88	1,15	0,25
Rozluźniona – Napięta	4,83	1,44	4,39	1,42	0,92	0,36
Silna – Słaba	3,44	1,50	3,00	1,61	0,86	0,39
Obronna – Agresywna	3,00	1,45	3,61	1,68	-1,16	0,25
Niekonfliktowa – Konfliktowa	3,11	1,78	3,34	1,35	-1,27	0,21
Współdziałająca – Rywalizująca	4,61	1,94	3,28	1,93	2,06	0,05
Stała – Zmienna	2,72	1,80	3,06	1,88	-0,54	0,59
Doskonała – Niedoskonała	2,67	1,37	2,94	1,47	-0,59	0,56
Odpowiedzialna – Nieodpowiedzialna	1,78	1,26	2,72	1,64	-1,94	0,06
Krytyczna – Bezkrtyczna	2,55	1,72	3,16	1,69	-1,07	0,29
Miła – Niemiła	1,72	1,54	1,61	0,78	0,28	0,78

Ojcowie dziewcząt z AN postrzegają je jako bardziej wrażliwe i jednocześnie bardziej rywalizujące niż ma to miejsce w przypadku percepcji córki przez ojców DZ.

W kolejnym etapie analizy dokonano porównań obrazu rodziców posiadanych przez dziewczęta z AN i DZ (tabele 4 i 5). Nie stwierdzono żadnych różnic w percepcji matki przez dziewczęta z AN i DZ. Obraz matki posiadany przez nie jest jednoznacznie pozytywny.

Tabela 4. Percepcja obrazu matki przez dziewczęta chore (AN) i dziewczęta zdrowe (DZ)

Moja matka	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwa – Nieżyczliwa	1,46	0,87	1,67	0,85	-1,08	0,28
Dobra – Zła	1,43	0,80	1,43	0,69	0,00	1,00
Wrażliwa – Obojętna	1,51	0,77	1,78	1,05	-1,26	0,21
Czynna – Bierna	1,77	1,06	2,08	1,44	-1,04	0,30
Władcza – Uległa	4,05	1,82	3,57	2,08	1,07	0,29
Rozluźniona – Napięta	4,13	1,49	3,54	1,59	1,66	0,10
Silna – Słaba	2,77	1,42	3,03	1,76	-0,67	0,50

Moja matka	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Obronna – Agresywna	3,03	1,59	2,48	1,63	1,44	0,15
Niekonfliktowa – Konfliktowa	3,18	1,96	3,21	1,87	-0,06	0,95
Współdziałająca – Rywalizująca	2,14	1,07	2,40	1,42	-0,90	0,37
Stała – Zmienna	3,03	2,06	2,92	1,90	0,23	0,81
Doskonała – Niedoskonała	2,51	1,64	2,51	1,12	0,00	1,00
Odpowiedzialna – Nieodpowiedzialna	1,76	1,28	1,57	0,96	0,72	0,47
Krytyczna – Bezkrytyczna	3,54	1,56	3,11	1,88	1,08	0,28
Miła – Niemiła	1,65	0,98	1,65	0,98	0,00	1,00

Istotne różnice między badanymi grupami dziewcząt dotyczą natomiast percepcji ojca przez nie.

Tabela 5. Percepcja obrazu ojca przez dziewczęta chore (AN) i dziewczęta zdrowe (DZ)

Mój ojciec	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwy – Nieżyczliwy	1,91	1,19	2,80	1,64	-2,58	0,05
Dobry – Zły	1,65	1,01	2,83	1,69	-3,54	0,001
Wrażliwy – Obojętny	2,65	1,45	3,40	1,65	-2,01	0,05
Czynny – Bierny	2,36	1,52	3,12	1,98	-1,75	0,08
Władczy – Uległy	3,29	1,83	1,91	1,12	3,76	0,0001
Rozluźniony – Napięty	3,7	1,47	3,85	1,71	-0,39	0,69
Silny – Słaby	2,41	1,67	1,80	1,02	1,87	0,07
Obronny – Agresywny	3,50	1,73	4,17	2,02	-1,48	0,14
Niekonfliktowy – Konfliktowy	3,61	1,84	4,66	1,86	-2,33	0,05
Współdziałający – Rywalizujący	3,03	1,64	3,57	1,82	-1,30	0,19
Stały – Zmienny	3,76	2,06	3,83	2,02	-0,14	0,88
Doskonały – Niedoskonały	3,38	1,84	3,31	1,37	0,17	0,86
Odpowiedzialny – Nieodpowiedzialny	2,65	2,04	3,34	2,09	-1,40	0,16
Krytyczny – Bezkrytyczny	3,68	1,28	3,97	1,70	-0,77	0,44
Miły – Niemiły	2,03	1,14	2,77	1,68	-2,15	0,05

Dziewczęta z AN przypisują ojcom większe natężenie takich cech, jak życzliwość, dobroć i niekonfliktowość. Postrzegają ojców jako bardziej miłych i wrażliwych oraz bardziej uległych niż czynią to DZ.

Ostatnim etapem analizy była ocena obrazu siebie, jaki posiadają matki i ojcowie dziewcząt obu badanych grup oraz wzajemnej percepcji rodziców przez siebie. Obraz swojej osoby posiadany przez matki dziewcząt z AN i DZ jest zdecydowanie pozytywny (tabela 6). Jediną cechą różnicującą badane grupy matek jest przypisywanie sobie przez matki dziewcząt z AN większej umiejętności współdziałania.

Tabela 6. Obraz siebie posiadany przez matki dziewcząt chorych (AN) i matki dziewcząt zdrowych (DZ)

Ja	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwa – Nieżyczliwa	1,29	0,47	1,63	0,88	-1,52	0,13
Dobra – Zła	1,65	0,78	1,79	0,85	-0,52	0,60
Wrażliwa – Obojętna	1,59	1,17	2,16	1,83	-1,12	0,27
Czynna – Bierna	2,06	1,43	2,31	1,56	-0,51	0,61
Władcza – Uległa	4,70	1,40	4,63	1,74	0,14	0,89
Rozluźniona – Napięta	4,59	1,27	3,56	2,13	1,67	0,10
Silna – Słaba	2,88	1,36	3,26	1,56	-0,76	0,44
Obronna – Agresywna	2,47	1,23	3,11	1,45	-1,41	0,17
Niekonfliktowa – Konfliktowa	2,23	1,82	2,28	1,36	-0,08	0,94
Współdziałająca – Rywalizująca	2,00	1,17	3,16	1,85	-2,24	0,05
Stała – Zmienna	2,29	1,49	2,42	1,80	-0,23	0,81
Doskonała – Niedoskonała	4,00	1,17	3,47	1,07	1,40	0,17
Odpowiedzialna – Nieodpowiedzialna	1,58	1,00	1,89	1,59	-0,70	0,49
Krytyczna – Bezkrytyczna	2,35	1,87	2,63	1,83	-0,45	0,65
Miła – Niemiła	2,35	1,87	2,63	1,83	-0,45	0,65

Bardziej zróżnicowany obraz siebie posiadają ojcowie badanych grup dziewcząt (tabela 7). Ojcowie dziewcząt z AN w stosunku do ojców DZ przypisują sobie korzystniejsze wyposażenie indywidualne i społeczne. Oceniają się jako bardziej życzliwi, dobrzy, wrażliwi i bardziej odpowiedzialni w stosunku do oceny siebie przez ojców DZ.



Tabela 7. Obraz siebie posiadany przez ojców dziewcząt chorych (AN) i ojców dziewcząt zdrowych (DZ)

Ja	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwy – Nieżyczliwy	1,84	0,99	2,73	1,48	-2,04	0,05
Dobry – Zły	1,69	0,95	2,84	1,61	-2,54	0,05
Wrażliwy – Obojętny	1,61	0,65	2,55	1,72	-2,12	0,05
Czynny – Bierny	2,61	1,55	2,73	1,69	-0,21	0,83
Władczy – Uległy	4,23	1,53	3,26	1,48	1,77	0,08
Rozluźniony – Napięty	3,92	1,38	4,22	1,63	-0,55	0,58
Silny – Słaby	2,84	1,21	2,68	1,30	0,59	0,55
Obronny – Agresywny	3,08	1,38	3,37	1,86	-0,51	0,61
Niekonfliktowy – Konfliktowy	2,46	1,71	3,22	1,83	-1,18	0,24
Współdziałający – Rywalizujący	3,15	1,52	2,77	1,55	0,67	0,50
Stały – Zmienny	2,38	1,66	2,89	2,30	-0,73	0,47
Doskonały – Niedoskonały	3,31	0,94	3,67	1,14	-0,96	0,35
Odpowiedzialny – Nieodpowiedzialny	1,67	0,78	2,63	1,77	-2,08	0,05
Krytyczny – Bezkrtyczny	2,31	1,31	2,55	1,38	-0,51	0,61
Miły – Niemiły	2,15	0,55	2,68	1,1	-1,78	0,08

Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w sposobie percepcji swojej żony przez mężów, a ojców dziewcząt z AN i DZ (tabela 8). Posiadają oni jednoznacznie pozytywny obraz swej życiowej partnerki.

Tabela 8. Percepcja obrazu żony przez ojców dziewcząt chorych (AN) i ojców dziewcząt zdrowych (DZ)

Moja żona	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwa – Nieżyczliwa	1,38	0,87	1,73	0,87	-1,12	0,27
Dobra – Zła	1,54	0,88	1,61	0,69	-0,25	0,80
Wrażliwa – Obojętna	2,54	1,71	2,10	1,52	0,73	0,47
Czynna – Bierna	2,31	1,79	2,05	1,22	0,45	0,66
Władcza – Uległa	4,15	1,57	3,16	1,71	1,70	0,10
Rozluźniona – Napięta	5,15	1,14	4,26	1,88	1,66	0,10

Tabela 8 (cd.)

Moja żona	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Silna – Słaba	4,00	1,63	3,39	1,61	1,03	0,31
Obronna – Agresywna	3,61	1,42	3,39	1,78	-0,30	0,76
Niekonfliktowa – Konfliktowa	2,77	1,83	3,94	1,92	-1,73	0,09
Współdziałająca – Rywalizująca	2,38	1,39	3,33	1,85	-1,63	0,11
Stała – Zmienna	1,84	0,99	2,83	1,95	-1,85	0,07
Doskonała – Niedoskonała	2,77	1,01	2,31	1,10	1,20	0,24
Odpowiedzialna – Nieodpowiedzialna	1,54	0,97	1,47	0,96	0,19	0,85
Krytyczna – Bezkrytyczna	2,69	1,89	2,50	1,29	0,32	0,75
Miła – Niemiła	1,54	0,97	1,52	0,61	0,04	0,96

Niewielkie, acz znamienne, różnice stwierdzono w sposobie percepcji obrazu męża przez żony, a matki obu badanych grup (tabela 9).

Tabela 9. Percepcja obrazu męża przez matki dziewcząt chorych (AN) i matki dziewcząt zdrowych (DZ)

Mój mąż	AN		DZ		t	p
	M	SD	M	SD		
Życzliwy – Nieżyczliwy	1,68	1,08	2,47	1,61	-1,72	0,09
Dobry – Zły	1,68	1,01	2,47	1,61	-1,75	0,08
Wrażliwy – Obojętny	2,12	1,58	3,56	2,11	-2,32	0,05
Czynny – Bierny	2,25	1,44	2,85	1,95	-1,03	0,31
Władczy – Uległy	3,68	1,88	3,00	2,13	1,01	0,34
Rozluźniony – Napięty	3,93	2,14	4,21	1,81	-0,40	0,69
Silny – Słaby	2,69	1,97	2,68	1,38	0,01	0,99
Obronny – Agresywny	2,18	1,83	3,79	1,84	-2,57	0,05
Niekonfliktowy – Konfliktowy	2,31	1,74	3,21	2,07	-1,39	0,17
Współdziałający – Rywalizujący	3,00	1,71	3,05	1,71	-0,09	0,92
Stały – Zmienny	2,06	1,77	3,26	1,91	-1,93	0,06
Doskonały – Niedoskonały	2,81	1,72	3,21	1,62	-0,70	0,49
Odpowiedzialny – Nieodpowiedzialny	1,56	0,96	2,89	2,28	-2,31	0,05
Krytyczny – Bezkrytyczny	2,75	2,05	3,44	1,75	-1,05	0,30
Miły – Niemiły	1,75	1,12	2,47	1,50	-1,63	0,11

Matki dziewcząt z AN przypisują swoim mężom wyższy poziom wrażliwości i odpowiedzialności oraz przypisują im większe nasilenie postaw obronnych niż ma to miejsce w przypadku ocen swych mężów w grupie rodzin zdrowych.

### OMÓWIENIE WYNIKÓW

Percepcja samego siebie i wzajemna percepcja członków rodziny uważane są za istotny element prawidłowego funkcjonowania rodziny. Rozbieżności percepcyjne mogą utrudniać jej funkcjonowanie i w konsekwencji prowadzić do zaburzeń psychicznych, psychosomatycznych lub zachowania szczególnie „najsłabszego” elementu systemu rodzinnego, jakim najczęściej jest dziecko.

W przedstawionych badaniach stwierdzono, że obraz siebie posiadany przez dziewczęta z AN jest zdecydowanie bardziej negatywny niż ten, jaki posiadają dziewczęta zdrowe. Potwierdzają to również doniesienia literatury (Casper i in., 1981; Sassaroli i in., 2008). Na uwagę zasługuje fakt, że najbardziej różnicującym wymiarem zastosowanej w badaniach wersji dyferencjału semantycznego okazała się para przymiotników „Doskonała – Niedoskonała”. Dziewczęta z AN mają poczucie niedoskonałości. Może to świadczyć o ich nadmiernych skłonnościach perfekcjonistycznych, a ta cecha osobowości jest często stwierdzana u chorych z AN.

Percepcja córek przez matki i ojców generalnie nie różnicuje badanych grup rodzin. Przypisywanie przez rodziców chorym na AN w większym nasileniu niż w przypadku rodziców DZ takich cech, jak wrażliwość, rywalizacja, odpowiedzialność (co mieści się w obrazie osobowości chorych na AN) świadczyć wręcz może o adekwatności spostrzegania swych chorych córek przez rodziców.

W przypadku matek badanych dwóch grup rodzin brak jest zasadniczych różnic w obrazie, jaki posiadają one co do swej osoby. Są również tak samo postrzegane przez córki, jak i przez swych mężów. Uzyskane rezultaty zdają się nie potwierdzać dość zakorzenionego w literaturze poglądu o „anorexogennej” matce, która ma być osobą dominującą, nadopiekuńczą i ambitną (Yager, 1982).

Najbardziej wyraźne różnice w zakresie wzorców percepcyjnych związane są natomiast z osobą ojca. Ojcowie dziewcząt z AN w większym nasileniu przypisują sobie cechy świadczące o korzystniejszym wyposażeniu psychicznym i interpersonalnym. Bardziej pozytywny obraz siebie reprezentowany przez ojców dziewcząt z AN może wynikać z działania u nich zmiennej aprobaty społecznej i z uruchamiania mechanizmów obronnych podwyższających samoocenę (Putyński, 2000). Chore z AN również oceniają swych ojców generalnie bardziej pozytywnie niż czynią to dziewczęta zdrowe, ale uwagę zwraca postrzeganie tychże jako mniej konfliktowych i bardziej uległych. Podobnie matki z grupy AN postrzegają swych mężów z jednej strony jako bardziej wrażliwych i odpowiedzialnych,

ale z drugiej jako nastawionych bardziej obronnie niż ma to miejsce w przypadku oceny swych mężów przez matki w rodzinie z dzieckiem zdrowym. Obraz ojca chorej na AN jako osoby „nieobecnej” i „słabej” był już wcześniej opisywany w literaturze z jednoczesnym zastrzeżeniem, że taki styl jego funkcjonowania nie wiąże się z patogenezą jadłowstrętu psychicznego u córki (Engel, Stienen, 1988). O braku istotnego wpływu ojca, którego sposób osobowościowego i interpersonalnego funkcjonowania miałby być jednym z czynników predysponujących lub wyzwalających objawy AN, świadczą również wyniki badań innych autorów (Laporte, Marcoux, Guttman, 2001). Niemniej styl jego funkcjonowania w rodzinie uznać można za ważny czynnik podtrzymujący objawy choroby u córki, co należy uwzględnić w oddziaływaniach terapeutycznych.

Rezultaty powyższych badań wskazują na brak wyraźnej specyfiki percepcji interpersonalnej w rodzinach z córką chorą na AN, a co za tym idzie przemawiają za tezą, że rodziny dziewcząt z AN nie stanowią grupy homogenicznej i mogą charakteryzować się różnymi stylami funkcjonowania.

#### BIBLIOGRAFIA

- Al-Alami, M.S., Beumont, P.J.V., Touz, S.W. (1987). The further development of the concept of anorexia nervosa. [W:] G.D. Burrows, P.J. Beumont, R.C. Casper (red.), *Handbook of eating disorders* (s. 117–141). New York: Elsevier.
- Andrzejczak, E., Jakubik A., Jaroszewski, T. (1981). Zastosowanie dyferencjału semantycznego w psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 15, 79–89.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., Jantschek, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 118–123.
- Casper, R.C., Offer, D., Ostrov, E. (1981). The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa. *The Journal of Pediatrics*, 98, 656–661.
- Czabała, J.Cz. (1988). *Rodzina a zaburzenia psychiczne (konceptje i studia nad percepcją interpersonalną)*. Kraków: Instytut Psychoneurologiczny.
- Czapiński, J. (1978). Dyferencjał semantyczny. [W:] L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii*. ser. III, t. 3 (s. 257–275). Warszawa: PWN.
- Engel, K., Stienen, M. (1988). Father types of anorexia nervosa patients: the ‘bonding’, the ‘brutal’, the ‘weak’ and the ‘absent’ father. An empirical study based on a comparison with fathers of a representative normal group. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 49, 145–152.
- Józefrik, B., Iniewicz, G., Namysłowska, I., Ulańska, R. (2002). Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychiatria Polska*, 36, 51–64.
- La Porte, L., Marcoux, V., Guttman, H.A. (2001). Caractéristique des familles de femmes présentant un trouble d’anorexie mentale restrictive compares a celles de familles temoins. *L’encephale*, 27, 109–119.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Osgood, Ch., Suci, G.J., Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University Illinois Press.

- Palazzoli, M.S. (1974). *Self-starvation*. London: Human Context Books.
- Pawłowska, B., Chuchra, M.M. (2003). Obraz siebie i ojca w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 81, 428–433.
- Pawłowska, B., Chuchra, M.M. (2005). Współzależność między idealnymi obrazami kobiet chorych na jadłowstręt psychiczny i ich rodziców. *Psychiatria Polska*, 39, 773–783.
- Putyński, L. (2000). Rodzinne i społeczne uwarunkowania jadłowstrętu psychicznego. [W:] D. Koronas-Biela (red.), *Rodzina: źródło życia i miłości* (s. 417–435). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Putyński, L., Zarzycki, J. (1994). Charakterystyka obrazu ciała i samooceny u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i otyłością prostą. *Pediatrics Polska*, LXIX, 6, 415–420.
- Sassaroli, S., Gallucci, M., Ruggiero, G.M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of heating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 467–488.
- Wewetzer, C., Deimel, W., Herpertz-Dahlmann, B., Mattejat, F., Remschmidt, H. (1996). Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 18–24.
- Yager, J. (1982). Family Issues in the Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 44, 43–59.

LESZEK PUTYŃSKI

**INTERPERSONAL PERCEPTION  
IN FAMILIES WITH GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA**  
(Summary)

The aim of the present study was the analysis of differences in intra and interpersonal perception in families with girls suffering from Anorexia Nervosa and families with healthy controls.

Research was conducted among the group of 30 families with AN girl and 30 families with healthy girl. The perception of oneself and family members was investigated with the Semantic Differential Technique constructed by the author of the study.

Differences were found in the self-perception and perception of a father between girls with AN and healthy girls (girls with AN have negative self-perception). No significant differences were found in self-perception of mothers and fathers and in perception of their daughters in both family groups.

**Keywords:** anorexia nervosa, interpersonal perception, family.