



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Ocena poczucia własnej wartości w jadłowstręcie i bulimii psychicznej : badania porównawcze

Author: Anna Brytek-Matera

Citation style: Brytek-Matera Anna. (2007). Ocena poczucia własnej wartości w jadłowstręcie i bulimii psychicznej : badania porównawcze. "Psychoterapia" (2007, nr 3, s. 53-65).



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Anna Brytek-Matera*

OCENA POCZUCIA WŁASNEJ WARTOŚCI W JADŁOWSTRĘCIE I BULIMII PSYCHICZNEJ: BADANIA PORÓWNAWCZE

EVALUATION OF SELF-ESTEEM IN ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA: COMPARATIVE STUDIES

Katedra Psychologii Zdrowia Uniwersytetu Paula Verlaine'a w Metz (Francja)

Kierownik: prof. dr hab. Elizabeth Spitz

Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Kierownik: prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek

Autorka przedstawia wyniki własnych badań, których celem była ocena poczucia własnej wartości u francuskich i polskich pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. W badaniach zastosowano Inwentarz Poczucia Własnej Wartości Coopersmitha (Self-Esteem Inventory), który dotyczy ewaluacyjnych postaw i zachowań związanych z oceną poczucia własnej wartości w czterech sferach funkcjonowania człowieka: ogólnej, społecznej, rodzinnej i szkolnej/zawodowej.

**self-esteem
anorexia nervosa
bulimia nervosa**

Summary: The study is aimed at an attempt to evaluate self-esteem in French and Polish populations with anorexia and bulimia nervosa. The author compared the already existing studies (Eiber et al. 2003) to the results of her research in France and in Poland. The study posed the question whether or not there are differences within self-esteem between groups of patients with anorexia and bulimia nervosa of the same and different nationality, and whether or not there are differences within scores of self-esteem between groups with eating disorders and healthy groups. The studies involved 46 French and 60 Polish patients with eating disorders. The control group consisted of 57 French and 60 Polish healthy students. The Self-Esteem Inventory (SEI) of Coopersmith (1984) was applied in the present study. The results revealed significant differences between the French and Polish groups with eating disorders and between these groups and the control groups. The Polish patients with AN show a significantly higher social self-esteem as compared to the French anorexic patients tested by Eiber et al., but at the same time they show a lower score on the lie scale. As compared to French bulimic patients tested by Eiber et al., Polish patients show a significantly higher social self-esteem but they show lower familial self-esteem. As compared to control groups, the lower self-esteem in the French and Polish patients with eating disorders was observable in all aspects: general, total, social, familial and school. Lower self-esteem is an important factor in the psychopathology of adolescent anorexic and bulimic Polish and French females patients. Key words: self-esteem, anorexia nervosa, bulimia nervosa, Poland, France

Wstęp

Samooceńca jest nadrzędnym komponentem obrazu własnej osoby. Określa postawę człowieka wobec siebie. Stanowi zespół subiektywnych sądów i opinii na swój temat

* Projekt pracy doktorskiej *Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles* sfinansowany przez rząd Francji (w ramach stypendium „Cotutelle”).

wyrażających się w postawach, na które jednostka ma wpływ, a do których należą: samoakceptacja, miłość, szacunek i zaufanie do siebie, a także wiara we własne możliwości [1, 2]. Poczucie własnej wartości traktowane jest jako podstawa rozwoju osobowościowego, ponieważ to właśnie ono ma zasadnicze znaczenie dla samopoczucia emocjonalnego, psychicznego i fizycznego człowieka. Samoocena może wpływać na podniesienie lub pomniejszenie własnej wartości. Dodatkowo, percepcja samego siebie może być zdeterminowana oceną drugiego człowieka. U osób z zaburzeniami odżywiania się na stopień samozadowolenia w dużej mierze wpływa opinia, jaką inni ludzie mają na ich temat.

W etiologii zaburzeń odżywiania się duże znaczenie odgrywa negatywny obraz własnej osoby. Czynnikiem predysponującym i podtrzymującym zaburzenia odżywiania się jest niskie poczucie własnej wartości [3–5]. Na jego kształtowanie się wpływ mają dysfunkcyjne wzory rodzinne. Niewątpliwie zasadniczą rolę w kształtowaniu się obrazu siebie i poczucia własnej wartości odgrywają postawy rodziców wobec dzieci: nadmierna protekcja dziecka i w konsekwencji brak rozwoju jego autonomii, ingerencja w jego przeżycia psychiczne, intensywny styl bycia razem, tłumienie indywidualnych dążeń, silne przywiązanie do utrzymania niezmiennego status quo rodziny, które łączy się z zaprzeczaniem i skrywaniem istotnych konfliktów, a także maskowanie, zaprzeczanie i skrywanie istotnych konfliktów [6]. W tak zwanej rodzinie „bulimicznej” autonomia dziecka jest ograniczona, a rodzice często kształtują swoje relacje według wzoru dominacji/poddania się [7]. Ponadto brak jest prawidłowego kontaktu emocjonalnego. Potrzeby dziecka (szczególnie potrzeba czułości, wsparcia, zaufania) nie są zaspokojone. Dziewczęta nie doświadczają bezpieczeństwa, uczuciowej akceptacji i dlatego nie kształtują w sobie obrazu osoby wartościowej — ich samoakceptacja jest zanizowana.

Niska samoocena u osób z zaburzeniami odżywiania się wpływa znacząco na relacje z najbliższym otoczeniem. Pacjenci w dużym stopniu zależni są od rodziny i rówieśników. Poza tym, wymagający w stosunku do samych siebie, troszczą się o to, aby podobać się innym i energicznie zabiegają o akceptację społeczną [8]. Niska samoakceptacja związana z uwzględnieniem opinii innych osób, przyjmowaniem ich punktu widzenia sprawia, że dziewczęta z anoreksją bardziej przejmują się tym, co ludzie sądzą o ich wyglądzie, zachowaniu, sposobie bycia itp. Rodzaj otrzymywanych informacji zwrotnych oraz sposób ich interpretowania również silnie działa na obraz ich własnej osoby. Rosnąca samoświadomość prowadzi do bardziej krytycznej samooceny, a w konsekwencji do spadku samoakceptacji.

W celu osiągnięcia autonomii człowiek musi przede wszystkim ukształtować własny system wartości, przejąć odpowiedzialność za swoje życie. W przypadku, kiedy doświadczenia sprawowania kontroli i skuteczności własnego działania nie są dla dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się źródłem nagradzających bodźców, kształtowanie się własnej niezależności zostaje zaburzone. Jednym ze sposobów poradzenia sobie z tym problemem jest znalezienie takiego obszaru, który da poczucie sprawowania nad sobą kontroli. U młodej dziewczyny obszar taki może zostać nakreślony przez wpływy kulturowe związane z idealnym wyglądem kobiecego ciała. Dla dziewcząt, zarówno z jadłowstrętem psychicznym, jak i z bulimią, kształty i waga ciała stanowią główny wyznacznik poczucia własnej wartości [9, 10], w związku z czym nadmiernie koncentrują się one na własnym wyglądzie. Jadłowstręt psychiczny można traktować zatem jako krańcową formę dostosowywania się do norm

społeczno-kulturowych — gdzie chore zaprzeczają własnej biologii (szczupła, atletyczna kobieta uwolniona zostaje od konieczności bycia matką), prawom, potrzebom, własnemu ja, zyskując w zamian pozorne poczucie wartości i autonomię. Bulimia rodzi się z odmowy podjęcia tradycyjnych ról kobiecych, łączonych z zależnością i biernością. Pragnienie bycia szczupłą nie tyle związane jest z poszukiwaniem własnej kobiecości (do czego zmagają się w swoim mniemaniu osoby cierpiące na bulimię), co z aspiracjami udowodnienia swojej wartości w wymiarze społecznym, zawodowym i intelektualnym [11].

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była próba oceny poczucia własnej wartości w grupie francuskich i polskich pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. Wykorzystując to samo narzędzie badawcze, porównano badania już istniejące [12] z badaniami własnymi autorki przeprowadzonymi we Francji i w Polsce. W pracy postawiono pytanie, czy istnieją różnice w zakresie samooceny u osób z jadłowstrętem psychicznym i bulimią, tej samej i odmiennej narodowości, oraz czy wyniki badanych grup z zaburzeniami odżywiania się różnią się od wyników osób o prawidłowej masie ciała.

Osoby badane i metoda

W badaniach wzięło udział 46 dziewcząt narodowości francuskiej i 60 dziewcząt narodowości polskiej cierpiących na zaburzenia odżywiania się¹. W badaniach przeprowadzonych przez Eibera i wsp. [12] uczestniczyło 66 pacjentów — narodowości francuskiej — z zaburzeniami odżywiania się. Grupę kontrolną w badaniach własnych stanowiło 57 dziewcząt narodowości francuskiej oraz 60 dziewcząt narodowości polskiej. W badaniach Eibera i wsp. grupę kontrolną stanowiło 17 osób (tabela 1).

Charakterystyka badanych grup

Szczegółowa charakterystyka badanych grup klinicznych (grupa własna we Francji i w Polsce) została zaprezentowana w tabeli 2.

W Polsce badania przeprowadzone zostały w Polskim Instytucie Ericksonowskim w Katowicach oraz wśród byłych pacjentek Oddziału Psychiatrii Wiekowej w Sosnowcu, we Francji natomiast w Centre d'Accueil pour la Santé des Adolescents de Metz, Hôpital Sainte-Croix de Metz, Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois oraz Association des Outremangeurs Anonymes de Metz. Badania przeprowadzone przez Eibera i wsp. [12] odbyły się w Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) de Paris.

W badaniach zastosowano Inwentarz Poczucia Własnej Wartości Coopersmitha (Self-Esteem Inventory — SEI) [1], który dotyczy ewaluacyjnych postaw i zachowań związanych z oceną poczucia własnej wartości w czterech sferach funkcjonowania człowieka: (1) ogólnej: aspekt samooceny, który odnosi się do ogólnego poczucia własnej wartości (26 itemów); (2) społecznej: aspekt samooceny związany z funkcjonowaniem jednostki

¹ Rozpoznanie zarówno jadłowstrętu psychicznego, jak i bulimii ustalono na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994).

wśród ludzi (8 itemów); (3) rodzinnej: aspekt samooceny, który odnosi się do funkcjonowania i wzajemnych relacji w rodzinie (8 itemów) oraz (4) szkolnej/zawodowej: aspekt samooceny, który odnosi się do osiągnięć, ambicji i działań zawodowych/szkolnych (8 itemów). Dodatkowo Coopersmith stworzył podskale kłamstwa (8 itemów), którą należy traktować jako wskaźnik postaw obronnych jednostki w odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu.

Analiza czynnikowa potwierdziła wewnętrzną spójność itemów dla wszystkich wymiarów samooceny. Uzyskane przez Coopersmitha współczynniki alfa wynosiły: dla skali samooceny ogólnej $\alpha = 0,90$, samooceny społecznej $\alpha = 0,61$, samooceny rodzinnej $\alpha = 0,78$, samooceny szkolnej/zawodowej $\alpha = 0,54$, oraz dla skali kłamstwa $\alpha = 0,71$. Polska adaptacja skali została przeprowadzona przez Brytek [13]. Spójność każdego z czynników testowana była za pomocą rachunku współczynnika rzetelności — alfa Cronbacha, i wynosiła dla skali samooceny ogólnej $\alpha = 0,89$, samooceny społecznej $\alpha = 0,76$, samooceny rodzinnej $\alpha = 0,77$, samooceny szkolnej/zawodowej $\alpha = 0,75$, oraz dla skali kłamstwa $\alpha = 0,47$.

Istnieje możliwość wyboru odpowiedzi z dwóch proponowanych: „jest to do mnie podobne” bądź „nie jest to do mnie podobne”. Wynik najwyższy dla skali ogólnej wynosi 26, dla pozostałych zaś skal 8. Ogólny wynik końcowy SEI równy jest 50. Osiągnięcie rezultatu 33 i poniżej świadczy o bardzo niskim poczuciu własnej wartości.

Wyniki badań

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SPSS wersja 12.0 (2004) oraz programu umożliwiającego obliczenie danych statystycznych (*logiciel informatique de lecture optique*) — Formic. W obliczeniach statystycznych posłużono się testem t-Studenta dla jednej próby (w przypadku porównań danych już istniejących z danymi wprowadzającymi) oraz analizą wariancji ANOVA (w przypadku porównań grup z zaburzeniami odżywiania się dwóch narodowości z grupami kontrolnymi oraz z grupami w badaniach Eibera i wsp. [12]). Przyjęty poziom istotności „p” wynosił 0,05.

Poczucie własnej wartości u pacjentów z zaburzeniami odżywiania się przeanalizowano opierając się na średnich wynikach dla poszczególnych grup. Wyniki kobiet narodowości francuskiej cierpiących na jadłowstręt psychiczny i bulimie narodowości francuskiej uzyskane w badaniach własnych w porównaniu z wynikami grup tej samej narodowości w badaniach Eibera i wsp. nie wykazują różnic istotnych statystycznie, natomiast w porównaniu z wynikami grup narodowości polskiej (badania własne) różnice dotyczyły społecznego poczucia własnej wartości ($p < 0,01$) — jest ono wyższe u Polek cierpiących na anoreksję.

Analiza danych wskazuje, że dziewczęta narodowości polskiej cierpiące na jadłowstręt psychiczny mają istotnie wyższe społeczne poczucie własnej wartości ($p < 0,001$) w porównaniu z pacjentkami narodowości francuskiej zbadanymi przez Eibera i wsp. W skali kłamstwa ($p < 0,001$) natomiast pacjentki francuskie osiągnęły wyższe wyniki aniżeli Polki. W porównaniu z osobami narodowości francuskiej cierpiącymi na bulimie (badania Eibera i wsp.), pacjentki narodowości polskiej mają istotnie wyższe społeczne po-

czucie własnej wartości ($p < 0,01$), istotnie niższe zaś rodzinne poczucie własnej wartości ($p < 0,01$) (tabela 2/3).

W badaniach przeprowadzonych przez Eibera i wsp. osoby z zaburzeniami odżywiania się osiągnęły wyższe wyniki, w porównaniu z grupą kontrolną, w sferze społecznej ($p < 0,05$) i zawodowej ($p < 0,05$). Porównanie średnich wyników w poszczególnych wymiarach skali SEI pozwoliło na ujawnienie u osób narodowości francuskiej cierpiących na zaburzenia odżywiania się (w odniesieniu do grupy kontrolnej w badaniach własnych) znacząco niższego poczucia własnej wartości w aspekcie: całościowym ($p < 0,001$), ogólnym ($p < 0,001$), społecznym ($p < 0,05$), rodzinnym ($p < 0,001$) oraz zawodowym ($p < 0,001$). W porównaniu z grupą kontrolną, pacjentki narodowości polskiej z zaburzeniami odżywiania mają istotnie niższe poczucie własnej wartości we wszystkich wymiarach: całościowym ($p < 0,001$), ogólnym ($p < 0,001$), społecznym ($p < 0,05$), rodzinnym ($p < 0,001$), zawodowym ($p < 0,001$) oraz w skali kłamstwa ($p < 0,01$) (tabela 3/4).

Omówienie wyników

Wyniki przeprowadzonych przez autorkę badań, w których dziewczęta zarówno narodowości polskiej, jak i francuskiej, cierpiące na jadłowstręt psychiczny i bulimię mają zaniżone poczucie własnej wartości, potwierdzają wcześniejsze doniesienia [14–17]. Niskie poczucie własnej wartości stanowi integralną część patologii odżywiania się. Steinberg i Shaw [18] uważają, że zaniżona samoocena u pacjentów z zaburzeniami odżywiania się może być związana z problemami samoregulacji (zwłaszcza redukcją napięcia).

Ponieważ kształt i waga ciała stanowią często wyznacznik wartości, percepcja własnego ciała stanowi podstawę samooceny u osób z zaburzeniami odżywiania się. Istotny wpływ przeżywania własnego ciała na poczucie własnej wartości potwierdzają badania Gellera i wsp. [9]: u badanych osób samoocena opierała się głównie na kształcie i wadze ciała. Autorzy dodatkowo zaznaczają, że wpływ masy ciała i wagi na poczucie własnej wartości nie jest związany z wagą obecną, lecz raczej z postrzeganiem własnej sylwetki jako nieatrakcyjnej (często otyłej). Joiner i wsp. [10] uważają, że na ogólne poczucie własnej wartości u dziewcząt z bulimią w dużej mierze wpływa niezadowolenie z własnego ciała. W badaniach własnych populacji polskiej i francuskiej cierpiącej na bulimię nie stwierdzono korelacji pomiędzy wskaźnikiem BMI a samooceną. Badania Eibera i wsp. [12] również dowodzą braku istotnie statystycznych różnic pomiędzy BMI a tym zaburzeniem odżywiania się. Różnice te wytłumaczyć można tym, iż wskaźnik wagowo-wzrostowy nie jest jedynym wyznacznikiem wizerunku ciała.

Czynniki ryzyka związane z zaburzeniami odżywiania się są różnorodne. Liczne hipotezy socjologiczne [19–22] zakładają, że kultura i społeczeństwo mogą doprowadzić do pojawienia się zaburzeń odżywiania się i wpłynąć na obraz własnego ja. Kult szczupłej sylwetki powoduje, że u młodych dziewcząt wzrasta uczucie niezadowolenia z własnej wagi i ciała, a to z kolei może być przyczyną niskiej samooceny. Wpływ „ja społeczne-go” na samoocenę dotyczyć może (zwłaszcza w okresie adolescencji) porównań z grupą rówieśniczą. Wyniki przeprowadzonych badań populacji francuskiej i polskiej z zaburzeniami odżywiania się ujawniły znacząco niższe poczucie własnej wartości w aspekcie relacji z rówieśnikami („ja społeczne”). Dziewczęta w dużej mierze podatne są na wpływ

środowiska (grupa rówieśnicza) do tego stopnia, że gotowe są zatracić poczucie własnej indywidualności na rzecz spełnienia oczekiwań narzuconych przez otoczenie. Osoby z zaburzeniami odżywiania się charakteryzuje poczucie społecznej niepewności oraz perfekcjonizm połączony z bardzo wysokimi oczekiwaniami osiągnięć i potrzebą wywiązywania się z obowiązków [7]. W zachowaniach społecznych anorektyczki są zazwyczaj introwertywne, skrupulatne i konformistyczne [23]. Bojąc się utraty akceptacji/aprobaty otoczenia, chore na jadłowstręt psychicznie najczęściej ulegają rówieśnikom, dostosowują się, podporządkowują lub wycofują z relacji towarzyskich [7], utrwalając tym samym poczucie mniejszej wartości.

Poza czynnikami osobowościowymi, zachowania dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się implikują czynniki kulturowe. I mimo że zarówno kultura polska, jak i francuska zaliczane są do kultur „kobiecych”², badane grupy cechują istotne różnice w wymiarach społecznego poczucia własnej wartości. Polki z jadłowstrętem psychicznym i bulimią mają wyższą samoocenę społeczną aniżeli Francuzki. Uzyskane wyniki tłumaczyć można obowiązującą w danym społeczeństwie formą życia. W Polsce, pomimo wprowadzenia kapitalizmu, nadal panuje solidarność społeczna (kolektywizm), we Francji natomiast duży nacisk kładzie się na indywidualizm³. Zatem postawy osób narodowości francu-

² Zdaniem Boskiego i Mikulskiej (za: Mandal E. Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią. Wydanie drugie zmienione. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2004) silny w Polsce kult maryjny wskazuje na wysoki wskaźnik „kobiecości” kultury. Chociaż inni badacze (Hofstede, 1980 – ibidem) postulują, że w krajach katolickich jest dominanta wskaźnika „męskiego”.

³ Zdaniem Hofstede’a (za: Żakowska M. Polskie dylematy aspołecznego kolektywisty. www.racjonalista.pl/kk.php/s,4615) kryterium „indywidualizm versus kolektywizm”, bazujące na relacji i zależności między jednostką a społeczeństwem, za główny wyznacznik indywidualizmu uznaje siłę jednostki, jej polityczne, społeczne i gospodarcze upodmiotowienie, jej samodzielność, samowystarczalność, stopień wyzwolenia od władzy szeroko pojętych więzów rodzinnych, nepotyzmu i nieformalnych układów, wyswobodzenia z niepisanych obyczajowych praw i zakazów, oraz idei wspólnoty, z myślenia w kategoriach „my”, identyfikacji z organizacją, rodziną, grupą społeczną (łącznie z jej zasadą dumy, wstydu i odpowiedzialności zbiorowej).

Badania przeprowadzone w ramach projektu GLOBE w 1998 roku (ibidem) dowodzą, iż poziom indywidualizmu w Polsce wynosił w odniesieniu do „indywidualizmu zawodowego” — 35,29, w dziedzinie zaś „indywidualizmu rodzinnego” — 21,15. Wartość parametru była stosunkowo niska. Sytuowała Polaków wprawdzie powyżej średniej światowej, jednak poniżej średniej europejskiej, świadcząc o dużej wadze wartości kolektywnych w polskim społeczeństwie.

Zdaniem Hryniewicza (ibidem) szczególną cechą polskiego społeczeństwa jest silna identyfikacja z małymi grupami (rodzina i przyjaciele), w dalszej kolejności zaś — w miarę silna więź z narodem, natomiast słabsze niż w innych krajach poczucie więzi ze zrzeczeniami (stowarzyszenia lokalne, zakłady pracy itp.). Do głównych czynników, które w opinii autora ukształtowały wymieniony charakter polskiej struktury społecznej należy religia katolicka oraz komunizm. Pierwsza ma w swej idei (w odróżnieniu od doktryny protestanckiej) silnie zaakcentowane pierwiastki kolektywistyczne, przykłada też większą wagę do więzi rodzinnych oraz idei dominacji osobistych kontaktów interpersonalnych. Jak postuluje Hryniewicz doktryna katolicka wyraża bardziej afirmacyjny niż protestancka stosunek do świata i więzi społecznych. Katolicy cenią sobie głównie sprawiedliwość i równość, w miejscu pracy słabiej respektują hierarchię służbową, mają mniejszy szacunek do prawa, znacznie silniejszy natomiast do więzi społecznych, są bardziej towarzyscy od protestantów, mocniej związani ze społecznością lokalną i z rodziną.

Na tle Europy Zachodniej Polacy są narodem bardzo rodzinnym. Sondaż opinii publicznej wskazuje, iż rodzina, dzieci, dom są dla nich wartościami najwyższymi. Niezależnie od wieku

skiej cierpiących na anoreksję i bulimię nacechowane są silnym poczuciem niezależności i odrębności osobistej, oraz postępowaniem odbiegającym od ogólnie przyjętych norm. Nawiązywanie relacji interpersonalnych i tym samym funkcjonowanie w społeczeństwie wydają się więc dla nich o wiele trudniejsze. Zaskoczeniem dla autorki były niższe wyniki „ja rodzinnego” Polek z bulimią w porównaniu z Francuzkami. Fakt ten wytłumaczyć można brakiem kontaktu czy niezaspokajaniem odpowiednich potrzeb członków rodziny. Być może funkcjonowanie w społeczeństwie opierającym się na życiu we wspólnocie i nieotrzymywanie wsparcia oraz akceptacji osób najbliższych, potęguje bardziej zachowanie bulimiczne dziewcząt narodowości polskiej.

Różnice w samoocenie tłumaczyć można także wiekiem badanych. Pacjentki narodowości francuskiej cierpiące na żarłoczność psychiczną są zdecydowanie starsze ($M = 28,6$ roku) od pacjentek polskich ($M = 21,2$ lat). Czas trwania choroby również jest istotny — w pierwszej grupie wynosi on 4 lata i 3 miesiące ($SD = 4,45$), w drugiej zaś 2 lata i 6 miesięcy ($SD = 1,19$).

U badanych osób z anoreksją i bulimią, w porównaniu z grupą kontrolną, poczucie własnej wartości jest słabsze w domenie życia koncentrującej się na rodzinie. Wydaje się więc oczywiste, że czynnikiem wpływającym na negatywną samoocenę dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się jest rodzina. Pacjentów z jadłowstrętem psychicznym cechują silne związki zależno-emocjonalne od rodziców [7] oraz mały stopień autonomii. Za główną przyczynę powstawania bulimii uważa się obecnie patologię rodziny. Postawy rodzicielskie względem dzieci cechuje przesadny rygorizm. Wychowanie w surowej atmosferze sprzyja kształtowaniu się niskiego poczucia własnej wartości, nieakceptowaniu siebie, zaburzonemu obrazowi własnego ja i małej odporności na stres, co w połączeniu z na ogół silną potrzebą osiągnięć, sukcesu i perfekcjonizmu prowadzić może do zachowań bulimicznych. W tym kontekście, bulimię należałoby traktować jako dostępną formę buntu przeciw narzuconym rygorom. W przypadku badanych dziewcząt zaniżone poczucie własnej wartości w sferze rodzinnej tłumaczy brak interakcji pomiędzy chorymi a ich najbliższym otoczeniem, jakim powinna być (a nie jest) rodzina.

Doświadczenia szkolne/zawodowe mają wpływ na kształtowanie się samooceny. Powodzenia szkolne podnoszą poczucie własnej wartości, niepowodzenia zaś powodują jego obniżenie. Brak zadowolenia z własnych osiągnięć, poczucie braku efektywności własnego działania, chęć sprostania najtrudniejszym zadaniom (niekiedy ponad siły chorej), niska ocena własnych możliwości, porównywanie (często niekorzystne) z rówieśnikami powodują zaniżoną samoocenę w aspekcie szkolnym. U osób z zaburzeniami odżywiania się za

i społecznego statusu stanowią przedmiot celów i dążeń. Wyniki badań Falkowskiej (ibidem) przeprowadzone w 2004 roku ujawniły, że 97% Polaków twierdziło, że rodzina jest ważna w ich życiu osobistym (w tym 83%, że bardzo ważna), a 70% deklarowało, że rodzina, małżeństwo, dzieci, udane życie rodzinne stanowią sens ich życia. Wysoka ranga rodziny w hierarchii wartości postrzegana też była jako fundamentalny składnik polskiego autostereotypu oraz jeden z elementów odróżniających Polaków od zachodnich Europejczyków. W opinii publicznej rodzina jest najważniejszym nośnikiem socjalizacji. Wśród głównych wartości wpajanych dzieciom istnieje zasadniczo równowaga pomiędzy tymi, traktowanymi jako wartości tradycyjne, „kolektywne”, takie jak religijność i posłuszeństwo (około 33%), a wartościami indywidualistycznymi, takimi jak niezależność i odpowiedzialność (27%), należy jednak zauważyć, że od początku lat 90. pierwsze z nich stopniowo tracą, drugie zaś zyskują na popularności.

niskim poczuciem własnej wartości w sferze szkolnej/zawodowej przemawiać może brak poczucia skuteczności własnego działania, któremu towarzyszą jednocześnie dążenie do perfekcjonizmu [24] oraz potrzeba osiągnięć. Dziewczeta z anoreksją są pilne i skrupulatne w nauce, przywiązują dużą wagę do osiągniętych wyników [8]. Stawiają sobie wysokie wymagania, którym nie zawsze są w stanie sprostać, dlatego też w większym stopniu narażone są na przeżywanie frustracji z powodu niezrealizowanych zamierzeń. Są bardzo ambitne, a swoje plany życiowe wiążą głównie z wykształceniem. Nawet w stanach znacznego wyniszczenia robią wszystko, by móc kontynuować naukę [25]. Zaniżona samoocena dotycząca sfery szkolnej/zawodowej u chorych na anoreksję świadczyć może o braku (bądź niedosycie) zadowolenia z własnych osiągnięć, pracy, a co za tym idzie chęci zwiększenia swojej aktywności intelektualnej i zawodowej, skutoczniejszego wykonywania pracy.

Podsumowanie

Zdaniem Coopersmitha [1] osądy, jakie człowiek ma o samym sobie, niezależnie od okoliczności, pozwalają mu wierzyć we własne możliwości i zdolności, tak społeczne, jak i osobiste, wynikające z zachowań adaptacyjnych w związku z codziennymi sytuacjami (życie społeczne, rodzinne, szkolne/zawodowe). Zatem poszczególne sfery, z którymi na co dzień spotykają się ludzie, wypełniają ich poczucie wartości. Jak pokazały przeprowadzone badania, zaniżona samoocena u osób z zaburzeniami odżywiania się dotyczyła wszystkich obszarów. Niskie poczucie własnej wartości należy traktować zatem jako czynnik podtrzymujący jadłowstręt psychiczny i bulimię zarówno w Polsce, jak i we Francji.

Wnioski

Prezentowane wyniki pozwalają stwierdzić, że:

1. Osoby z zaburzeniami odżywiania się różnią się w istotny sposób od zdrowej populacji w zakresie poczucia własnej wartości we wszystkich badanych wymiarach: całościowym, ogólnym, społecznym, rodzinnym i szkolnym/zawodowym. W badaniach własnych, populacji francuskiej i polskiej, osoby z zaburzeniami odżywiania się osiągnęły niskie wyniki we wszystkich skalach SIE, natomiast w badaniach Eibera i wsp. [12] grupa eksperymentalna miała wyższe społeczne i szkolne/zawodowe poczucie własnej wartości.
2. Pacjentki narodowości polskiej cierpiące na jadłowstręt psychiczny w porównaniu z grupami francuskimi (badania własne oraz badania Eibera i wsp.) wykazują istotnie wyższą samoocenę w sferze społecznej.
3. Istotnie wyższe poczucie własnej wartości u osób narodowości polskiej, chorujących na bulimię psychiczną w porównaniu z grupą francuską (badania Eibera i wsp.); dotyczy wymiaru społecznego. Badane Polki charakteryzuje natomiast niskie „ja rodzinne”.

Piśmiennictwo

1. Coopersmith S. Manuel d'Inventaire d'Estime de Soi. Paris: CPA; 1984.
2. Lelord F, André F. L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris: Odile Jacob; 1998.
3. Anderson DA, Maloney KC. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. Clin. Psychol. Rev. 2001; 21(7): 971-988.
4. Ghaderi A. Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. Eating Beh. 2002; 80: 1-10.

5. Newsn K, Bell L, Thomas S. The impact of a self-esteem group for people with eating disorders: an uncontrolled study. *Clin. Psychol. Psychother.* 2003;10: 64–68.
6. Minuchin S, Rosman B, Barker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge: Harvard University; 1978.
7. Józefik B. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
8. Raimbault G, Eliacheff C. *Les indomptables. Figures de l'anorexie.* Paris: Odile Jacob; 1989.
9. Geller J, Johnston C, Madsen K. Shape- and weight-based self-esteem and the eating disorders. *Int. J. Eating Dis.* 1998; 24: 285–298.
10. Joiner TE, Schmidt NB, Wonderlich SA. Global self-esteem as contingent on body satisfaction among patients with bulimia nervosa: lack of diagnostic specificity? *Int. J. Eating Dis.* 1997; 21: 67–76.
11. Silverstein B, Perdue L, Peterson B, Kelly E. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles* 1986; 14(9/10): 519–532.
12. Eiber R, Vera L, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD. *Estime de soi: étude comparative entre patients avec troubles de conduites alimentaires et phobiques sociaux.* *L'Encéphale* 2003; 29: 34–41.
13. Brytek A. *Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles.* Niepublikowana praca doktorska. Université Paul Verlaine — Metz, France, 2005.
14. Griffiths RA, Beumont PJV, Giannakopoulos E, Russell J, Schotte D, Touyz SW, Varano P. *Measuring self-esteem in dieting disordered patients: The validity of the Rosenberg and Coopersmith contrasted.* *Int. J. Eating Dis.* 1999; 25: 227–234.
15. Silverstone PH. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Med. Hypoth.* 1992; 39: 311–315.
16. Troop NA, Schmidt UH, Turnbull SJ, Treasure JL. Self-esteem and responsibility for change in recovery from bulimia nervosa. *Eur. Eat. Dis. Rev.* 2000; 8: 384–393.
17. Poikolainen K, Kanerna R, Marttunen M, Lönqvist J. Defence styles and other risk factors for eating disorders among female adolescents: a case-control study. *Eur. Eat. Dis. Rev.* 2001; 9: 325–334.
18. Steinberg BE, Shaw RJ. Bulimia as a disturbance of narcissism: self-esteem and the capacity to self-soothe. *Addict. Behav.* 1997; 22(5): 699–710.
19. Nagel KL, Jones KH. Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolesc.* 1992; 27 (105): 107–113.
20. Ricciardelli LA, McCabe MP. Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles* 2001; 44(3/4): 189–207.
21. Schmidt U. Aetiology of eating disorders in the 21st century. New answers to old questions. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 12 (1): 30–37.
22. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, Walker S, Miller S, Sagar A, Lock J. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 12(1): 38–46.
23. Fisher S, Reason J, red. *Handbook of life stress. Cognition and health.* New York: John Willey and Sons LTD; 1988.
24. Tyrka AR, Waldron I, Graber JA, Brooks-Gunn J. Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int. J. Eating Dis.* 2002; 32: 282–290.
25. Bomba J, Mamrot E, Orwid M. *Anorexia nervosa.* W: Orwid M, red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży.* Warszawa: PZWL; 1981, s. 138–151.

Adres: Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Zakład Psychologii Ogólnej
ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup

Badana zmienna	Badania Eibera i wsp. [12]						Badania własne we Francji						Badania własne w Polsce					
	JP N = 32		B N = 34		GK N = 17		JP N = 32		B N = 14		GK N = 57		JP N = 30		B N = 30		GK N = 60	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wiek w latach	24,0	6,2	28,6 [^]	8,2	37,8	9,1	17,7 ^o	1,3	22,8	7,7	20,8	1,9	20,1 ^o	1,4	21,2 [*]	2,3	20,5	1,8
BMI	14,4	1,6	22,9 [^]	4,2	BD	BD	16,7 ^o	2,3	22,9 ^{**}	8,6	21,4	2,8	16,5 ^o	0,8	21,0 [*]	1,2	20,6	2,4

LEGENDA:

JP – jądłowstręt psychiczny, B – bulimia, GK – grupa kontrolna, BD – brak danych

o Istotność różnic między francuską grupą z anoreksją [12] a dwiema grupami z tym samym zaburzeniem w badaniu własnym autorki ($p \leq 0,001$)

^ Istotność różnic między badanymi przez Eibera i wsp. [12] grupami pacjentów z anoreksją i bulimią ($p \leq 0,01$)

* Istotność różnic między francuską grupą z bulimią (Eiber i wsp.) a polską grupą z tym samym zaburzeniem ($p \leq 0,001$)

** Istotność różnic między francuską grupą z bulimią badaną przez Eibera i wsp. [12] a francuską grupą z tym samym zaburzeniem w badaniach własnym autorki ($p \leq 0,05$)

Pogrubioną czcionką zaznaczono istotność różnic między badanymi grupami a grupą kontrolną

Tabela 2. Liczbowe i procentowe wartości wybranych danych

BADANA ZMIENNA		Pacjentki francuskiej narodowości				Pacjentki polskiej narodowości			
		Jadłowstręt psychiczny N = 32		Bulimia N = 14		Jadłowstręt psychiczny N = 30		Bulimia N = 30	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Wykształcenie	Gimnazjum	2	6	-	-	-	-	-	-
	Liceum	22	69	4	29	1	3	25	83
	Studia	8	25	8	57	29	97	5	17
	Ukończenie studiów	-	-	2	14	-	-	-	-
Sytuacja rodzinna	Panna	32	100	13	93	30	100	29	97
	Wolny związek	-	-	-	-	-	-	1	3
	Samotna matka z dzieckiem	-	-	1	7	-	-	-	-
Sytuacja rodziców	Żyją razem	9	28	9	64	19	63	22	74
	Rozwód lub separacja	23	72	4	29	2	7	4	13
	Śmierć ojca	-	-	1	7	9	30	4	13
Rodzeństwo	Nie	8	25	3	21	9	30	10	33
	Tak	24	75	11	79	21	70	20	67
Zadowolenie z własnej sylwetki	Nie	23	72	12	86	26	87	30	100
	Tak	9	28	2	14	4	13	-	-
Stosowanie diety kiedykolwiek	Nie	11	34	3	21	1	3	-	-
	Tak	21	66	11	79	29	97	30	100
Stosowanie diety obecnie	Nie	18	56	8	57	17	57	15	50
	Tak	14	44	6	43	13	43	15	50
Codzienne ważenie się	Nie	16	50	3	21	6	20	6	20
	Tak	16	50	11	79	24	80	24	80
Hospitalizacja z powodu choroby	Nie	10	31	12	86	7	23	19	45
	Tak	22	69	2	14	23	77	11	55
Obecna opieka psychologiczna bądź psychiatryczna	Nie	5	16	7	50	8	27	21	70
	Tak	27	84	7	50	22	73	9	30

Tabela 3. Średnie wyniki wymiarów kwestionariusza SEI u dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną: badania francusko-polskie

Poczucie własnej wartości	Badania Eibera i wsp. [12]				Badania własne w Polsce				Test t-Studenta		Poziom istotności p	
	J (E) N = 32		B (E) N = 34		J N = 30		B N = 30		J (E) v JP	B (E) v BP	J (E) v JP	B (E) v BP
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Całościowe	24,40	10,5	21,69	8,6	23,86	8,9	21,63	5,9	-0,32	-0,05	NS	NS
Ogólne	11,15	6,3	9,06	4,7	10,56	4,1	9,60	4,0	-0,77	0,73	NS	NS
Spoleczne	4,15	2,2	4,67	2,1	5,53	1,8	5,40	1,5	4,05	2,74	0,001	0,01
Rodzinne	4,24	1,7	3,64	2,2	3,66	2,0	2,76	1,4	-1,50	-3,23	NS	0,01
Zawodowe	4,76	2,3	4,33	2,0	4,10	1,8	3,83	1,3	-1,92	-1,95	NS	NS
Skala kłamstwa	2,51	1,5	2,14	1,5	1,56	1,2	2,23	1,8	-4,04	0,28	0,001	NS

LEGENDA:

JP (E) – jadłowstręt psychiczny (badania Eibera i wsp.); B (E) – bulimia (badania Eibera i wsp.); JP – jadłowstręt psychiczny; B – bulimia; JP (E) vs JP – jadłowstręt psychiczny (badania Eibera i wsp.) versus jadłowstręt psychiczny (badania własne); BP (E) vs BP – bulimia (badania Eibera i wsp.) versus bulimia (badania własne).

Tabela 4. Średnie wyniki wymiarów kwestionariusza SEI we wszystkich badanych grupach z zaburzeniami odżywiania się oraz w grupach kontrolnych

Poczucie własnej wartości	Badania Eibera i wsp. [12]				Badania własne we Francji				Badania własne w Polsce				ANOVA					
	JP-B (E) N = 66		Grupa kontrolna N = 17		JP-B (F) N=46		Grupa kontrolna N = 57		JP-B N = 60		Grupa kontrolna N = 60		JP-B (E) v Gk		JP-BP (F) v Gk		JP-BP v Gk	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	F	p	F	p
Całościowe	22,13	9,3	20,31	9,5	24,26	9,5	35,29	8,9	22,75	7,5	34,83	10,4	BD	NS	36,13	0,001	52,61	0,001
Ogólne	9,70	5,4	10,04	5,5	11,02	5,7	17,61	5,2	10,08	4,0	18,00	6,0	BD	NS	36,62	0,001	71,51	0,001
Spoleczne	4,37	2,1	3,27	1,9	4,54	1,9	6,15	1,5	5,48	1,6	6,10	1,6	BD	0,05	21,97	0,05	4,05	0,05
Rodzinne	3,66	2,1	3,65	2,0	3,95	2,1	6,00	2,1	3,21	1,8	5,56	2,4	BD	NS	22,94	0,001	35,61	0,001
Zawodowe	4,41	2,1	3,39	1,8	4,73	1,9	5,52	1,8	3,96	1,6	5,16	1,9	BD	0,05	4,56	0,001	12,92	0,001
Skala kłamstwa	2,15	1,4	BD	BD	2,13	1,3	2,57	1,5	1,90	1,5	2,61	1,6	BD	NS	2,45	NS	5,91	0,01

LEGENDA:

JP-B (E) vs Gk – jadłowstręt psychiczny i bulimia (badania Eibera i wsp.) versus grupa kontrolna; JP-BP (F) vs Gk – jadłowstręt psychiczny i bulimia (badania własne we Francji) versus grupa kontrolna; JP-BP vs Gk – jadłowstręt psychiczny i bulimia (badania własne w Polsce) versus grupa kontrolna; BD – brak danych