

Wzory przywiązania i lęk u adolescentów z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji

Attachment patterns and anxiety in adolescents suffering from mixed disorders of conduct and emotions

Grzegorz Iniewicz^{1,2}, Karolina Dziekan³, Dominika Wiśniewska⁴,
Agnieszka Czuszkiewicz²

¹ Instytut Psychologii UJ

Dyrektor: dr hab. n. hum. M. Kossowska

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

³ Niepubliczne Przedszkole Językowe Baby City w Warszawie

Kierownik: mgr K. Kosakowska

⁴ Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bolesławcu

Dyrektor: mgr T. Rudzińska

Summary

Aim. The paper presents results of research concerning attachment patterns and anxiety in adolescents suffering from mixed disorders of conduct and emotions.

Method. Both clinical and control group completed the Parental Bonding Instrument and State-Trait Anxiety Inventory. The first questionnaire measures parental style as perceived by the child, it consists of two scales: care and control. The second one the temporary condition of “state anxiety” and the more general and long-standing quality of “trait anxiety”.

Results. The study revealed that adolescents from the clinical group perceive their parents as less protective than the control. Adolescents from the clinical group revealed also a higher level of anxiety, both as a state and as a trait.

Conclusions. The basic conclusion is that there are differences between groups in family functioning – adolescents from the clinical group received less protection from parents, which may influence their behaviours aimed at providing them more safety.

Słowa kluczowe: zaburzenia zachowania i emocji, przywiązanie, lęk jako stan, lęk jako cecha

Key words: mixed disorders of conduct and emotions, attachment, state anxiety, trait anxiety

Wstęp

Badania nad etiologią zaburzeń zachowania wciąż nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o ich przyczyny. Większość dotyczy wpływu czynników genetycznych lub/i środowiskowych, a zwłaszcza rodzinnych. Wśród tych ostatnich wymienia się

przede wszystkim brak poczucia bezpieczeństwa w dzieciństwie, który może warunkować ekspresję genów odpowiedzialnych między innymi za temperament. Można przypuszczać, iż w interakcji czynników genetycznych i środowiskowych należy upatrywać przyczyn zaburzeń zachowania [1, 2, 3, 4, 5].

W tym kontekście interesujące wydaje się spojrzenie na zaburzenia zachowania z perspektywy rodzinnych relacji. Jedną z koncepcji, która wyraźnie uzależnia rozwój człowieka – jak również powstawanie emocjonalnych zaburzeń – od bliskich relacji, jest teoria przywiązania Bowlby’ego. Styl przywiązania nie jest tu jednak traktowany jako czynnik determinujący powstawanie zaburzeń, ale raczej jako czynnik ryzyka ich wystąpienia [6, 7, 8]. Badania nad przywiązaniem w ostatnich latach prowadzone są coraz częściej i w odniesieniu do różnych grup pacjentów. Badań nad adolescentami jest jednak stosunkowo niewiele, a w dodatku dają one dość niejednoznaczne wyniki. Już sama kwestia związku bezpiecznego stylu przywiązania i jakości relacji z rodzicami pozostaje dyskusyjna, na co wpływ może mieć liczba różnorodnych czynników, które w tym okresie kształtują więzi między rodzicami i nastolatkami [9]. Poza tym, na co zwracają uwagę niektórzy badacze, powstające w tym okresie konflikty między nastolatkami i rodzicami mogą być traktowane paradoksalnie jako wyraz bezpiecznego przywiązania [10].

Opisane przez Ainsworth i wsp. [11] wzory przywiązania, które nie są oparte na poczuciu bezpieczeństwa, to przywiązanie lękowo-unikające i lękowo-ambiwalentne. W pierwszym dziecko nie pokazuje przeżywanych emocji, chociaż doświadcza silnego lęku, w drugim silnie emocjonalnie reaguje na separację i ma trudność z uspokojeniem się podczas powrotu opiekuna. Również w opisanym później przywiązaniu zdeorganizowanym lub z dezorganizacją lęk stanowi jedną z najsilniej doświadczanych emocji [12]. Tak więc we wszystkich wzorach przywiązania, które nie są oparte na poczuciu bezpieczeństwa, będziemy obserwować nasilony poziom lęku, mogący przejawiać się zachowaniami unikającymi bliższych relacji czy też sprawdzającymi bliskie relacje. Mogą też występować zachowania agresywne jako forma obrony przed lękiem lub też może dochodzić do sprzecznych zachowań, gdy dana osoba równocześnie będzie odczuwała silną potrzebę bliskości i lęk przed nią.

Zwrócenie uwagi na problem lęku w przypadku zaburzeń zachowania i emocji wydaje się o tyle interesujące, iż tutaj można upatrywać przyczyn zachowań agresywnych. Mogą być one wtórne do pojawiającej się niepewności czy poczucia zagrożenia. Agresja stanowiłaby zatem formę obrony czy też radzenia sobie z doświadczanym lękiem. Osoby źle funkcjonujące w świecie społecznym, niepewne i lękowe przyjmowałyby postawę agresywną, wrogą w stosunku do otaczającej je rzeczywistości. Źródeł tego lęku można byłoby doszukiwać się w błędzie atrybucji, który osoby z zaburzeniami zachowania często popełniają. Polega on na tym, że w sytuacjach niejasnych przypisują one innym ludziom złe intencje, a to jako czynnik lękotwórczy prowadzić może do chęci obrony własnej osoby i generować zachowania agresywne [13].

W badaniach nad przywiązaniem dominują dwie strategie. Pierwsza, klasyczna, zapoczątkowana przez Ainsworth, odnosi się do określania typów czy stylów przywiązania, druga – do badania jego pewnych wymiarów. W przeprowadzonych badaniach, które miały na celu z jednej strony opis specyfiki przywiązania młodzieży z zaburzeniami zachowania, a z drugiej zmierzenie poziomu lęku, który u nich

występuje, odnosimy się do drugiej strategii. Wykorzystaliśmy jedno z najczęściej stosowanych narzędzi: Parental Bonding Instrument, umożliwiający scharakteryzowanie przywiązania w wymiarach troski i kontroli [14]. W badaniu odwołaliśmy się do rozróżnienia lęku zaproponowanego przez Spielbergera [15, 16, 17], tzn. lęku jako stanu i lęku jako cechy.

Material

Uczestnikami badania było 63 nastolatków: 39 dziewcząt (62%) i 24 (38%) chłopców. Przebadano 34 pacjentów z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji (wg DSM-IV-R), Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, w wieku od 14 do 18 lat ($M = 15,9$; $SD = 1,29$), oraz 29 uczniów Gimnazjum nr 1 im. Steinhausu we Wrocławiu, w wieku 15 lat. Wszystkie osoby badane były gimnazjalistami.

Metoda

W badaniach zostały wykorzystane dwa narzędzia.

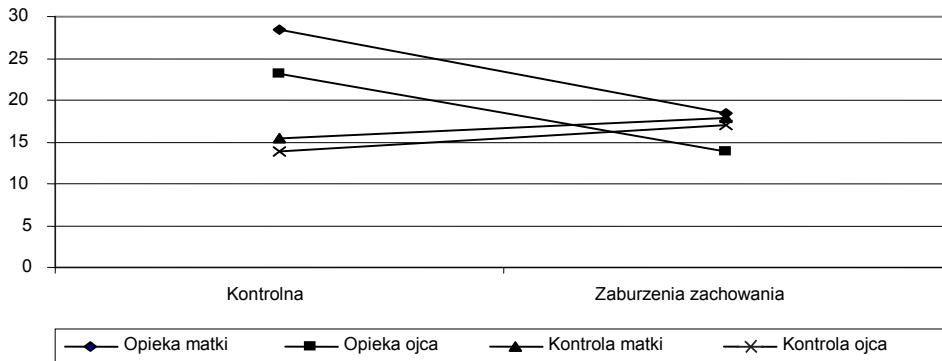
Pierwsze – Parental Bonding Instrument [14], zaadaptowany do polskich warunków [18] – przeznaczone jest do badania osób od 15 roku życia i dorosłych. PBI jest testem retrospektywnym, odnoszącym się do przeszłych wydarzeń. Składa się z 25 stwierdzeń (osobno do badania relacji z matką i ojcem). Wśród 25 stwierdzeń uwzględnione zostały dwa wymiary: opieki (12 pozycji) oraz kontroli (13 pozycji). Pozycje z wymiaru „opieka” pozwalają na określenie percepcji zachowań rodziców na continuum: opiekuńczy – odrzucający, natomiast z wymiaru „kontrola”: kontrolujący – dający poczucie autonomii. Ostatecznie uzyskuje się wyniki, które można zawrzeć w czterech wymiarach: matka – opieka, matka – kontrola, ojciec – opieka, ojciec – kontrola, a ich analiza doprowadza do nazwania relacji opiekun–dziecko jednym z następujących określeń: relacja pozytywna, kontrola z uczuciem, kontrola bez uczucia, związek słaby lub jego brak.

Drugie narzędzie to Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory – STAI), który powstał na bazie teorii Spielbergera, opartej na rozróżnieniu lęku jako stanu – czasowego, uwarunkowanego sytuacyjnie, i lęku pojmowanego jako stała osobowościowa [15, 16, 17]. Lęk jako stan (skala X1) opisywany jest jako subiektywnie postrzegane uczucie obawy, któremu towarzyszy pobudzenie układu nerwowego, natomiast lęk jako cecha (skala X2) definiowany jest jako skłonność do odbierania wielu, obiektywnie niezagrażających, bodźców jako groźnych i każdorazowego reagowania na nie pobudzeniem. Kwestionariusz STAI składa się z 20 pozycji, do których należy ustosunkować się wg czteropunktowej skali.

Opis wyników

Do analizy istotności różnic pomiędzy grupami użyto testu t Studenta dla prób niezależnych. W kwestionariuszu PBI, w skalach opieki, zarówno w przypadku ma-

tek, jak i ojców wystąpiły różnice istotne statystycznie (wykres 1, tabela 1). Młodzież z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, opisywała swoich rodziców jako mniej opiekuńczych. W skalach kontroli pomiędzy grupami różnice nie wystąpiły. Oznacza to, iż młodzież z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji podobnie jak zdrowi rówieśnicy spostrzega kwestie sprawowania przez rodziców kontroli.



Wykres 1. Wyniki uzyskane przez osoby badane w kwestionariuszu PBI

Tabela 1. Średnie, odchylenia standardowe i istotność różnic dla skal kwestionariusza PBI

Skale	Grupa badana M (SD)	Grupa kontrolna M (SD)	t	p
Opieka – matka	18,5 (10,2)	28,4 (4,9)	-4,72	< 0,001
Opieka – ojciec	13,8 (8,8)	23,2 (6,7)	-4,59	< 0,001
Kontrola – matka	17,9 (7,7)	15,5 (6,8)	1,25	0,216
Kontrola – ojciec	17,1 (9,6)	13,9 (6,4)	1,52	0,133

Sprawdzono również miary skośności dla poszczególnych zmiennych. Dla zmiennej „kontrola – ojciec” w grupie badanej miara skośności wynosiła 0, tak więc był to rozkład symetryczny – wystąpiła podobna liczba wysokich i niskich wyników – natomiast w grupie kontrolnej miara skośności przyjmowała wysoką wartość dodatnią, co oznacza, że rozkład był prawoskośny, czyli wystąpiło wiele wyników niskich, a mało wysokich. Można stąd przypuszczać, iż młodzież bez zaburzeń zachowania i emocji częściej oceniała swoich ojców jako tych o niskiej kontroli. Analogicznie skośność wyglądała w przypadku zmiennej „kontrola – matka”. Rozkład prawoskośny obserwowano także, jeśli idzie o zmienną „opieka – ojciec” w grupie badanej. Rozkład lewoskośny, z wartościami ujemnymi miary skośności, pojawił się w przypadku zmiennej „opieka – matka” w grupie badanej – tutaj badani uzyskiwali raczej wysokie wyniki. Pozostałe rozkłady sklasyfikowane zostały jako symetryczne.

Różnice istotne statystycznie uzyskano również w badaniu lęku, zarówno jako stanu, jak i cechy (tabela 2). W obydwu tych wymiarach grupa badana uzyskała wyż-

sze wyniki. Przy czym analiza wpływu płci na zmienne niezależne nie ujawniła, aby była ona istotną zmienną.

Tabela 2. Średnie, odchylenia standardowe i istotność różnic dla skal kwestionariusza STAI

Skale	Grupa badana M (SD)	Grupa kontrolna M (SD)	t	p
Lęk jako stan	43,1 (11,6)	37,0 (7,3)	2,38	< 0,05
Lęk jako cecha	46,8 (12,1)	40,2 (8,1)	2,45	< 0,05

W celu analizy związków pomiędzy mierzonymi zmiennymi obliczono współczynniki korelacji *r* Pearsona. W grupie badanej nie wystąpiły istotne statystycznie korelacje liniowe pomiędzy poszczególnymi wymiarami kwestionariusza PBI (tabela 3). Umiarkowanie silne, istotne statystycznie okazały się związki pomiędzy wymiarami opieki i lęku. Ujemna korelacja skal opieka – matka i lęku jako cechy oznacza, że wyższemu poziomowi opieki ze strony matki (sposrzeganiem przez osobą badaną) towarzyszy mniej lęku. W przypadku zależności: opieka – ojciec i lęk jako stan oraz opieka – ojciec i lęk jako cecha odnotowano dodatnie, istotne statystycznie korelacje. Oznacza to, że większej opiece ze strony ojca towarzyszy wyższy poziom lęku u badanych, zarówno jako stanu jak i cechy.

Tabela 3. Współczynniki korelacji (*r* Pearsona) pomiędzy wymiarami relacji rodzice – dziecko a poziomami lęku dla grupy badanej

Skale	Kontrola – matka	Opieka – ojciec	Kontrola – ojciec	Lęk jako stan	Lęk jako cecha
Opieka – matka	0,124	-0,332	0,198	-0,347	-0,470 *
Kontrola – matka		-0,271	0,194	-0,202	-0,197
Opieka – ojciec			-0,281	0,389 *	0,473 **
Kontrola – ojciec				-0,297	-0,32
Lęk jako stan					0,759 **

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

W grupie kontrolnej (tabela 4 na następnej stronie) wystąpiły ujemne, umiarkowane korelacje pomiędzy parami skal PBI: opieka – matka i kontrola – matka oraz opieka – ojciec i kontrola – ojciec. Oznacza to, że wyższemu poziomowi opieki rodziców towarzyszy niższy poziom rodzicielskiej kontroli. Korelacje pomiędzy zmiennymi odnoszącymi się do matki i lęku ujawniły, iż wyższej opiece z jej strony towarzyszy mniejszy lęk u badanych, który jednak wzrasta wraz ze wzrostem kontroli z jej strony.

Na koniec sprawdzono, w jakim stopniu percepcja wymiarów przywiązania może wpływać na poziom lęku. Przeprowadzono analizę regresji liniowej, metodą wprowadzania. W analizie wzięto pod uwagę wszystkie wymiary kwestionariusza PBI i sprawdzano ich moc predykcyjną. Analizy przeprowadzono osobno dla obu grup.

Tabela 4. Współczynniki korelacji (r Pearsona) pomiędzy wymiarami relacji rodzice – dziecko a poziomami lęku dla grupy kontrolnej

Skale	Kontrola – matka	Opieka – ojciec	Kontrola – ojciec	Lęk jako stan	Lęk jako cecha
Opieka – matka	-0,530**	0,287	-0,150	-0,653 **	-0,493 **
Kontrola – matka		0,022	0,161	0,391 *	0,379 *
Opieka – ojciec			-0,590 **	-0,226	-0,117
Kontrola – ojciec				0,045	0,060
Lęk jako stan					0,637 **

* p < 0,05, ** p < 0,01

Wyniki analiz dla młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji (tabela 5) wskazują, że przywiązanie, oceniane za pomocą PBI, nie jest istotnym statystycznie predyktorem lęku jako stanu. W przypadku lęku jako cechy jest inaczej – mimo że indywidualnie żaden z predyktorów nie wpływa istotnie statystycznie na poziom lęku, ich kombinacja, czyli przywiązanie, wyjaśnia 36% wariacji zmiennej lęku jako cechy.

Tabela 5. Wpływ przywiązania na poziom lęku u młodzieży z grupy badanej

Skale	Standaryzowane współczynniki β				R ²	F
	Opieka – matka	Kontrola – matka	Opieka – ojciec	Kontrola – ojciec		
Lęk jako stan	-0,222	-0,075	-0,274	-0,169	0,238	1,87
Lęk jako cecha	-0,331	-0,041	0,305	-0,165	0,362	3,40*

* p < 0,05, ** p < 0,01

W grupie kontrolnej analizy wykazały istotny wpływ tylko jednego z predyktorów na poziom lęku (tabela 6). W przypadku pomiaru lęku jako stanu wymiar opieka – matka okazał się istotnym predyktorem dla oceny poziomu lęku. Wprowadzenie pozostałych zmiennych, mimo że były nieistotne, wpłynęło na wyjaśnienie 44% wariacji zmiennej lęku jako stanu. Podczas analizy lęku jako cechy nie odnotowano istotnej statystycznie mocy predykcyjnej przywiązania.

Tabela 6. Wpływ przywiązania na poziom lęku u młodzieży z grupy kontrolnej

Skale	Standaryzowane współczynniki β				R ²	F
	Opieka – matka	Kontrola – matka	Opieka – ojciec	Kontrola – ojciec		
Lęk jako stan	-0,570*	0,116	-0,154	-0,150	0,445	4,82**
Lęk jako cecha	-0,394	0,179	-0,038	-0,051	0,264	2,15

* p < 0,05, ** p < 0,01

Omówienie wyników

Uzyskane w badaniu wyniki pokazują, iż w spostrzeganiu relacji ze swoimi rodzicami zachodzą pomiędzy grupą młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji a zdrowymi rówieśnikami różnice w zakresie opieki. Grupa badana spostrzega swoich rodziców jako mniej opiekuńczych, co dotyczy zarówno relacji z matką jak i ojcem. Z kolei w zakresie kontroli nie stwierdzono istotnych różnic. Wyniki te są zgodne z uzyskanymi przez innych autorów, którzy stosowali to samo narzędzie badawcze [19]. Uwzględniając wyniki sugerujące związek pomiędzy opieką matki i lękiem jako cechą, można przypuszczać, iż doświadczana troska z jej strony może łagodzić czy też pomagać w radzeniu sobie przez nastolatków z grupy badanej z bodźcami spostrzeganymi jako nieprzyjemne czy zagrażające. Na podobne zależności wskazują wyniki uzyskane w grupie zdrowej młodzieży. Tutaj dodatkowo można przypuszczać, iż macierzyńska opieka pomaga w radzeniu sobie z bieżącymi stresującymi sytuacjami.

Zastanawiający jest brak różnic w spostrzeganiu kwestii rodzicielskiej kontroli, która została opisana jako umiarkowanie silna. Wyjaśniając ten wynik można odwołać się do specyfiki okresu dojrzewania, kiedy to powyższa kwestia staje się jednym z ważniejszych obszarów negocjacji, prowadząc często do konfliktów. Przejmowanie kontroli nad swoim zachowaniem, powiązane z braniem za nie odpowiedzialności, jest procesem, który stanowi ważny element relacji młodzieży z rodzicami. Jako taki może wywoływać u nastolatków silne emocje, w związku z czym mogą oni patrzeć na swoich rodziców głównie przez pryzmat kontrolowania przez nich ich zachowań. Brak różnic pomiędzy grupami może być spowodowany podobnym spostrzeganiem swojej sytuacji w wymiarze kontroli.

W zakresie poziomu lęku wykazano istotne różnice pomiędzy młodzieżą z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji a młodzieżą bez takiej diagnozy. Takie wyniki mogą sugerować, iż u podłoża zaburzeń zachowania i emocji może leżeć lęk, a obserwowane symptomy mogą być jego manifestacją. Osoby z wysokim poczuciem lęku mogą próbować radzić sobie z nim poprzez zachowania agresywne, które spełniałyby funkcję zachowań obronnych. Źródłem lęku można doszukiwać się w relacjach z rodzicami lub/i w błędzie atrybucji – przypisywanie innym ludziom złych intencji może działać jako czynnik lękotwórczy, prowadzący do chęci obrony własnej osoby i generowania zachowań agresywnych. Ciekawe jest również to, że różnice pomiędzy grupami odnosiły się zarówno do lęku jako dyspozycji osobowościowej (w tym przypadku można zakładać genezę lęku we wczesnym okresie życia), jak i do reagowania lękiem, a w konsekwencji agresją, na stresory sytuacyjne, co można powiązać z impulsywnością i brakiem kontroli zachowań u osób z zaburzeniami zachowania i emocji.

Analizy korelacji wskazują, iż wyższemu poziomowi lęku jako stanu towarzyszy większa opieka ze strony ojca. Być może okazywanie przez niego troski wywołuje u adolescentów z zaburzeniami zachowania i emocji poczucie bezradności w obliczu sytuacji spostrzeganych jako zagrażające. Zjawisko to można też próbować wytłumaczyć emocjonalnym zaangażowaniem się ojca w takich sytuacjach, co może wzmacniać doświadczany przez nastolatka lęk. Jeśli przy interpretacji tego wyniku weźmiemy pod uwagę inną zmienną, tzn. opiekę ze strony matki, to można by też rozważać, czy niskiemu poziomowi jej opieki nie towarzyszyłoby przejmowanie opieki przez ojca.

Jednak lęk byłby tu nasilany nie tyle przez opiekę ze strony ojca, ile przez słabą opiekę ze strony matki. Przy rozważaniach tych należy jednak zachować ostrożność, gdyż wymagałyby one bardziej szczegółowych badań w tym zakresie.

Z kolei zdrowym adolescentom, w sytuacjach spostrzeganych jako zagrażające, bardziej pomaga w radzeniu sobie z lękiem opieka matki, odwrotnie niż w przypadku, gdy podejmuje ona próby kontrolowania. Opieka z jej strony może wpływać na poczucie samodzielnego kontrolowania sytuacji przez nastolatka, a kontrola wywoływać może poczucie bezradności i tym samym nasilać lęk.

Celem ostatniego etapu analiz było testowanie jednoczesnego wpływu wszystkich wymiarów przywiązania dziecka do rodziców na poziom lęku obserwowany u adolescentów. Ogólnie udało się ustalić umiarkowaną moc predykcyjną tego konstruktów jeśli chodzi o poziom lęku, jednak dla poszczególnych grup wyniki rozkładały się odmiennie. W grupie osób z zaburzeniami zachowania i emocji przywiązanie generalnie było predyktorem wystąpienia cechy lęku, jednocześnie żaden z wymiarów tego przywiązania nie miał bezpośredniego wpływu na wymiar lęku jako cechy. Wśród osób bez diagnozy wyniki regresji liniowej wykazały istotny wpływ tylko jednej zmiennej – opieki ze strony matki – na stan lęku. Podsumowując model regresji, można stwierdzić, że przywiązanie ma wpływ na poziom lęku u adolescentów, choć nie jest to wpływ jednoczynnikowy. Potwierdzałoby to też słuszność traktowania przywiązania jako czynnika ryzyka. Należałoby, w dalszych badaniach, sprawdzić, jaka jest moc predykcyjna przywiązania, połączonego z wpływem innych czynników, na przykład zmiennych temperamentalnych czy osobowościowych, bądź też z wpływem innych relacji.

Wnioski

Uzyskane w prezentowanej pracy wyniki badań zdają się potwierdzać tezę, przyjętą *implicite*, o wpływie środowiska rodzinnego na funkcjonowanie psychiczne i społeczne adolescentów. Rodzice wnoszą do interakcji z dzieckiem swój wewnętrzny wzór relacji i kierunkują w pewien sposób jego rozwój. Różnice pomiędzy adolescentami z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji a zdrową młodzieżą w ocenie przywiązania wskazują jednoznacznie, że relacje te są bardziej zaburzone w przypadku dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji. Pomimo faktu, że metody samoopisowe są zawsze obciążone pewnym błędem, to i tak można przyjąć, że młodzież z zaburzeniami zachowania wskazuje na niską opiekę i troskę, szczególnie ze strony swoich matek. Przyczynkiem do generowania nowych planów eksperymentalnych jest też fakt istnienia podwyższonego poziomu lęku u adolescentów z zaburzeniami zachowania. Warto byłoby zastanowić się, jaka kombinacja czynników jest predyktorem występowania lęku. Byłoby to ważne z punktu widzenia profilaktyki i terapii.

Образцы привязанности и страх у молодежи с диагнозом нарушения поведений и эмоции

Содержание

Задание. Предложение исследований, относящихся к образцам привязанности и страха у подростков с диагнозом смешанных нарушений поведения и эмоций.

Метод. Две группы, как клиническая, так и контрольная обследованы глоссанием Parental Bonding Instrument и STAI. Первый из них – исследование стиля родительской привязанности в понимании подростков, который состоит из двух шкал – опека и контроль. Второй глоссарий оценивает уровень страха как состо яния и как оценки, его черты.

Результаты. Проведенные исследования показали, что подростки из клинической группы оценивают своих родителей как менее внимательных, чем подростки контрольной группы. У подростков первой группы обнаружен более высокий уровень страха, как состояния, так и черты.

Выводы. Основной вывод, который можно предложить, относится к различиям между группами в функционировании семьи. Подростки из клинической группы оценивают своих родителей как менее заботливых, что может влиять на появление поведений подростка, целью которых является необходимость большего чувства безопасности.

Bindungsmuster und Angst bei Jugendlichen mit diagnostizierten Störung von Gefühlen und Sozialverhalten

Zusammenfassung

Ziel. Im Artikel wurden die Studien an den Bindungsmustern und Angst bei Adoleszenten mit der Diagnose Störung von Gefühlen und Sozialverhalten beschrieben.

Methode. Beide Gruppen, sowohl die klinische als auch die Kontrollgruppe wurden mit dem Fragebogen Parental Bonding Instrument und mit dem STAI-Fragebogen. Der erste von ihnen untersucht die Typen der Elternbindung in der Perzeption der Jugendlichen. Er besteht aus zwei Skalen: Betreuung und Kontrolle. Der andere Fragebogen misst die Intensität der Angst als Zustand und Eigenschaft.

Ergebnisse. Die Studie hat bewiesen, dass die Adoleszenten aus der klinischen Gruppe ihre Eltern als weniger betreuend empfinden als die Kontrollgruppe. Bei ihnen wurde auch ein höherer Angstlevel als Zustand und auch als Eigenschaft festgestellt.

Schlussfolgerungen. Die Hauptschlussfolgerung, die man ziehen kann, betrifft die Unterschiede zwischen den Gruppen in der Funktionsweise der Familie – die Adoleszenten aus der klinischen Gruppe betrachten ihre Eltern als weniger fürsorglich, was auch einen Einfluss auf Verhalten haben kann, dessen Ziel die Erfahrung vom höheren Sicherheitsgefühl ist.

Les types d'attachement et l'anxiété des adolescents souffrant des troubles de conduite et d'émotions

Résumé

Objectif. L'article présente les recherches concernant les types d'attachement et l'anxiété des adolescents souffrant des troubles mixtes de conduite et d'émotions.

Méthode. Les deux groupes analysés, clinique et du contrôle, sont examinés avec Parental Bonding Instrument et State-Trait Anxiety Inventory. Le premier questionnaire examine les types d'attachement des parents perçus par les adolescents. Il se compose de deux échelles : garde et contrôle. Le second questionnaire mesure le niveau d'anxiété comme état et comme trait.

Résultats. Ces recherches démontrent que les adolescents du groupe clinique perçoivent leurs parents comme moins protectifs que les adolescents du groupe de contrôle. Ils ont aussi le niveau d'anxiété plus élevé – comme état et comme trait.

Conclusions. La conclusion principale touche les différences du fonctionnement de la famille de ces deux groupes – les adolescents du groupe clinique perçoivent leurs parents comme moins protectifs. Cela peut provoquer les conduites causant le sentiment de la plus grande sécurité.

Piśmiennictwo

1. Bomba J. *Zaburzenia zachowania*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004.

2. Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press; 2001.
3. Fonagy P, Target M. *Psychoanalytic theories. Perspectives from developmental psychopathology*. New York, London: Routledge; 2003.
4. Cadorez RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA. *Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 42–52.
5. Priori V, Glaser D. *Understanding attachment and attachment disorders*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher; 2006.
6. Guttman-Steinmetz S, Crowell JA. *Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2006; 4: 440–451.
7. Kobak R, Mandelbaum T. *Caring for the caregivers. An attachment approach to assessment and treatment of child problems*. W: Johnson SM, Whiffen VE, red. *Attachment processes in couple and family therapy*. New York, London: The Guilford Press; 2003, s. 144–164.
8. Iniewicz G. *Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania*. Psychiatr. Pol. 2008; 5: 671–682.
9. Thompson RA. *Early attachment and later development*. W: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment: theory, research and clinical application*. New York: The Guilford Press; 1999.
10. Moretti MM, Holland R. *The journey of adolescence. Transitions in self within the context of attachment relationships*. W: Johnson SM, Whiffen VE, red. *Attachment processes in couple and family therapy*. New York, London: The Guilford Press; 2003.
11. Ainsworth M, Blehar M, Waters M, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
12. Main M, Solomon J. *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. W: Brazelton TB, Yogman MW, red. *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablem; 1986, s. 95–124.
13. Kendall PC. *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
14. Parker G, Tupling H, Brown L. *Parental Bonding Instrument*. Brit. J. Med. Psychol. 1979; 52: 1–10.
15. Spielberger ChD, Gorsuch, Lushene RE, *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) test manual for form X*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1970.
16. Sosnowski T, Wrześniewski K. *Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku*. Przegl. Psychol. 1983; 26: 393–412.
17. Sosnowski T, Wrześniewski K, Jaworowska A, Fecenec D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2006.
18. Popiel A, Pragłowska E. *Terapia poznawczo-behawioralna schizofrenii*. W: Meder J, red. *Oddziaływania psychologiczne w schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2006, s. 31–43.
19. Rey JM, Bird KD, Kopec-Schrader E, Richards IN. *Effects of gender, age and diagnosis on perceived parental care and protection in adolescents*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 88: 440–446.

Adres: Grzegorz Iniewicz
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 25.02.2011
Zrecenzowano: 9.03.2011
Otrzymano po poprawie: 31.03.2011
Przyjęto do druku: 9.05.2011