

Wioletta Radziwiłłowicz¹, Katarzyna Czarniak²

SOCJOTROPIA I AUTONOMIA W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA SIĘ
SOCIOTROPY AND AUTONOMY IN EATING DISORDERS

¹ Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju

Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Kierownik Zakładu: prof. UG, dr hab. H. Olszewski

² Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży

Dyrektor: mgr T. Smoła

Streszczenie

Cel: Studia z psychopatologii rozwojowej i psychiatrii wskazują, że czynniki osobowościowe są silnie związane z zaburzeniami odżywiania się. Socjotropia i autonomia mogą stanowić cechy sprzyjające powstawaniu i utrzymywaniu się objawów zaburzeń odżywiania się. Teoretyczne podłoże badań własnych stanowiła głównie koncepcja autonomii i socjotropii A. Becka, zaś ich celem była próba odpowiedzi na pytanie badawcze, czy osoby chorujące na zaburzenia odżywiania się charakteryzują się wyższym poziomem socjotropii i autonomii niż osoby z grupy ryzyka oraz grupy kontrolnej, a także wyodrębnienie powiązań między nasileniem socjotropii i autonomii w każdej z badanych grup.

Metoda: Badania przeprowadzono w trzech grupach: klinicznej (23 dziewczęta z diagnozą zaburzeń odżywiania się), ryzyka (15 dziewcząt, nie leczonych z powodu zaburzeń odżywiania się, u których występują epizody kompulsywnego objadania się), kontrolnej (15 dziewcząt, nie przejawiających objawów zaburzeń odżywiania się). Średni wiek badanych dziewcząt wynosił 17,9 lat. Zastosowano ustrukturuwany wywiad kliniczny oraz Skalę Socjotropii - Autonomii (T. Sato).

Wyniki: Nacisk na autonomiczne funkcjonowanie oraz doświadczanie trudności w relacjach społecznych są większe u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się niż u dziewcząt z grup ryzyka oraz kontrolnej. Charakteryzują się one większymi trudnościami w przeżywaniu bliskości i zaufania, emocjonalnym zdystansowaniem i niską wrażliwością na innych oraz wysokim lękiem przed byciem kontrolowanym przez otoczenie. Nasilenie socjotropii nie różnicowało grup. Analiza korelacyjna nie wykazała związku między nasileniem socjotropii i autonomii w każdej z grup.

Wnioski: Socjotropia i autonomia stanowią odrębne konstrukty psychologiczne. Nacisk na autonomiczne funkcjonowanie oraz przeżywanie trudności w kontaktach międzyludzkich mogą pełnić bardziej kluczową rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się symptomów zaburzeń odżywiania się niż cechy socjotropiczne.

Summary

Objectives: Studies of development psychopathology and psychiatry have shown that personality variables are greatly associated with eating disorders. Sociotropy and autonomy may be features that facilitate the occurrence and persistence of the eating disturbances. Theoretical framework for own research was mainly the A. Beck's concept of autonomy and sociotropy. The aim of the study was to answer the research question whether a person suffering from an eating disorder is characterized by a higher level of sociotropy and autonomy than those in risk and the control groups, as well as to

emergence the relationship between the severity, sociotropy and autonomy in each group.

Methods: The study was conducted within three groups: clinical (23 girls diagnosed with eating disorders), risk (15 girls, who suffered of binge eating episodes), control (15 girls). The mean age of girls was 17,9 years. A structured clinical interview and Sociotropy - Autonomy Scale (T. Sato) were used.

Results: Emphasis on the autonomous functioning and relationships problems are elevated among girls with eating disorders when compared to girls at risk and the control groups. They are characterized by greater difficulties in experiencing intimacy and trust, emotional distancing and low sensitivity to others, and a high fear of being controlled by the others. The sociotropy scores did not show differences between groups. Correlation analysis endorse no relationship between the intensity of sociotropy and autonomy.

Conclusions: Sociotropy and autonomy are independent psychological constructs. Emphasis on the autonomous functioning and interpersonal difficulties may play a more important role in the origin and persistence of eating disorders symptomatology than sociotropy features.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania się, socjotropia, autonomia, adolescencja

Key words: eating disorders, sociotropy, autonomy, adolescence

Publikacja nie była sponsorowana.

Wstęp

Kształtowanie się „ja” przebiega między innymi w kulturowym kontekście zależności - niezależności poznawczej i społecznej. Dzięki socjalizacji utrwalają się systemy znaczeń i wzorce zachowań specyficznych dla określonych kultur, co wpływa na odmienność kulturową treści „ja”. Wśród podstawowych psychologicznych wymiarów kultury wyróżnia się indywidualizm - kolektywizm. Analizując częstość występowania zaburzeń psychicznych, na szczególną uwagę zasługuje kulturowy kontekst zależności - niezależności poznawczej i społecznej oraz kształtowanie się ja współzależnego i niezależnego [1].

W każdej kulturze socjalizacja odbywa się w odmienny sposób, inne są dominujące i aprobowane sposoby zachowań i myślenia, które ludzie internalizują, kształtując w ten sposób „ja”. Kultura indywidualistyczna występuje w społeczeństwach zachodnich i nastawiona jest na potrzebę i realizację osiągnięć, kształtowanie wysokiej samooceny oraz autonomię. Natomiast kultura kolektywistyczna jest charakterystyczna dla społeczeństw wschodnich, w których wartością jest więź, relacje z innymi ludźmi, współpraca oraz poświęcenie dla społeczności czy państwa. Zważywszy na to, co w danej kulturze jest cenioną wartością, zgodnie z nią odbywa się socjalizacja. W powyższych kulturach kształtują się znacząco odmienne postacie „ja”, a mianowicie „ja” współzależne i niezależne, które są nierozzerwalnie związane z zależnością - niezależnością poznawczą i społeczną. Ja współzależne kształtuje się w kulturze kolektywistycznej, natomiast ja niezależne w kulturze indywidualistycznej. W obydwu tych kulturach na samoocenę oraz ocenę satysfakcji z życia mają wpływ inne wartości.

Socjotropia i autonomia, które pojęciowo odpowiadają „ja” współzależnemu i

niezależnemu, to dwa wymiary osobowości, które w badaniach klinicznych pierwotnie wiązano z indywidualną podatnością na depresję [2]. Konstrukty te definiowane są jako trwałe cechy indywidualne, które pomimo pozornie przeciwstawnych charakterystyk, nie wykluczają się wzajemnie i mogą koegzystować w różnych proporcjach jako elementy składowe osobowości tej samej osoby [3].

Socjotropia definiowana jest jako kombinacja przekonań, postaw oraz behawioralnych skłonności, które powodują, iż jednostka dąży do bycia zależną od innych i w relacjach z innymi upatruje źródła osobistej satysfakcji. Wysoki poziom socjotropii odpowiada silnej potrzebie aprobaty ze strony innych oraz równie silnej tendencji do utrzymywania bliskich relacji interpersonalnych [2]. Ten wymiar osobowości wiąże się z intymnością, dzieleniem się z innymi, empatią, zrozumieniem, aprobatą, sympatią, ochroną i pomocą. Osoby z wysokim poziomem socjotropii poszukują uznania i akceptacji ze strony innych, jednocześnie starając się uniknąć społecznej dezaprobaty, krytyki i odrzucenia [4]. Wynika to z nadmiernego zaangażowania jednostki w relacje interpersonalne [5].

Autonomia z kolei to kombinacja przekonań, postaw oraz behawioralnych skłonności, które motywują jednostkę do inwestowania we własną wyjątkowość i niepowtarzalność oraz powodują, iż ma ona szczególnie silną potrzebę sprawowania kontroli nad własnym życiem [2]. Autonomia wiąże się z kategorią indywidualności, niezależności od innych oraz samodzielności, a także z przyjęciem orientacji na Ja [6]. Dla osób autonomicznych wysokie znaczenie ma definiowanie siebie samych poprzez realizowanie indywidualnych celów, wynikających z osobistych potrzeb [4]. Autonomia rozumiana jest jako nadmierna koncentracja jednostki na osobistych osiągnięciach oraz sprawowaniu kontroli nad sobą i otoczeniem [5]. Wymiar ten wiąże się również z przesadną obawą przed społeczną oceną jednostki w wymiarze jej indywidualnych dokonań [2]. Należy podkreślić, że jest to wąskie ujęcie, nie uwzględniające autonomii jako wyznacznika dojrzałości, poczucia realizowania planów życiowych, wolności wyboru oraz umiejętności budowania relacji z poszanowaniem granic swoich i innych osób.

Koncept socjotropii i autonomii, zaproponowany przez A. Becka [2] odpowiada konceptowi zależności (*dependency*) oraz samokrytycyzmu (*self-criticism*) S.J. Blatta [7]. Osoby zależne (czy też socjotropiczne) cechują się silną potrzebą otrzymywania opieki i aprobaty ze strony otoczenia. Dla tych osób miłość oraz uwaga innych stanowią czynniki warunkujące utrzymanie wysokiej samooceny. Z kolei zetknięcie się z groźbą utraty zainteresowania i aprobaty otoczenia powoduje, iż ryzyko wystąpienia symptomów depresji u takich osób gwałtownie wzrasta. Natomiast osoby samokrytyczne (czy też autonomiczne), w związku z silną potrzebą niezależności i realizacji indywidualnych celów, doświadczają poczucia winy i niskiej samooceny, kiedy nie sprostają własnym oczekiwaniom czy podjętym zamierzeniom. Są one wrażliwe na osobiste pomyłki i

niepowodzenia oraz na utratę kontroli nad procesem realizacji założonych planów [3].

Kolejne badania doprowadziły do wyróżnienia w obrębie wymiaru socjotropii i autonomii czterech czynników [6]. W wymiarze socjotropii wyodrębniono dwa komponenty: zależność od innych oraz wrażliwość interpersonalną. Oba te czynniki korelują zarówno z objawami depresji, jak i dążeniem do akceptacji i miłości. Natomiast komponenty wymiaru autonomii to trudności w relacjach społecznych oraz indywidualizm. Pierwszy z wymienionych komponentów autonomii wiąże się z brakiem wrażliwości na innych oraz z wysokim lękiem przed byciem kontrolowanym przez otoczenie. Konsekwencją tych tendencji jest deficyt emocjonalnych więzi interpersonalnych oraz poczucie osamotnienia.

Liczne badania dowodzą związku pomiędzy osobowością a zaburzeniami odżywiania się [8, 9]. Empiryczne dociekania dotyczące udziału wymiarów socjotropii i autonomii w etiologii zaburzeń jedzenia wskazują, iż mogą być one czynnikami sprzyjającymi powstawaniu i utrzymywaniu się dysfunkcji w tym zakresie [10, 11].

W literaturze przedmiotu częściej można odnaleźć doniesienia, iż zaburzenia odżywiania się należy wiązać raczej z konstruktem socjotropii - zależności. Osoby przejawiające zaburzenia jedzenia są w wysokim stopniu zależne od innych oraz odczuwają leżącą poza ich świadomym wglądem silną obawę przed odrzuceniem z ich strony [8]. Ten nieświadomy lęk przed odrzuceniem jest jedną z przyczyn pojawiania się epizodów objadania się w przebiegu bulimia nervosa¹ [11].

Wyniki badań dowiodły, iż pomimo że zarówno socjotropia, jak i autonomia są znacząco związane z przejawianiem symptomów bulimii wśród studentek, to jedynie socjotropia wydaje się być zmienną specyficzną dla tego zaburzenia [12]. Analogiczne rezultaty przyniosła replika badań, przeprowadzonych w grupie osób, które z powodu przejawiania symptomów bulimicznych zostały poddane terapii [13]. Predyktorem wystąpienia objawów bulimii również była socjotropia. Powyższe wyniki sugerują, iż socjotropia jest specyficznym poznawczo - osobowościowym stylem, charakterystycznym dla *bulimia nervosa*. Osoby chorujące na bulimię mają bowiem samoocenę uwarunkowaną jakością relacji interpersonalnych oraz przejawiają silną tendencję do zadowalania innych i spełniania kierowanych wobec nich oczekiwań. Siła tej tendencji jest proporcjonalna do przejawianego przez jednostkę poziomu socjotropii. U osób ze skrajnie wysokim natężeniem tej cechy tendencja ta może przybrać ekstremalną postać, przejawiającą się w podejmowaniu restrykcyjnych i niebezpiecznych zachowań (np. destrukcyjnych form dbałości o wagę ciała) po to, aby - poprzez uzyskanie aprobaty otoczenia - utrzymać wysoką samoocenę [12].

¹ Eksperyment przeprowadzony przez C.J. Patton [11] objął dwie grupy kobiet: studentki chorujące na bulimię (N = 40) oraz studentki przejawiające prawidłowe wzorce odżywiania się (N = 40). Obydwu grupom badanych prezentowano podprogowo (w czasie 4 i 200 milisekund) bodźce słowne, związane z odrzuceniem, na przykład „Mama mnie opuszcza” oraz bodźce kontrolne, nie związane z porzuceniem, np. „Mama coś pożycza”. Po ekspozycji na pierwszy typ bodźców, grupa kobiet chorujących na bulimię zjadła znacząco więcej krakersów niż podczas ekspozycji na drugi typ bodźców.

Drugim czynnikiem osobowościowo-poznawczym, który pośredniczy w powstawaniu i utrzymywaniu się objawów zaburzeń odżywiania się jest wymiar autonomii - samokrytycyzmu. Według wielu badaczy właśnie ten wymiar i dysfunkcje w jego zakresie odpowiadają za rozwój anoreksji. Deficyty w obszarze autonomii uważane są za osiowe dla etiologii zaburzeń odżywiania się w wielu perspektywach teoretyczno - terapeutycznych, między innymi w nurcie psychodynamicznym [14], teoriach relacji z obiektem oraz koncepcjach systemowych [15].

Trudności osób chorujących na anoreksję w osiągnięciu pełnej autonomii przejawiają się w ich walce o kontrolę, poczucie tożsamości, kompetencji oraz własnej efektywności. Z postaw tych wynikają charakterystyczne dla anoreksji dysfunkcje i problemy psychologiczne, m.in. zniekształcenie obrazu własnego ciała oraz paraliżujące poczucie braku osobistej skuteczności i efektywności [14]. Osoby cierpiące na anoreksję, pomimo iż przez otoczenie są postrzegane jako kompetentne i konsekwentnie dążące do realizacji założonych planów i celów, to jednak one same mają wszechogarniające poczucie niemocy i własnej nieefektywności [10, 15].

W koncepcjach relacji z obiektem deficyty w zakresie autonomii postrzegane są jako efekt zaburzeń w rozwoju spójnego Ja, czyli w procesie dyferencjacji (różnicowania) reprezentacji Ja od obiektu. Badacze reprezentujący ten nurt teoretyczny twierdzą, iż Ja osób cierpiących na anoreksję jest niespójne i nie w pełni rozwinięte. Właśnie ten brak integracji w obszarze Ja powoduje, iż osiągnięcie przez te osoby pełnej autonomii bez interwencji terapeutycznej jest niemal niemożliwe [15].

W teoriach systemowych z kolei uważa się, iż trudności osób z anoreksją w osiągnięciu autonomii są objawem nieprawidłowo ukształtowanych i funkcjonujących granic rodziny, uniemożliwiających adolescentom prawidłowy przebieg procesu separacji - indywidualizacji. Rozwój autonomii w takich systemach hamowany jest poprzez istnienie cech, charakterystycznych dla rodzin anorektycznych: uwikłania; nadopiekuńczości; sztywnych, nieelastycznych granic; unikania konfliktów i nieumiejętności ich rozwiązywania; angażowania dzieci w konflikty rodziców [9].

Podsumowując, przedstawione powyżej wnioski z badań wskazują na związki pomiędzy wymiarem socjotropii - autonomii oraz symptomatologią charakterystyczną dla osób z zaburzeniami jedzenia, jednakże były one najczęściej formułowane na podstawie nasilenia objawów zaburzeń odżywiania się w populacji ogólnej, a także z pominięciem grup ryzyka. Ponadto wymiar ten nie spotkał się dotychczas z szerszym zainteresowaniem polskich badaczy. Celem przeprowadzonych badań była zatem próba przeprowadzenia wstępnej analizy zaburzeń odżywiania się w perspektywie wymienionych zmiennych osobowościowych, które mogą mieć znaczenie nie tylko w diagnozie osób cierpiących na zaburzenia jedzenia, ale także w profilaktyce patologicznych wzorców odżywiania się. Na podstawie dostępnej literatury przedmiotu sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy osoby chorujące na zaburzenia odżywiania się charakteryzują się wyższym poziomem socjotropii i autonomii niż osoby z grupy ryzyka oraz grupy kontrolnej?
2. Czy osoby z grupy ryzyka charakteryzują się wyższym poziomem socjotropii i autonomii niż osoby z grupy kontrolnej, ale niższym od osób z zaburzeniami odżywiania się?
3. Czy w każdej z badanych grup występują specyficzne powiązania między nasileniem socjotropii i autonomii?

Metoda badań

Osoby badane

Ogółem zbadano 133 dziewczęta w okresie adolescencji. Badania zostały przeprowadzone w trójmiejskich liceach ogólnokształcących (110 osób) oraz Oddziale Młodzieżowym Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku (pacjentki z diagnozą anoreksji [N = 11] i bulimii [N = 12]).

Uzyskane dane pozwoliły na wyodrębnienie trzech grup badanych: 1. grupy klinicznej (23 osoby), obejmującej pacjentki Oddziału Młodzieżowego, zdiagnozowane zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [16], 2. grupy ryzyka (wyselekcjonowane z grupy kontrolnej 15 osób, nigdy nie leczonych z powodu zaburzeń odżywiania się, u których pomimo braku zachowań kompensacyjnych występują epizody kompulsywnego przejadania się z powodów emocjonalnych), 3. grupy kontrolnej (15 osób), do której zostały włączone respondentki nie przejawiające żadnych objawów zaburzeń odżywiania się. Średni wiek badanych dziewcząt wynosił 17,9 lat (w grupie klinicznej 18,5, w grupie ryzyka 17,5, zaś w grupie kontrolnej 17,1 lat).

W celu dokonania klasyfikacji badanych osób do trzech grup przeprowadzono analizę różnic międzygrupowych w zakresie następujących zmiennych: stosowanie diet odchudzających, stosowanie głodówek, prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, występowanie epizodów objadania się, podejmowanie aktywności fizycznej oraz postrzeganie siebie jako osoby grubej.

Diety odchudzające stosowały wszystkie dziewczęta chorujące na zaburzenia odżywiania się oraz 4 dziewczęta z grupy ryzyka, co stanowi 26,67% tej grupy. Stwierdzono istotną różnicę międzygrupową w zakresie stosowania diety odchudzającej ($\chi^2(2) = 41,26$; $p < 0,01$).

Badane grupy różniły się między sobą również w zakresie stosowania głodówek ($\chi^2(2) = 30,63$; $p < 0,01$). Głodówki stosowało 20 dziewcząt (89,96%) z grupy klinicznej oraz 4 dziewczęta (26,67%) z grupy ryzyka.

Stwierdzono także istotną różnicę międzygrupową w zakresie prowokowania wymiotów, ($\chi^2(2) = 41,90$; $p < 0,01$). Wymioty jako zachowanie kompensujące pozwalające na kontrolę wagi stosowało 20 dziewcząt (86,96%) z grupy klinicznej.

Stosowanie środków przeczyszczających jako sposobu utrzymywania szczupłej sylwetki

wśród osób chorujących na zaburzenia odżywiania się jest rzadsze niż stosowanie wymiotów. Taką formę kontroli wagi zadeklarowało 15 (65,22%) respondentek z grupy klinicznej. Stwierdzono istotną różnicę międzygrupową w zakresie stosowania środków przeczyszczających ($\chi^2(2) = 27,29$; $p < 0,01$).

Stwierdzono również istotną różnicę międzygrupową w zakresie występowania epizodów objadania się ($\chi^2(2) = 44,62$; $p < 0,01$). Zadeklarowały je wszystkie badane z grupy ryzyka oraz 21 (91,30%) dziewcząt chorujących na anoreksję lub bulimię.

Natomiast nie stwierdzono istotnych różnic międzygrupowych w zakresie podejmowania aktywności fizycznej ($\chi^2(2) = 0,90$) oraz postrzegania siebie jako osoby grubej ($\chi^2(2) = 4,09$). Aktywność fizyczną uprawiało 17 (73,91%) dziewcząt z grupy klinicznej, 12 (80%) dziewcząt z grupy ryzyka oraz 13 (86,67%) dziewcząt z grupy kontrolnej. Jako osobę grubą postrzegało siebie 10 (43,48%) dziewcząt z grupy klinicznej, 4 (26,67%) dziewczęta z grupy ryzyka oraz 2 (13,33%) dziewczęta z grupy kontrolnej.

W celu wykluczenia wpływu zmiennych środowiskowych, związanych z sytuacją rodzinną osób badanych, przeprowadzono analizę takich zmiennych jak: struktura rodziny, kolejność urodzenia respondentek, liczba posiadanego przez nie rodzeństwa, poziom wykształcenia matki i ojca, sytuacja materialna rodziny, występowanie w rodzinach problemu alkoholowego oraz przypadków korzystania przez członków rodziny z leczenia psychiatrycznego.

Badane grupy nie były zróżnicowane pod względem struktury rodziny ($\chi^2(4) = 7,18$; $p < 0,32$). Większość badanych dziewcząt pochodziło z rodzin pełnych (grupa kliniczna: 13 osób - 56,52%, grupa ryzyka: 10 osób - 66,66%, grupa kontrolna: 12 osób - 80%). W grupie klinicznej znajdowało się 8 badanych (34,78%), a w kontrolnej oraz ryzyka po 2 osoby (13,33%), których rodzice byli rozwiedzeni. Jedna osoba w każdej badanej grupie wychowywała się w rodzinie, w której rodzice żyli w separacji, jedna osoba z grupy ryzyka pochodziła z rodziny zrekonstruowanej, zaś jedna osoba z grupy klinicznej oraz jedna osoba z grupy ryzyka - z rodziny niepełnej.

Grupy porównawcze nie różniły się pod względem kolejności urodzenia ($\chi^2(2) = 4,26$; $p < 0,49$). Jako pierwsze z rodzeństwa urodziła się ponad połowa badanych (13 osób (56,52% z grupy klinicznej, 8 osób (53,33%) z grupy ryzyka oraz 8 osób (53,33%) z grupy kontrolnej), jako drugie dziecko odpowiednio 8 (34,78%), 4 (26,67%), 6 osób (40,00%). Jako trzecie dziecko urodziła się jedna osoba (4,35%) z grupy klinicznej, 3 osoby (20,00%) z grupy ryzyka i jedna osoba (6,67%) z grupy kontrolnej. Czwartym dzieckiem w rodzinie była jedna osoba (4,35%) z grupy klinicznej.

Badane grupy nie różniły się w zakresie liczby posiadanego rodzeństwa ($\chi^2(3) = 10,3$; $p < 0,56$). Jedynekami było 5 osób (21,74%) z grupy klinicznej, 4 osoby (26,67%) z grupy ryzyka i 3 osoby (20,00%) z grupy kontrolnej. Jednego brata (lub jedną siostrę) miało 11 osób (47,83%) z grupy klinicznej, 5 osób (33,33%) z grupy ryzyka i 9 osób (60,00%) z grupy kontrolnej. Dwoje

rodzeństwa miało 5 osób (21,74%) z grupy klinicznej i 6 osób (40,00%) z grupy ryzyka, zaś troje rodzeństwa: 2 osoby (8,70%) z grupy klinicznej oraz 3 osoby (20,00%) z grupy kontrolnej.

Wykształcenie matek ($\chi^2(5) = 5,49$; $p < 0,76$) i ojców ($\chi^2(4) = 8,78$; $p < 0,25$) nie różniło się w badanych grupach. Większość matek z badanych grup miała wykształcenie wyższe (6 osób z grupy klinicznej, 6 z kontrolnej oraz 7 osób z grupy ryzyka) i pomaturalne (odpowiednio 6, 2 oraz 4 osoby), w następnej kolejności średnie (odpowiednio 5, 2 oraz 3 osoby). Wykształcenie zawodowe miały 3 matki osób z grupy klinicznej, 2 matki osób z grupy kontrolnej i jedna matka osób z grupy ryzyka, wykształcenie podstawowe miały 2 matki osób z grupy klinicznej oraz 2 matki osób z grupy kontrolnej, zaś wykształcenie policealne: jedna matka osób z grupy klinicznej oraz jedna matka osób z grupy kontrolnej.

Ojcowie badanych dziewcząt ze wszystkich grup mieli z niemal jednakową częstością wykształcenie wyższe (7 z grupy klinicznej, 3 z grupy kontrolnej oraz 6 z grupy ryzyka), zawodowe (odpowiednio 8, 5 oraz 2 ojców) oraz średnie (odpowiednio 7, 4 i 3 ojców). Wykształcenie pomaturalne miał jeden ojciec badanych z grupy klinicznej, 2 z grupy kontrolnej i 4 z grupy ryzyka, zaś wykształcenie podstawowe jeden ojciec badanych z grupy kontrolnej.

Badane grupy były zróżnicowane pod względem oceny sytuacji materialnej rodziny ($\chi^2(3) = 15,42$; $p < 0,05$). Rozkłady liczebności wskazują na nieznacznie niższą ocenę sytuacji materialnej u osób z grupy klinicznej. Sytuację materialną jako bardzo dobrą spostrzegały 3 osoby z grupy kontrolnej i 4 osoby z grupy ryzyka, jako dobrą: 9 osób z grupy klinicznej, 5 osób z grupy kontrolnej i 8 osób z grupy ryzyka. Jako raczej dobrą oceniało sytuację materialną 13 osób z grupy klinicznej, 4 osoby z grupy kontrolnej i 2 osoby z grupy ryzyka, zaś jako złą: jedna osoba z grupy klinicznej i jedna osoba z grupy kontrolnej.

Grupy różniły się w sposób istotny statystycznie pod względem częstości występowania w rodzinach badanych problemu alkoholowego ($\chi^2(2) = 6,17$; $p < 0,05$). Istotnie częściej uzależnienie od alkoholu występowało w rodzinach dziewcząt z grupy klinicznej (6 osób - 26,09%) niż w grupie kontrolnej (1 osoba - 6,67%). W grupie ryzyka żadna z osób nie deklarowała występowania choroby alkoholowej w rodzinie. Nie stwierdzono jednak istotnej różnicy międzygrupowej ($\chi^2(2) = 4,87$; $p < 0,72$) w korzystaniu członków rodziny badanych z leczenia psychiatrycznego (6 osób - 26,09% z grupy klinicznej oraz 2 osoby - 13,33% z grupy kontrolnej).

Podsumowując zmienne socjodemograficzne można stwierdzić, że istotne różnice międzygrupowe dotyczyły oceny sytuacji materialnej rodziny oraz występowania w rodzinach problemu alkoholowego.

Narzędzia badawcze

Pierwszą metodą badawczą był ustrukturuwany wywiad kliniczny, który zawierał pytania, pozwalające na klasyfikację badanych osób do trzech grup oraz opis zmiennych

socjodemograficznych, przedstawionych powyżej w charakterystyce badanych osób.

Drugim narzędziem badawczym była Skala Socjotropii - Autonomii, będąca przetłumaczoną na język polski (Aneks), wersją kwestionariusza opublikowanego przez T. Sato [6]. Autor skonstruował ją w ten sposób, iż poddał analizie porównawczej dwie skale mierzące socjotropię i autonomię: *The Sociotropy - Autonomy Scale* (SAS) D.A. Clarka i współautorów (1995) oraz *The Personal Style Inventory* (PSI) C.J. Robinsa i współautorów (1994) (za: [6]). Obie powyższe skale są natomiast kolejnymi rewizjami skali *Sociotropy and Autonomy Scale* utworzonej przez A. Becka.

PSI posiada zadowalające właściwości psychometryczne: wysoką zgodność wewnętrzną (wsp. α - Cronbacha wynosi 0,86 dla podskali autonomii oraz 0,90 dla podskali socjotropii). Również SAS charakteryzuje się dobrymi własnościami psychometrycznymi (wsp. α - Cronbacha wynosi 0,87 dla podskali socjotropii, 0,70 dla podskali samotności i 0,76 dla podskali niezależności).

Skala Socjotropii - Autonomii składa się z 86 twierdzeń, które zostały ocenione przez badane osoby na pięciostopniowej skali, w której 1 oznacza całkowicie się zgadzam, 2 - raczej się nie zgadzam, 3 - trudno powiedzieć/ nie mam zdania, 4 - raczej się nie zgadzam, 5 - całkowicie się zgadzam. Zarówno skala socjotropii, jak i autonomii posiadają dwie podskale (tab. 1).

Tabela 1. Skale, podskale i odpowiadające im numery twierdzeń w kwestionariuszu

Wymiar	Czynnik	Numery twierdzeń w kwestionariuszu
socjotropia	1. Zależność	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37, 41, 45, 49, 53, 56, 59, 62, 65, 68, 71, 74, 77,79,81.
	2. Wrażliwość interpersonalna	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72, 75.
autonomia	3. Trudności w relacjach społecznych	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 58, 61, 64, 67, 70, 73, 76, 78, 80, 82,83, 84, 85, 86.
	4. Indywidualizm	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52.

Podskale socjotropii to zależność (*Dependency*) SD oraz wrażliwość interpersonalna (*Interpersonal Sensitivity*) SIS, zaś podskale wymiaru autonomii to trudności w relacjach społecznych (*Relationships Problems*) ARP oraz indywidualizm (*Individualism*) AI.

Wyniki

Pierwsza część analizy statystycznej miała na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie badawcze, czy dziewczęta chorujące na zaburzenia odżywiania się charakteryzują się wyższym poziomem socjotropii i autonomii niż osoby z grupy ryzyka oraz grupy kontrolnej. Przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (Anova) (tab. 2).

Tabela 2. Autonomia i socjotropia - statystyki opisowe i różnice międzygrupowe

Zmienne	Badana grupa	N	X	SD	F	p
Socjotropia (wynik ogólny)	grupa kliniczna	23	165,30	24,06	2,37	n.i.
	grupa kontrolna	15	149,73	16,53		
	grupa ryzyka	15	155,80	23,75		
Autonomia (wynik ogólny)	grupa kliniczna	23	127,22	13,06	4,39	0,05
	grupa kontrolna	15	112,87	16,27		
	grupa ryzyka	15	120,93	15,13		
Zależność	grupa kliniczna	23	94,83	14,61	1,49	n.i.
	grupa kontrolna	15	87,33	8,57		
	grupa ryzyka	15	91,00	14,52		
Wrażliwość interpersonalna	grupa kliniczna	23	70,48	13,52	1,92	n.i.
	grupa kontrolna	15	62,40	11,70		
	grupa ryzyka	15	64,80	13,74		
Trudności w relacjach społecznych	grupa kliniczna	23	85,48	10,27	4,59	0,01
	grupa kontrolna	15	74,40	12,06		
	grupa ryzyka	15	80,20	11,23		
Indywidualizm	grupa kliniczna	23	41,74	6,88	1,11	n.i.
	grupa kontrolna	15	38,47	5,93		
	grupa ryzyka	15	40,73	6,99		

W wyniku analizy stwierdzono istotne różnice międzygrupowe w nasileniu autonomii (wynik ogólny) i trudności w relacjach społecznych. Nie stwierdzono różnic międzygrupowych w zakresie pozostałych zmiennych.

W celu ustalenia szczegółowego charakteru powyższych różnic międzygrupowych i odpowiedzi na drugie pytanie badawcze, przeprowadzono następną etap analizy wariancji, czyli analizę *post hoc* otrzymanego wyniku (test Scheffe) (tab. 3).

Tabela 3. Autonomia i trudności w relacjach społecznych - porównania wielokrotne

Zmienna	(I) grupa	(J) grupa	Różnica średnich (I-J)	Błąd standardowy	p
Autonomia (wynik ogólny)	grupa kliniczna	grupa kontrolna	14,35	4,85	0,05
		grupa ryzyka	6,28	4,85	n.i.
	grupa kontrolna	grupa kliniczna	-14,35	4,85	0,05
		grupa ryzyka	-8,07	5,33	n.i.
	grupa ryzyka	grupa kliniczna	-6,28	4,85	n.i.
		grupa kontrolna	8,07	5,33	n.i.
Trudności w relacjach społecznych	grupa kliniczna	grupa kontrolna	11,08	3,67	0,05
		grupa ryzyka	5,28	3,67	n.i.
	grupa kontrolna	grupa kliniczna	-11,08	3,67	0,05
		grupa ryzyka	-5,80	4,04	n.i.
	grupa ryzyka	grupa kliniczna	-5,28	3,67	n.i.
		grupa kontrolna	5,80	4,04	n.i.

W nasileniu obu zmiennych stwierdzono istotne różnice jedynie między grupą kliniczną a grupą kontrolną. Dziewczęta chorujące na zaburzenia odżywiania się charakteryzują się wyższą

autonomią oraz większymi trudnościami w relacjach społecznych niż dziewczęta z grupy kontrolnej. Ponadto nie można pozytywnie odpowiedzieć na pytanie, iż osoby z grupy ryzyka charakteryzują się wyższym poziomem socjotropii i autonomii niż osoby z grupy kontrolnej, ale jednocześnie niższym od osób z zaburzeniami odżywiania się, ponieważ nie stwierdzono pomiędzy tymi grupami różnic istotnych statystycznie.

Ostatnia część analizy statystycznej była ukierunkowana na poszukiwanie specyficznych powiązań między nasileniem socjotropii i autonomii w każdej z badanych grup. W tym celu przeprowadzono analizę korelacji (wsp. r - Pearsona) między zmiennymi, odrębnie dla każdej badanej grupy. Nie uzyskano współczynników korelacyjnych istotnych statystycznie, zatem można wnioskować o braku związku między nasileniem socjotropii i autonomii.

Dyskusja wyników

Wymiary socjotropii i autonomii zostały dotychczas najpełniej zanalizowane w przedmiocie ich związków z depresją, zaburzeniami lękowymi oraz funkcjonowaniem w relacjach społecznych [2-7, 17, 18]. Rozpatrywano również udział socjotropii i autonomii w powstawaniu oraz podtrzymywaniu symptomów zaburzeń odżywiania się [8, 10-13, 15, 19]. Zaburzenia te ściśle wiążą się z cechami wspólnymi dla wymiaru socjotropii i autonomii, takimi jak: zaburzenia procesu separacji - indywiduacji, lękowy styl przywiązania oraz lęk przed dorastaniem (*maturity fears*) [8].

Rezultaty dotychczas przeprowadzonych badań, choć niejednoznaczne, w większości potwierdzały założenie, iż występowanie objawów psychopatologicznych koreluje z uzyskiwaniem przez badanych podwyższonych wyników w obu skalach. Zatem przedstawione powyżej wyniki badań własnych miały na celu zweryfikowanie, jaka jest specyfika powiązań pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a socjotropią i autonomią. Wyniki analizy wykazały, że nacisk na tendencje autonomiczne oraz doświadczanie trudności w relacjach społecznych są większe u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się niż u dziewcząt z grupy ryzyka oraz grupy kontrolnej. Rezultat ten jest zgodny z ustaleniami innych badaczy, według których pacjenci chorujący na anoreksję o podtypie restrykcyjnym (ograniczającym) przejawiają w osobowości przedchorobowej liczne cechy, korelujące z wymiarem autonomii: cechy obsesyjne, silną potrzebę osiągnięć i realizacji założonych celów [8] oraz nadmierną koncentrację na sprawowaniu kontroli nad sobą i otoczeniem [20]. Osoby z anoreksją żarłoczno - wydalającą oraz osoby chorujące na bulimię przejawiają wiele cech wspólnych z osobami o typie poprzednim, m.in. cechy obsesyjne oraz silną potrzebę kontroli, a także słabszą dyferencjację Ja, patologiczne relacje z obiektem oraz zaburzone relacje rodzinne [9, 15].

Badania innych autorów dowiodły istnienia związku pomiędzy zaburzeniami jedzenia a wymiarem autonomii, tj. samokrytycyzmem (Blatt, D'Affitti, Quinlan, 1976; za [8]). Otóż pacjenci

cierpiący na bulimię lub anoreksję uzyskiwali znacząco wyższe wyniki w podskalach zarówno zależności, jak i samokrytycyzmu w porównaniu do osób z grup kontrolnych. Kolejne badania dowiodły, iż grupę pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu anoreksji, można było odróżnić od grupy porównawczej, którą stanowili pacjenci z innymi rozpoznaniem psychopatologicznymi, jedynie na podstawie wysokich wyników w skali samokrytycyzmu [10]. Rezultat ten sugeruje, iż samokrytycyzm czy - szerzej - autonomia może być wymiarem bardziej charakterystycznym dla zaburzeń jedzenia niż zależność - socjotropia, która okazała się typową cechą indywidualną również u pacjentów przejawiających inne zaburzenia psychiczne. Podobnie w innych badaniach, różnica w poziomie samokrytycyzmu pomiędzy grupą osób z zaburzeniami odżywiania się oraz grupą kontrolną była znacząca, natomiast w przypadku wymiaru zależności efekt ten zniknął, kiedy statystycznej kontroli zostały poddane symptomy depresji (Steiger i in., 1990, za [8]).

Podsumowując wyniki kilku powyższych badań oraz badań własnych można zatem przypuszczać, że dążenie do autonomii może być wymiarem bardziej specyficznym dla wystąpienia zaburzeń jedzenia niż socjotropia. Możliwe, iż tendencje autonomiczne pełnią bardziej centralną rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się symptomów zaburzeń odżywiania się, zaś cechy socjotropiczne czy zależnościowe są zmiennymi peryferycznymi czy drugorzędnymi.

Istotny wydaje się fakt, iż wymiarem najbardziej różnicującym grupę kliniczną i kontrolną w badaniach własnych okazała się podskala autonomii, tj. trudności w relacjach społecznych. Oznacza to, iż dziewczęta chorujące na zaburzenia odżywiania się przejawiają istotnie większe trudności w kontaktach międzyludzkich niż ich zdrowe rówieśniczki. Otóż charakteryzują się one większymi trudnościami w przeżywaniu bliskości i zaufania, brakiem wrażliwości na innych, emocjonalnym zdystansowaniem wobec nich oraz wysokim lękiem przed byciem kontrolowanym przez otoczenie. Powyższy wzorzec funkcjonowania interpersonalnego może być ukształtowany przez wczesne doświadczenia związane z przywiązaniem. Charakterystyczne dla systemów rodzinnych z zaburzeniami odżywiania się mechanizmy wiązania, symbiotyczne więzi, niski stopień indywidualności wszystkich członków rodziny oraz niska empatia rodziców sprawiają, że rodzice domagają się całkowitej lojalności, ale są oddaleni i wyobcowani. Osamotnione dorastające dziecko doświadcza wówczas jednocześnie lęku przed separacją oraz lęku przed przywiązaniem i bliskością. W konsekwencji w okresie adolescencji mogą się pogłębiać i utrwalać dotychczasowe niepowodzenia w funkcjonowaniu w relacjach, a objawy zaburzeń odżywiania się mogą stanowić jedyny dostępny sposób radzenia sobie z rozwiązaniem dylematu zależność - indywidualność. Chociaż trudno jest stwierdzić, czy dana cecha osobowości występowała przed zachorowaniem, czy też jest ona efektem procesu chorobowego, należy uznać, że dorastający próbują się separować poprzez objawy psychopatologiczne, a objawy zaburzeń odżywiania się są specyficznym sposobem

utrzymania osobistej autonomii i odrębności. Samoregulacja psychiczna u tych osób, wraz z rozegranie centralnego problemu zależności - autonomii, jest możliwa przy użyciu ciała i kontroli nad nim.

Możliwe, że problemy dziewcząt z zaburzeniami się w zakresie funkcjonowania w relacjach wynikają z kluczowego mechanizmu w utrzymywaniu się objawów choroby, którą M. Strober [21] określił jako „irytująco egosyntoniczną”. Egosyntoniczność anoreksji wzmacnia bowiem opór przed leczeniem i utrudnia zawarcie przymierza terapeutycznego, zaś proces zdrowienia może się rozpocząć, kiedy osoba chora zaczyna objawy choroby przeżywać jako problematyczne, nie doświadcza jadłowstrętu jako części siebie, czyli wystąpi eksternalizacja objawów (oddzielenie ich od Ja). Konsekwencją uporczywego utrzymywania się objawów i wycofania się z życia oraz relacji społecznych (choroba staje się całym życiem, nie tylko jego częścią) jest utknięcie w procesie chorowania, deficyt bliskich emocjonalnych więzi interpersonalnych oraz poczucie osamotnienia [5]. Natomiast trudności, jakie może przejawiać osoba w relacjach z innymi, często stanowią czynnik spustowy dla epizodów objadania się [9, 13].

Związek autonomii i socjotropii z powstawaniem i utrzymywaniem się objawów zaburzeń jedzenia może być również zapośredniczony poprzez powiązania tych zmiennych osobowościowych z zaburzeniami nastroju, które są jednym z objawów towarzyszących bulimii i anoreksji. Badania wskazują na istnienie związku socjotropii i autonomii z zaburzeniami nastroju [12]. Przykładowo, osoby z bulimią często doświadczają negatywnego i depresyjnego nastroju w obliczu stresujących sytuacji interpersonalnych. Konsekwencją złego samopoczucia jest w ich przypadku stosowanie zachowań kompensacyjnych (m.in. przejadanie się), będących sposobem na wyregulowanie nastroju [22]. Rozbieżne wzorce funkcjonowania interpersonalnego związane z socjotropią bądź autonomią mogą przyczyniać się do depresji, tworząc jej różne podtypy. Blatt [7] wyróżnił dwa typy depresji, a mianowicie depresję anaklityczną (*anaclitic depression*) oraz depresję introjektywną (*introjective depression*). Pierwszy z nich jest efektem nadmiernego uzależnienia jednostki od relacji interpersonalnych i wiąże się z odczuwaniem słabości, niemocy, bezsilności, bezradności oraz lęku przed porzuceniem. Ten typ depresji występuje u osób socjotropicznych. Drugi typ depresji ma swoje źródło w nadmiernej trosce o samookreślanie się, samokontrolę, poczucie własnej wartości oraz koreluje ze zbyt dużą koncentracją jednostki na osiągnięciach. Ten typ depresji charakterystyczny jest dla osób o wysokim poziomie autonomii i wiąże się z odczuwaniem intensywnego poczucia winy, własnej bezwartościowości, perfekcjonistycznymi dążeniami oraz silną potrzebą naprawy popełnionych błędów i pomyłek.

Może powyższe rozróżnienie podtypów depresji stanowi częściowe wyjaśnienie wyniku, jakim jest brak powiązań między wymiarem socjotropii i autonomii w każdej z badanych grup? Brak takiego związku może świadczyć o tym, iż te dwa konstrukty psychologiczne są od siebie

niezależne. Otóż udział socjotropii w powstawaniu i utrzymywaniu się zaburzeń jedzenia wiąże się także z większą podatnością osób socjotropicznych na wpływy kulturowe, związane m.in. z presją utrzymywania szczupłej sylwetki. Natomiast pojawienie się symptomów bulimii, jak i anoreksji może być efektem frustracji potrzeby akceptacji społecznej [12]. Ponadto wysoki poziom socjotropii i autonomii ma związek z trudnościami w relacjach międzyludzkich, które są czynnikami uruchamiającymi powstawanie symptomów zaburzeń odżywiania się, ich utrzymywanie się oraz poprzedzającymi epizody objadania się. Co więcej, społeczne nieprzystosowanie może stanowić predyktor wystąpienia objawów bulimicznych u pacjentów po zakończonej terapii [13]. Zatem współwystępowanie trudności w relacjach społecznych z jednoczesną potrzebą autonomii oraz zależności i bliskich relacji mogą stanowić czynniki sprzyjające powstaniu objawów zaburzeń odżywiania się.

Powyższe konkluzje należałoby jednak potwierdzić w badaniach z udziałem większej liczby badanych. Ponadto można byłoby uwzględnić określenie związków między autonomią i socjotropią a wzorcami przywiązania i nasileniem innych objawów psychopatologicznych, np. depresji i lęku. Szczególnie interesujące mogłyby się okazać wyniki uzyskane odrębnie w grupie dziewcząt z anoreksją i bulimią, a także w grupie ryzyka. Pomimo, że wyniki tej grupy mieściły się między wynikami grupy klinicznej i kontrolnej, analiza nie pozwoliła na wyprowadzenie wiążących wniosków. Należy jednak pamiętać, że socjotropia i autonomia to wymiary czułe na zmiany rozwojowe, mogące świadczyć o specyfice przebiegu danego etapu rozwojowego, a nie tylko zaburzeń odżywiania się. W okresie dorastania stopniowo zmniejsza się bowiem tendencja do poszukiwania aprobaty społecznej, a zwiększa się potrzeba doświadczania kontroli emocjonalnej, budowania niezależności i własnej indywidualności. Dlatego ogólny wniosek z badań własnych, że dążenie do autonomicznego funkcjonowania oraz doświadczanie trudności w relacjach społecznych mogą pełnić bardziej znaczącą rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się symptomów zaburzeń odżywiania się, wydaje się mieć także swoje uzasadnienie w wiedzy o rozwoju emocjonalno - społecznym człowieka.

Piśmiennictwo

1. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev.* 1991; 98(2): 224-253.
2. Beck AT. Cognitive therapy of depression: new perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE. eds. *Treatment of depression: old controversies and new approaches.* New York: Raven Press; 1983. s. 265-290.
3. Fairbrother N, Moretti M. Sociotropy, autonomy, and self-discrepancy: status in depressed, remitted depressed, and control participants. *Cogn Ther Res.* 1998; 22(3): 279-297.
4. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes, and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother.* 1983; 1: 1-16.

5. Sato T, McCann D. Sociotropy - autonomy and interpersonal problems. *Depr Anx.* 2007; 24: 153-162.
6. Sato T. Sociotropy and autonomy: the nature of vulnerability. *J Psychol.* 2003; 137: 447-466.
7. Blatt SJ. Level of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanal. Study Child.* 1974; 29: 107-157.
8. Narduzzi KJ, Jackson T. Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: a discriminant classification analysis. *J Clin Psychol.* 2000; 56(6): 699-710.
9. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej.* Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
10. Bers SA, Quinaln DM. Perceived-competence deficit in anorexia nervosa. *J Abnormal Psychol.* 1992; 101: 423-431.
11. Patton CJ. Fear of abandonment and binge eating: a subliminal psychodynamic activation investigation. *J Nerv Ment Disease.* 1992; 180: 484-490.
12. Friedman MA, Whisman MA. Sociotropy, autonomy, and bulimic symptomatology. *Int J Eating Disord.* 1996; 23(4): 439-442.
13. Hayaki J, Friedman MA, Whisman MA, Delinsky SS, Brownell KD. Sociotropy and bulimic symptoms in clinical and nonclinical samples. *Int J Eating Disord.* 2003; 34: 172-176.
14. Bruch H. *Anorexia nervosa: theory and therapy.* *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1531-1538.
15. Strauss J, Ryan RM. Autonomy disturbances in subtypes of anorexia nervosa. *J Abnormal Psychol.* 1987; 99: 254-258.
16. ICD-10: *Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - rewizja dziesiąta.* Genewa; 1992.
17. Alford BA, Gerrity DM. The specificity of sociotropy - autonomy personality dimensions to depression vs anxiety. *J Clin Psychol.* 1995; 51(2): 190-195.
18. Bieling PJ, Alden LE. Sociotropy, autonomy and interpersonal model of depression: an intergration. *Cogn Ther Res.* 2001; 25(2): 167-184.
19. Johnson N, Holloway E. Conceptual complexity and obsessionality in bulimic college women. *J Couns Psychol.* 1988; 35: 251-257.
20. Rothenberg A. Eating disorder as a modern obsessive - compulsive syndrome. *Psychiatry.* 1986; 49: 45-53.
21. Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int J Eating Disord.* 2004; 36(3): 245-255.
22. Heatherton TF, Polivy J. *Chronic dieting and eating disorders: A spiral model.* W: Crowther JH, Tennenbaum DL, Hobfold SE, Parris MA. red. *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context.* Washington: Hemisphere; 1992. s. 133-155.

Aneks

Skala Socjotropii - Autonomii: wersja eksperymentalna
(tłumaczenie W. Radziwiłłowicz, K. Czarniak)

Instrukcja: Wskaż, jak często zgadzasz się z następującymi twierdzeniami, wartościując swoje odpowiedzi od 1 (całkowicie się NIE zgadzam) do 5 (całkowicie się zgadzam). Zaznacz kółkiem odpowiedni numer na końcu zdania.

- 1- całkowicie się NIE zgadzam
2- raczej się NIE zgadzam
3- trudno powiedzieć / nie mam zdania
4- raczej się zgadzam
5- całkowicie się zgadzam

	Czułabym się niekomfortowo jedząc samotnie w restauracji.	1	2	3	4	5
2.	Obawiam się zranić uczucia innych ludzi.	1	2	3	4	5
3.	Czuję się bardzo niekomfortowo, kiedy bliski przyjaciel lub członek rodziny wylewnie zwierza mi się ze swoich uczuć i problemów.	1	2	3	4	5
4.	Jestem bezpośrednia wobec innych i mówię im, co myślę.	1	2	3	4	5
5.	Jest ważne, aby być lubianym i akceptowanym przez innych.	1	2	3	4	5
6.	Robię rzeczy, które nie leżą w moim interesie tylko po to, aby zadowolić innych.	1	2	3	4	5
7.	Niechętnie proszę o pomoc w rozwiązywaniu trudnych zadań.	1	2	3	4	5
8.	Raczej sama ustalám sobie standardy i cele niż przyjmuję je od innych.	1	2	3	4	5
9.	Czuję się źle, jeśli nie mam planów towarzyskich na weekend.	1	2	3	4	5
10.	Jest mi trudno powiedzieć ludziom „nie”.	1	2	3	4	5
11.	Odwiedzając innych staję się niecierpliwa i nerwowa siedząc i rozmawiając. Wolałabym raczej wstać i coś zrobić.	1	2	3	4	5
12.	Jeśli cel jest dla mnie ważny, będę dążyć do niego, nawet jeśli może to spowodować, że inni będą się czuli niekomfortowo.	1	2	3	4	5
13.	Dzielenie się z innymi własnymi przeżyciami sprawia, że są one dla mnie przyjemniejsze.	1	2	3	4	5
14.	Uważam na to, co mówię, ponieważ obawiam się, że inni ludzie mogą się ze mną nie zgodzić lub skrytykować mnie.	1	2	3	4	5
15.	Bardziej martwię się tym, czy ludzie mnie lubią niż tym, czy osiągnę to co zaplanowałam.	1	2	3	4	5
16.	Wolę być osobiście odpowiedzialna za wykonanie zadania, niż polegać w tej kwestii na kimś innym.	1	2	3	4	5
17.	Czuję się osamotniona, kiedy jestem sama w domu wieczorem lub w nocy.	1	2	3	4	5
18.	Jestem bardziej pokorna wobec innych ludzi, niż powinnam być.	1	2	3	4	5
19.	Ludzie rzadko przychodzą do mnie ze swoimi osobistymi problemami.	1	2	3	4	5
20.	Ważne jest dla mnie, aby być osobą wolną i niezależną.	1	2	3	4	5
21.	Najgorszym efektem starzenia się jest samotność.	1	2	3	4	5

22.	Jeśli myślę, że ktoś może być na mnie zły, staram się go przeprosić.	1	2	3	4	5
23.	Czasami przez to, co mówię, niechcący ranię ludzi, których kocham.	1	2	3	4	5
24.	Więcej satysfakcji daje mi samo osiągnięcie celów niż otrzymywanie nagród lub pochwał z tego tytułu.	1	2	3	4	5
25.	Pozostawanie w bliskich kontaktach z innymi sprawia, że czuję się bezpieczna.	1	2	3	4	5
26.	Przedkładam potrzeby innych ludzi ponad swoje własne.	1	2	3	4	5
27.	Ludzie mają tendencję do zbytniego rozwodzenia się nad swoimi problemami osobistymi.	1	2	3	4	5
28.	Jeśli wiem, że mam rację, mówię o tym, nawet jeśli wiem, że innym się to nie spodoba.	1	2	3	4	5
29.	Często obawiam się, że ktoś kogo kocham umrze.	1	2	3	4	5
30.	Zdaję sobie sprawę z wpływu, jaki mam na uczucia innych i dlatego staram się ich nie ranić.	1	2	3	4	5
31.	Wolę rozwiązywać swoje osobiste problemy samodzielnie.	1	2	3	4	5
32.	Możliwość bycia odrzuconą przez innych za upieranie się przy moich racjach nie powstrzymałaby mnie przed bronieniem własnego zdania.	1	2	3	4	5
33.	Często myślę o moich przyjaciółach i rodzinie.	1	2	3	4	5
34.	Jestem bardzo wrażliwa na krytykę ze strony otoczenia.	1	2	3	4	5
35.	Kiedy mam problem, wolę przemyśleć go w samotności niż słuchać sugestii innych osób.	1	2	3	4	5
36.	Aby być usatysfakcjonowaną w życiu, muszę ciągle stawiać sobie wyzwania.	1	2	3	4	5
37.	Jeśli przyjaciel (przyjaciółka) nie dzwoni do mnie przez jakiś czas, zaczynam się martwić, że o mnie zapomniał (zapomniała).	1	2	3	4	5
38.	Bardzo się martwię, że kogoś zranię lub obrażę.	1	2	3	4	5
39.	Podczas długich rozmów, nawet tych z przyjaciółmi, jest mi bardzo trudno skupić uwagę przez długi czas, na tym, co mówią.	1	2	3	4	5
40.	Ważniejsze jest dla mnie bycie niepowtarzalną osobą niż bycie członkiem grupy.	1	2	3	4	5
41.	Źle się czuję, gdy nie mogę stwierdzić, czy ktoś mnie lubi czy nie.	1	2	3	4	5
42.	Trudno mi zerwać znajomość, nawet jeśli mnie ona unieszczęśliwia.	1	2	3	4	5
43.	Moi bliscy przyjaciele i rodzina są zbyt wrażliwi na opinie innych.	1	2	3	4	5
44.	Staję się szczególnie rozdrażniona, kiedy nie mam się czym zająć (nudzę się).	1	2	3	4	5
45.	Jeśli ktoś skrytykuje mój wygląd, czuję się nieatrakcyjna dla innych ludzi.	1	2	3	4	5
46.	Łatwo ulegam namowom innych.	1	2	3	4	5
47.	Jestem zwykle ostatnią osobą, która dowiaduje się, że jej działania zraniły kogoś.	1	2	3	4	5
48.	Nie lubię polegać na pomocy innych.	1	2	3	4	5

49.	Czuję się niekomfortowo w towarzystwie osób, które nie do końca mnie lubią.	1	2	3	4	5
50.	Za bardzo staram się zadowalać innych.	1	2	3	4	5
51.	Często nie zważam na negatywne konsekwencje swoich działań.	1	2	3	4	5
52.	Często podejmuję ważne decyzje bez konsultowania się z innymi.	1	2	3	4	5
53.	Mam skłonności do zamartwiania się moimi problemami osobistymi.	1	2	3	4	5
54.	Czuję, że muszę być miła dla innych ludzi.	1	2	3	4	5
55.	Ważniejsze jest dla mnie bycie aktywną i realizowanie własnych celów życiowych, niż podtrzymywanie bliskich relacji z innymi ludźmi.	1	2	3	4	5
56.	Nie czerpię radości z tego, co robię, jeśli nie czuję, że komuś w moim życiu zależy na mnie.	1	2	3	4	5
57.	Zbyt często przepraszam innych ludzi.	1	2	3	4	5
58.	Czasami ranię rodzinę i bliskich przyjaciół nie zdając sobie sprawy, że zrobiłam coś złego.	1	2	3	4	5
59.	Lubię mieć w pobliżu kogoś, z kim mogę porozmawiać, kiedy spotka mnie coś przykrego.	1	2	3	4	5
60.	Bardzo martwię się tym, jak inni ludzie reagują na mnie.	1	2	3	4	5
61.	Mam tendencję do trzymania innych na dystans.	1	2	3	4	5
62.	Podróżowanie w pojedynkę do nowych miejsc nie jest satysfakcjonujące.	1	2	3	4	5
63.	Trudno jest mi powiedzieć „nie”, kiedy ludzie mnie o coś proszą.	1	2	3	4	5
64.	Irytują mnie ludzie, którzy oczekują ode mnie, abym spełniała ich żądania.	1	2	3	4	5
65.	Trudno mi jest być daleko od ludzi, których kocham.	1	2	3	4	5
66.	Czuję się bardzo dobrze kiedy wiem, że moje zachowanie jest takie, jakiego oczekiwali po mnie inni.	1	2	3	4	5
67.	Jest mi trudno przyjmować polecenia od ludzi, którzy mają nade mną władzę.	1	2	3	4	5
68.	Przeszkadza mi kiedy czuję, że jestem przeciętna i zwyczajna.	1	2	3	4	5
69.	Często pozwalam ludziom na wykorzystywanie mnie.	1	2	3	4	5
70.	Nie czuję się komfortowo mając nad kimś władzę.	1	2	3	4	5
71.	Trudno jest mi spędzać cały dzień w samotności.	1	2	3	4	5
72.	Oceniam siebie na podstawie opinii, jakie inni mają w stosunku do mojej osoby.	1	2	3	4	5
73.	Nie potrafię wyrażać podziwu czy sympatii dla kogoś.	1	2	3	4	5
74.	Czuję się źle, kiedy nie kończę rozpoczętych spraw.	1	2	3	4	5
75.	Trudno jest mi pokazać innym, że jestem na nich zła.	1	2	3	4	5
76.	Trudno jest mi się angażować w stałe związki.	1	2	3	4	5
77.	Czuję się niekomfortowo, kiedy nie jestem pewna, czy ktoś mnie lubi.	1	2	3	4	5
78.	Jest mi trudno otworzyć się i mówić o moich uczuciach oraz innych	1	2	3	4	5

	sprawach osobistych.					
79.	Niepokoję się, kiedy przydarza mi się coś złego i nie mam nikogo, z kim mogłabym o tym porozmawiać.	1	2	3	4	5
80.	Mam za złe, gdy ludzie próbują kierować moim zachowaniem albo działaniem.	1	2	3	4	5
81.	Niepokoję się, kiedy przyjaciel (przyjaciółka) odwołuje zaplanowane spotkanie lub zapomina zadzwonić do mnie.	1	2	3	4	5
82.	Pytania osobiste zwykle traktuję jako ingerencję w moją prywatność.	1	2	3	4	5
83.	Rzadko ufam radom innych, kiedy podejmuję ważne decyzje.	1	2	3	4	5
84.	Gdy ktoś przekracza granice mojej osobistej niezależności i wolności, denerwuję się bardziej niż większość ludzi, których znam.	1	2	3	4	5
85.	Denerwuję się, kiedy inni próbują wpłynąć na mój sposób myślenia o problemie.	1	2	3	4	5
86.	Czuję się kontrolowana, kiedy inni decydują o moich planach.	1	2	3	4	5

Adres do korespondencji:

prof. UG, dr hab. Wioletta Radziwiłłowicz
Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Bażyńskiego 4
80- 952 Gdańsk
e-mail: psywr@ug.edu.pl