

Wzory przywiązania, samoocena i płć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej

Attachment patterns, self-esteem, gender schema in anorexia and bulimia nervosa

Barbara Józek¹, Grzegorz Iniewicz², Romualda Ulasińska¹

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

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

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Dyrektor: dr hab. n. hum. M. Kossowska, prof. UJ

Summary

Aim. The aim of the study was comparison of perception of attachment patterns between adolescent girls suffering from anorexia nervosa (restrictive type), bulimia nervosa and healthy peers. Moreover, we tried to find the differences between the groups in self-esteem and identification with the culture-defined sex role.

Method. We examined 40 patients with anorexia, 32 with bulimia and 63 girls from the comparison group. Three questionnaires were used: Parental Bonding Instrument, The Culture-Free Self-Esteem Inventory and Psychological Sex Inventory.

Results. Results indicate that the parents' emotional commitment in relations with daughters from the clinical sample is weaker, and they are controlled by parents more than those from the control group. In all groups, the mothers' emotional commitment correlates positively with daughters' social self-esteem. In the anorectic group, fathers' control correlates negatively with daughters' identification with the culture-defined feminine role. In the bulimic group, fathers' emotional commitment correlates positively with self-esteem as well as daughters' identification with the culture-defined masculine role.

Conclusions. The results concerning the bonds between the ED patients and their parents indicating dysfunctions of the bonds are generally consistent with the data from literature. Additionally they show the relationship between quality of the bonds between the patients and parents and its influence on development of self-evaluation and a sense of femininity/masculinity in anorectic and bulimic girls.

Słowa kluczowe: przywiązanie, samoocena, płć psychologiczna, zaburzenia jedzenia

Key words: attachment, self-esteem, gender schema, eating disorders

Wprowadzenie

W ostatnich kilkunastu latach problematyka przywiązania stała się obszarem intensywnych badań empirycznych w odniesieniu do różnych grup zaburzeń, w tym

– zaburzeń odżywiania się. Przegląd literatury ujawnia, iż wzory więzi mogą być jednym z czynników ryzyka rozwoju zaburzeń emocjonalnych, także anoreksji i bulimii psychicznej [1, 2, 3, 4, 5]. Mogą one mieć również znaczenie w procesie terapii, wpływając na skuteczność leczenia [6, 7, 8]. Przegląd badań ujawnia zarazem niespójności w uzyskiwanych wynikach. Mogą one być konsekwencją stosowania różnych metod badawczych, nieprecyzyjnego doboru grup badanych, szczególnie nieróżnicowania typów anoreksji, jak też badania pacjentek na różnym etapie procesu chorowania i leczenia [3, 9, 10].

Klasyczne już pozycje dotyczące mechanizmów powstawania zaburzeń jedzenia wskazują na znaczącą problematykę dotyczącą więzi, która wpływa na przebieg procesu separacji-indywiduacji [3, 11, 12, 13, 14, 15]. Zwraca się tutaj uwagę, iż dziewczęta z zaburzeniami jedzenia doświadczają dużych trudności, szczególnie w relacji z matkami, co nie ułatwia im osiągnięcia autonomii. W literaturze przedmiotu matki pacjentek są często opisywane jako stawiające nadmierne wymagania, kontrolujące i nie odpowiadające elastycznie na emocjonalne potrzeby córek [9]. Z tego powodu jednym z ważniejszych aspektów relacji matka–córka staje się wymiar kontroli. Córki – pozostając pod kontrolą matek, stając w obliczu przemian i nowych zadań charakterystycznych dla okresu dojrzewania, a także doświadczając lęków separacyjnych – podejmują próbę kontrolowania swojego zmieniającego się ciała poprzez zatrzymanie tych zmian bądź też cofnięcia zmian, które już nastąpiły. Dodatkowo matki, zagrożone emocjonalnym opuszczeniem przez córki, wzmacniają zależność córek od siebie, blokując tym samym zachowania będące przejawem samodzielności i zależności. Relacje matek z córkami charakteryzują się nie tylko silnym lękiem, ale także ambiwalencją, związaną najczęściej z wcześniejszymi utratami lub aktualną trudną dla rodziny sytuacją. Już na podstawie powyższych uwag można przypuszczać, iż odwołanie się do koncepcji Bowlby'ego może dać nową i interesującą perspektywę patrzenia na mechanizmy wywołujące i podtrzymujące zaburzenia jedzenia, a także wpływające na przebieg procesu leczenia.

W swoich badaniach, oprócz wzorów przywiązania, zajęliśmy się również samooceną i poczuciem płci psychologicznej. Samoocena jest jednym z ważniejszych wymiarów osobowości, który wywiera istotny wpływ na obraz samego siebie. Niski poziom samooceny powoduje, iż człowiek przeżywa negatywne emocje w stosunku do siebie i nie czuje się szczęśliwy. Kiedy konfrontuje się z nowymi sytuacjami, nieadekwatnie ocenia swoje możliwości poradzenia sobie z nimi. Krańcowo niska samoocena jest czynnikiem predysponującym do emocjonalnych problemów i zaburzeń. Badania nad samooceną wśród osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się wskazują na jej zaniżony poziom. Samoocena uważana jest również za istotny czynnik prognostyczny w terapii tych zaburzeń [16, 17, 18].

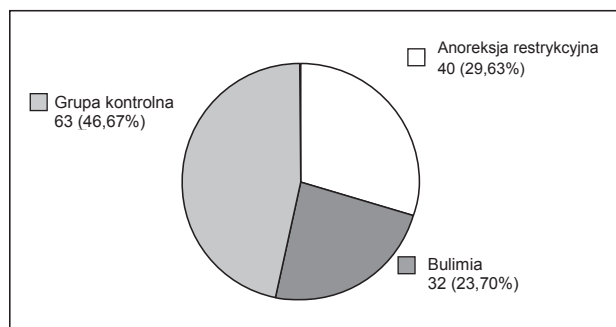
Koncepcja płci psychologicznej opiera się na teorii schematów płciowych, które umożliwiają przewidywanie sposobu spontanicznego organizowania informacji na podstawie wymiaru płci oraz określenie motywacji do szukania zgodności między własnym zachowaniem a kulturowymi definicjami kobiecości i męskości. Obszary te nie są krańcami jednego kontinuum, ale odnoszą się do różnych obszarów ludzkiego funkcjonowania. Wyniki uzyskiwane w skalach męskości i kobiecości świadczą

o przynależności do jednego z typów płci psychologicznej: określonego seksualnie, androgynicznego, nieokreślonego seksualnie i krzyżowo określonego seksualnie [19, 20, 21]. W uprzednio przeprowadzonych badaniach [22] nie stwierdzono różnic między dziewczętami chorującymi na anoreksję a grupą kontrolną w skali kobiecości. Różnica istotna statystycznie wystąpiła natomiast w skali męskości, w której dziewczęta z anoreksją uzyskały niższe wyniki. Do możliwych interpretacji takich rezultatów badań wrócimy w dyskusji wyników.

Osoby badane i metody

Grupy kliniczne spełniały kryteria diagnostyczne klasyfikacji DSM-IV-R anoreksji o typie restrykcyjnym oraz bulimii. Grupa kontrolna składała się z dziewcząt, u których nie stwierdzono żadnych psychiatrycznych symptomów. Dobrana ona została do dziewcząt z grup klinicznych pod względem wieku, klasy szkolnej, pozycji wśród rodzeństwa, miejsca zamieszkania (wieś, małe miasteczko, duże miasto) oraz wykształcenia rodziców. Średnia wieku wynosiła 17,14 (SD = 2,09).

Wykres 1. Charakterystyka badanej grupy



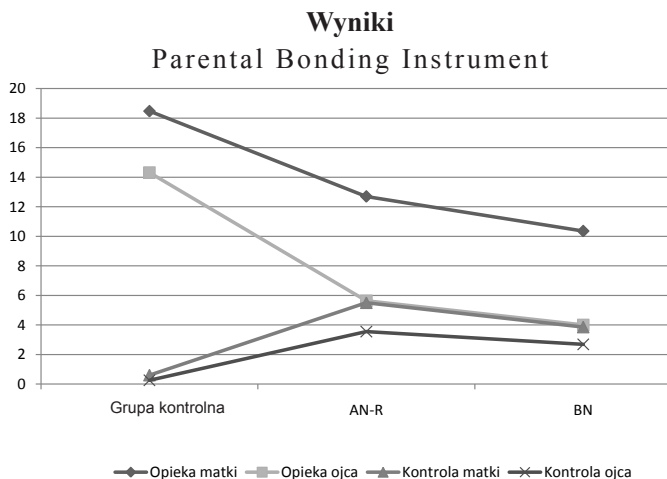
W badaniach zastosowano trzy narzędzia:

Kwestionariusz Przywiązania Rodziców – *PBI (Parental Bonding Instrument)* [23, 24, 25] tworzy 25 itemów, służących do badania percepcji przywiązania do matki i ojca w pierwszych 16 latach życia. *PBI* składa się z dwóch skal: opieka (*care*) i ochranianie (*protection*). Oba wymiary rozciągają się na kontinuum. W skali opieki znajdują się pozycje opisujące zachowania rodziców wyrażające na jednym biegunie czułą troskę, na przeciwnym – brak zaangażowania, odrzucenie. W skali ochraniań mamy, z jednej strony zachowania wspierające autonomię dziecka, z drugiej – nadmierne kontrolujące, ochraniające. Warto podkreślić, iż wysoki poziom opieki i troski rodzicielskiej, przy jednoczesnym wspieraniu autonomii, identyfikowany jest z dobrym funkcjonowaniem dziecka. Niski poziom opieki i troski, przy wysokim poziomie kontroli, często współwystępuje z zaburzeniami emocjonalnymi.

Kwestionariusz Samooceny Battle'a [26, 27] składa się z 40 itemów i służy do badania samooceny w trzech aspektach: samooceny ogólnej (odnoszącej się do generalnego

poczucia własnej wartości), samooceny osobistej (odnoszącej się do osobistego poczucia własnej wartości) oraz samooceny społecznej (odnoszącej się do funkcjonowania w grupie rówieśniczej). Został on przetłumaczony i wystandaryzowany do polskich warunków.

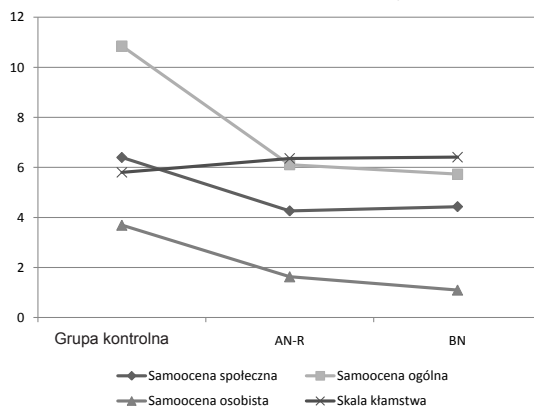
Inwentarz Płci Psychologicznej [21] składa się z dwóch skal: kobiecości i męskości. Badany zaznacza na 5-stopniowej skali, w jaki sposób 35 cech odnosi się do jego własnych zachowań. Kwestionariusz umożliwia zbadanie zgodności zachowań danej osoby z kulturowymi definicjami kobiecości i męskości.



Wykres 2. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu Parental Bonding Instrument

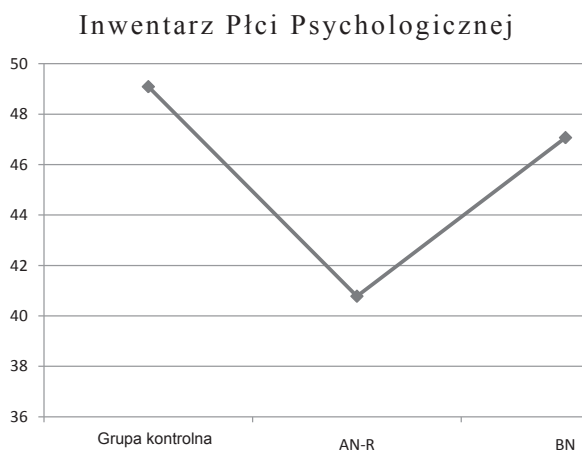
We wszystkich skalach grupa kontrolna istotnie statystycznie różni się od obu pozostałych. Użyto testów post-hoc F Ryana Einota–Gabriela Welcha (REGW-F). Wyniki wskazują, iż matki i ojcowie pacjentek chorujących na anoreksję o typie restrykcyjnym i pacjentek chorujących na bulimię są mniej zaangażowani emocjonalnie w relacje z córkami niż rodzice z grupy kontrolnej, a zarazem są wobec nich bardziej kontrolujący.

Kwestionariusz Samooceny Battle'a



Wykres 3. Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Samooceny Battle'a

Testy post-hoc F Ryana Einota–Gabriela Welcha (REGW-F) wykazały, iż w zakresie wszystkich zmiennych: samooceny społecznej, samooceny ogólnej i samooceny osobistej, grupa kontrolna różni się w sposób istotny statystycznie od obu grup klinicznych, które uzyskiwały niższe wyniki. Grupy kliniczne nie różnią się między sobą.



Wykres 4. Wyniki uzyskane w Inwentarzu Płci Psychologicznej w skali męskości

Testy post-hoc F Ryana Einota–Gabriela Welcha (REGW-F) wykazały, że grupa anoreksji restrykcyjnej różni się istotnie statystycznie od grupy bulimii i grupy kontrolnej w skali męskości, uzyskując niższe wyniki, przy braku różnic pomiędzy grupą kontrolną a grupą bulimii. W skali kobiecości nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic.

Korelacje

5. Tabela korelacji

		S-OG	S-OS	S-K	M	K	O-M	O-O	K-M	K-O
Grupa kontrolna	S-SP	0,62**	0,43**	-0,19	0,25	0,25	-0,37**	-0,14	0,32*	0,19
	S-OG		0,50**	-0,03	0,35**	0,02	-0,20	-0,10	0,25	0,12
	S-OS			-0,22	0,34*	0,05	-0,14	-0,09	0,32*	0,09
	S-K				0,08	-0,04	0,28*	0,29*	-0,28*	-0,31*
	M					0,19	0,05	-0,07	0,07	-0,09
	K						-0,39**	-0,34**	0,26*	0,02
	O-M							0,52**	-0,51**	-0,12
	O-O								-0,33**	-0,38**
K-M									0,43**	

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

AN-R	S-SP	0,62**	0,38*	-0,02	0,30	-0,18	-0,61**	-0,33	0,05	0,14
	S-OG		0,57**	0,16	0,31	-0,13	-0,42*	-0,30	0,17	0,09
	S-OS			0,20	0,22	-0,40*	-0,31	-0,24	0,37*	0,31
	S-K				0,09	-0,23	0,02	0,14	0,12	0,42*
	M					0,02	0,13	0,02	-0,17	0,07
	K						0,23	0,12	-0,11	-0,41*
	O-M							0,33	-0,29	-0,19
	O-O								-0,26	-0,15
	K-M									0,30
BN	S-SP	0,67**	0,36	0,06	0,60**	-0,18	-0,35	-0,28	0,18	-0,04
	S-OG		0,45*	0,25	0,72**	-0,08	-0,41*	-0,46*	0,19	0,05
	S-OS			-0,28	0,43*	-0,28	-0,13	-0,36	0,18	0,29
	S-K				0,01	-0,30	0,10	0,07	-0,12	-0,22
	M					0,04	-0,42*	-0,42*	0,18	0,01
	K						-0,22	-0,18	-0,25	-0,15
	O-M							0,64**	-0,26	-0,09
	O-O								-0,21	-0,15
	K-M									0,39

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

S-SP – Samoocena społeczna

S-OG – Samoocena ogólna

S-OS – Samoocena osobista

S-K – Skala kłamstwa

M – Męskość

K – Kobiecość

O-M – Opieka matki

O-O – Opieka ojca

K-M – Kontrola matki

K-O – Kontrola ojca

W grupie kontrolnej zaangażowanie emocjonalne matek korelowało pozytywnie z samooceną społeczną córek oraz ich identyfikowaniem się z kulturowo zdefiniowaną rolą kobiecą. Zaangażowanie emocjonalne ojców również pozytywnie korelowało z kobiecością córek, ale nie wpływało na samoocenę. Kontrolowanie ze strony matek zmniejszało samoocenę społeczną i osobistą córek. Występowały pozytywne korelacje między skalą męskości a samooceną ogólną oraz osobistą.

W grupie dziewcząt z anoreksją restrykcyjną zaangażowanie emocjonalne matek pozytywnie korelowało z samooceną społeczną i ogólną. Z kolei kontrola ze strony matek powiązana jest z obniżoną samooceną osobistą córek. Zaangażowanie emocjonalne ojców nie wpływało na samoocenę córek, a mniejsza kontrola z ich strony powiązana była z identyfikowaniem się córek z kulturowo definiowaną rolą kobiecą.

W grupie dziewcząt z bulimią zaangażowanie emocjonalne matek pozytywnie korelowało z samooceną społeczną i ogólną (podobnie jak w grupie dziewcząt z anorek-

sją). Nie występowała korelacja między kontrolą ze strony matek a samooceną córek i ich identyfikacją z kulturowo zdefiniowaną rolą kobietą. Natomiast zaangażowanie emocjonalne ojców pozytywnie korelowało z samooceną ogólną i osobistą córek, a także z kulturowo zdefiniowaną rolą męską. Skala męskości pozytywnie korelowała z samooceną społeczną, ogólną i osobistą.

Dyskusja wyników

Rezultaty wskazują, iż pacjentki z obu grup klinicznych, oceniając swoją relację z rodzicami, dostrzegały mniejsze zaangażowanie uczuciowe rodziców w relację z nimi, przy jednoczesnej zwiększonej kontroli, w porównaniu z dziewczętami z grupy kontrolnej. W świetle badań taka konfiguracja wyników stanowi czynnik ryzyka dla wystąpienia zaburzeń emocjonalnych i psychicznych [3]. Prezentowane rezultaty są jednocześnie generalnie zgodne z rezultatami uzyskanymi przez badaczy zajmujących się zaburzeniami odżywiania w innym niż polskim kontekście kulturowym [1, 2, 3, 8, 28].

Można tutaj dla ilustracji przytoczyć badania Palmera i wsp. [1], prowadzone także za pomocą PBI, które pokazały, że w porównaniu z grupą kontrolną kobiet zdrowych pacjentki z anoreksją i bulimią spostrzegały matki jako mniej opiekuńcze, empatyczne i czułe. Pacjentki z bulimią dodatkowo oceniały także ojców jako mniej opiekuńczych i czułych niż czyniła to grupa kontrolna. Z kolei badania Steigera i wsp. [24], obejmujące cztery grupy kliniczne: grupę anoreksji restrykcyjnej i bulimicznej oraz dwie grupy bulimii, które różnicowała obecność lub brak wcześniejszej historii anoreksji, ujawniły, że pacjentki ze wszystkich grup klinicznych spostrzegały ojców jako mniej opiekuńczych i czułych, niż czyniły to dziewczęta zdrowe, a dziewczęta z grupy anoreksji bulimicznej dostrzegały dodatkowo nadmierną kontrolę, intruzywność i ochranianie ze strony ojców. Na nadmierną kontrolę i intruzywność w relacji rodziców z córkami chorującymi na anoreksję i bulimię wskazują także badania Rorty i wsp. [5] porównujące wzory przywiązania w grupie pacjentek z bulimią i kobiet zdrowych. Badacze ci stwierdzili, iż pacjentki z bulimią, w odróżnieniu od kobiet zdrowych, oceniały swoich rodziców jako kontrolujących i intruzywnych. Także badania prowadzone za pomocą innych narzędzi wskazują na zaburzenia więzi w anoreksji i bulimii. Ward i wsp. [28] na podstawie Adult Attachment Interview zidentyfikowali u 95% pacjentek z rozpoznaniem anoreksji lękowej i unikającej wzór przywiązania; podobne wyniki uzyskały Tereno i wsp. [8] w odniesieniu do pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii. Zestawienie wyników badań własnych z danymi z literatury wskazuje, iż wzory więzi w zaburzeniach jedzenia nie są modyfikowane przez czynniki kulturowe.

Rezultaty pokazują także, że brak bliskości w relacji matka–córka utrudnia, zarówno pacjentkom, jak i dziewczętom zdrowym, kształtowanie pozytywnej samooceny. Wyniki wskazują również, że pacjentki chorujące na anoreksję w mniejszym stopniu w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami i pacjentkami chorującymi na bulimię identyfikują się z cechami, które w kulturze definiowane są jako powiązane z męską rolą. W skali męskości największą moc dyskryminacyjną uzyskały cechy, które łączą

się z samokontrolą i radzeniem sobie („mający siłę przebicia”, „pewny siebie”, „sprytny”, „samowystarczalny”, „mający zdolność przekonywania”). Może to wskazywać na centralne znaczenie kontroli u pacjentek z anoreksją restrykcyjną i zarazem wyrażać ich przekonania o braku kontroli i niemożności radzenia sobie.

Warto zauważyć, że w grupie anoreksji restrykcyjnej nadmierna kontrola ze strony ojca utrudniała córce identyfikację z kulturowo zdefiniowaną rolą kobiecą. Ten ostatni wynik jest o tyle zaskakujący, że zazwyczaj w literaturze podkreśla się większe znaczenie relacji z matką dla procesu identyfikacji psychoseksualnej. Wyniki sugerują, że nadmiernie kontrolujące, intruzywne zachowania ojca mogą być istotnym czynnikiem utrudniającym córkom podejmowanie zadań okresu dojrzewania, jednocześnie stanowiąc czynnik ryzyka dla rozwoju anoreksji.

W grupie pacjentek z bulimią, podobnie jak w grupie pacjentek z anoreksją restrykcyjną, zaangażowanie emocjonalne matki pozytywnie wpływało na samoocenę społeczną i ogólną. Można przypuszczać, iż emocjonalna bliskość matki sprzyja nawiązywaniu przez pacjentki satysfakcjonujących relacji rówieśniczych. Z kolei w grupie bulimii istotne było zaangażowanie emocjonalne ojca – podnosiło samoocenę ogólną i osobistą, ale nie miało związku z samooceną społeczną. Wskazuje to na mniejszą rolę ojca w utrzymywaniu przez córkę satysfakcjonujących relacji rówieśniczych. Znaczący był jego wpływ na identyfikowanie się córki z cechami społecznie uznanymi za typowo męskie, a koncentrujące się wokół sprawowania kontroli.

Interesująca jest też w przypadku dziewcząt z bulimią pozytywna korelacja identyfikacji z męskimi cechami z samooceną społeczną, ogólną i osobistą. Może to wskazywać na wartość, jaką stanowią dla nich cechy wiążące się kontrolą, z wpływem na siebie i otoczenie.

Podczas rozważań dotyczących relacji dziewcząt ze wszystkich grup z rodzicami trzeba jednak zachować pewną ostrożność, BPI służy bowiem do badania relacji w pierwszych 16 latach życia, więc pozostaje otwartą kwestią, w jakim stopniu opis ten dotyczy przeszłości, a w jakim teraźniejszości życia rodzinnego w przypadku pacjentek doświadczających choroby.

Wnioski

- W grupie anoreksji restrykcyjnej i bulimii wystąpiły zaburzone wzory więzi: rodzice z obu grup byli mniej zaangażowani emocjonalnie w relacje z córkami niż rodzice z grupy kontrolnej, a zarazem byli wobec nich bardziej kontrolujący.
- Zarówno w grupach klinicznych: anoreksji restrykcyjnej i bulimii, jak i grupie kontrolnej zaangażowanie emocjonalne matki powiązane było z wyższą samooceną dotyczącą radzenia sobie w relacjach społecznych.
- W grupach anoreksji restrykcyjnej i bulimii zaangażowanie emocjonalne matki pozytywnie korelowało dodatkowo z samooceną ogólną córki.
- W grupie anoreksji mniejsza kontrola ze strony ojca ułatwiała identyfikację córki z cechami uznawanymi kulturowo za typowo kobiece.

- W grupie bulimii zaangażowanie emocjonalne ojca pozytywnie korelowało z samooceną ogólną i osobistą, a także z identyfikowaniem się z męską rolą, opartą na sprawowaniu kontroli.

Образцы привязанности, самооценка и психологический пол при психической анорексии и булимии

Содержание

Задание. Сравнение перцепции образцов привязанности между девушками, страдающими психической анорексией рестриктивного типа, девушками, страдающими булимией и здоровыми ровесницами. Кроме того, предпринята проба проверки различий, присутствующих между группами в области самооценки и способе переживания своего психологического пола.

Метод. Обследовано 40 пациенток а диагнозом анорексии, 32 булимии и 63 девушки контрольной группы. Применены следующие пособия: Parental Bonding Instrument, Глоссарий самооценки и Глоссарий психологического пола.

Результаты. Пациентки психической анорексией и булимией, оценивая свои отношения с родителями указывали на меньшее эмоциональное чувство к ним, но увеличенное контролирование, в сравнение с девушками контрольной группы. Во всех группах эмоциональное отношение матери было связано с более высокой самооценкой, относящейся к самостоятельности в общественной среде. В группе пациенток с анорексией меньший контроль со стороны отца облегчила идентификацию дочерей с чертами, признаваемыми, как правило, за типичные для женщины. В группе пациенток с булимией эмоциональное отношение отца позитивно коррелировали с общей и индивидуальной самооценками, а также с индифицированием с мужской ролью.

Выводы. Результаты, относящиеся к связи между пациентками с нарушениями питания и их родителями, указывающими на дисфункциональность связи являются, как правило, слитными, что согласовывается с литературными данными. Результаты исследований указывают на связи между качеством связи пациенток с родителями и их влиянием на формирование самооценки и чувстве женственности у девушек с анорексией и булимией.

Muster der Bindung, Selbstbeurteilung und psychologisches Geschlecht in Anorexia nervosa und psychischer Bulimie

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war der Vergleich der Perzeption der Bindungsmuster zwischen den Mädchen, die an Anorexia vom restriktiven Typ und an Bulimie krank sind, und zwischen den gesunden Mädchen. Außerdem versuchten wir zu prüfen, ob es zwischen den Gruppen Unterschiede bei der Selbstbeurteilung und Erlebensweise des eigenen psychologischen Geschlechts gibt.

Methode. Es wurden 40 Patientinnen mit Anorexia nervosa, 32 Patientinnen mit Bulimie und 63 aus der Kontrollgruppe untersucht. Es wurden folgende Instrumente angewandt: Parental Bonding Instrument, Fragebogen zur Selbstbeurteilung von Battle und das Inventar zur Erfassung des psychologischen Geschlechts.

Ergebnisse. Die Patientinnen aus der Gruppe mit Anorexia und Bulimie beurteilten ihre Beziehungen Eltern-Kind, indem sie eine schwächere Gefühlsbindung der Eltern und eine strengere Kontrolle ihrerseits zugleich merkten im Vergleich mit den Mädchen aus der Kontrollgruppe. In allen Gruppen hing die emotionelle Bindung der Mutter mit der höheren Selbstbeurteilung der sozialen Beziehungen zusammen. In der Gruppe mit Anorexia nervosa erleichterte eine geringere Kontrolle seitens des Vaters die Identifizierung der Töchter mit den typisch weiblich betrachteten Eigenschaften. In der Gruppe mit Bulimie korrelierte die emotionelle Bindung des Vaters positiv mit der allgemeinen und persönlichen Selbstbeurteilung, auch mit der Identifizierung mit einer männlichen Rolle.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse, die die Bindung zwischen den Patientinnen mit Essstörungen und ihren Eltern betreffen und die auf die Dysfunktionen der Bindung hinweisen, sind generell kohärent mit den Angaben aus der Literatur. Die Ergebnisse zeigen die Zusammenhänge zwischen der Qualität der Bindung der Patientinnen mit ihren Eltern und ihrem Einfluss auf die Gestaltung der Selbstbeurteilung und des Gefühls der Weiblichkeit/Männlichkeit bei Mädchen mit Anorexia nervosa und Bulimie.

Les modes d'attachement, l'estime de soi et le sexe psychologique dans l'anorexie et boulimie

Résumé

Objectif. Comparer les modes d'attachement des filles souffrant de l'anorexie nerveuse (type restrictif), des filles souffrant de la boulimie et des filles saines. De plus répondre à la question suivante si dans ces groupes analysés existent les différences de l'estime de soi et de l'identification du sexe psychologique.

Méthode. On examine les 135 femmes (dont 40 diagnostiquées – anorexie, 32 – boulimie, 63 –saines du groupe de contrôle) avec les questionnaires suivants : Parental Bonding Instrument, The Culture-Free Self-Esteem Inventory and Psychological Sex Inventory.

Résultats. Les patientes souffrant de l'anorexie et de la boulimie estiment que les relations émotionnelles de leurs parents avec elles sont plus faibles et qu'en même temps leurs relations de contrôle sont plus fortes que les relations analogiques dans le groupe de contrôle. Dans tous les trois groupes les relations émotionnelles des mères corrèlent positivement avec l'auto-estimation plus élevée concernant les relations sociales. Dans le groupe de patientes souffrant de l'anorexie le contrôle plus faible de la part du père facilite l'identification des filles avec leur rôle sexuel féminin défini par la culture. Dans le groupe de patientes souffrant de la boulimie les relations émotionnelles des pères corrèlent positivement avec l'estime de soi ainsi qu'avec l'identification avec le rôle masculin.

Conclusions. Ces résultats, concernant les relations des patientes souffrant des troubles des conduites alimentaires et de leurs parents, indiquent que ces relations sont dysfonctionnelles et ils s'accordent avec les recherches présentées dans la littérature en question. Ces résultats décrivent les corrélations de la qualité des liens entre les patientes et leurs parents et leur influence sur la formation de l'estime de soi et le sens de la féminité/masculinité des filles souffrant de l'anorexie et de la boulimie.

Piśmiennictwo

1. Palmer RL, Oppenheimer R, Marshall P. *Eating disordered patients remember their parent: A study using Parental Bonding Instrument.* Int. J. Eat. Disord. 1988; 1: 101–106.
2. Sordelli A, Fossati A, Devoti RM, La Viola S. *Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients.* Psychopathol. 1996; 1: 64–70.
3. O'Kearney R. *Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research.* Int. J. Eat. Disord. 1996; 2: 115–127.
4. Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. *Eating disorders and perceived relationships with parents.* Int. J. Eat. Disord. 1989; 9: 479–485.
5. Rorty M, Yager J, Rossotto E, Buckwalter G. *Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of anorexia and bulimia nervosa and comparison women.* Int. J. Eat. Disord. 2000; 2: 202–208.
6. Broberg AG, Nevonenn L, Ostlund S, Levin B, Lindstrom M, Bonnedal U, Hjalmer I. *Eating disorders symptoms and self-reported attachment styles among young Swedish women.* Eating Disorders Conference London; 1997.

7. Tasca GA, Taylor D, Richie K, Balfour L. *Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa*. J. Pers. Assess. 2004; 3: 201–212.
8. Tereno S, Soares I, Martins C, Celani M, Sampaio D. *Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists*. Europ. Eat. Disord. Rev. 2007; 16: 49–58.
9. Józefik B. *Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się – teoria i praktyka*. Psychiatr. Pol. 2008; 2: 157–166.
10. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
11. Bruch H. *Golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
12. Bruch H. *The changing picture of an illness: anorexia nervosa in attachment and the therapeutic process*. New York: International University Press; 1987.
13. Selvini Palazzoli M. *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson; 1978.
14. Masterson J. *Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent*. W: Hartocollis P, red. *Borderline personality disorders*. New York: International University Press; 1977.
15. Weber G, Stierlin H. *In liebe eutmest. Ein systemischer ansatz zum verständnis und Behandlung der Megersuchtfamilie*. Reinbeh bei Hamburg: Rowohlt Verlag 1991.
16. Yellowless A. *Working with eating disorders and self-esteem*. Boscombe Road, Dunstable, UK.: Folens Publishers, Albert House, Apex Business Centre 1997.
17. Battle J. *Self-esteem: The new revolution*. Edmonton, Alberta: James Battle and Associates; 1990.
18. Iniewicz G. *Samoocena i jej związki z obrazem siebie u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną*. Psychiatr. Pol. 2005; 4: 719–729.
19. Bem SL. *The measurement of psychological androgyny*. J. Consult. Clin. Psychol. 1974; 42: 155–162.
20. Bem SL. *Gender schema theory: A cognitive account of sex typing*. Psychol. Rev. 1981; 88: 354–364.
21. Kuczyńska A. *Inwentarz do oceny płci psychologicznej*. Warszawa: Pracownia testów psychologicznych PTP; 1992.
22. Iniewicz G. *Obraz ciała i poczucie płci psychologicznej w anoreksji psychicznej*. Czasop. Psychol. 2004; 1: 67–71.
23. Parker G, Tupling H, Brown L. *A parental bonding instrument*. Brit. J. Med. Psychol. 1979; 52: 1–10.
24. Steiger H, Van der Freon J, Goldstein C, Leicher P. *Defence styles and parent bonding in eating disorders women*. Int. J. Eat. Disord. 1989; 8: 131–140.
25. 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.
26. Battle J. *Cultural-free Self-esteem Inventories for Children and Adults*. Seattle, WA: Special Child Publ.; 1981.

-
27. Kossewska J. *Pedagogiczne i psychospoleczne uwarunkowania postaw nauczycieli wobec integracji szkolnej dzieci niepełnosprawnych* (niepublikowana praca doktorska). Kraków: Wyższa Szkoła Pedagogiczna; 1997.
28. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. *Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective*. *Brit. J. Med. Psychol.* 2001; 74: 497–505.

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

Otrzymano: 10.02.2010
Zrecenzowano: 26.05.2010
Otrzymano po poprawie: 28.06.2010
Przyjęto do druku: 12.07.2010