

Percepcja relacji w rodzinie pochodzenia pacjentek z zaburzeniami odżywiania się a percepcja relacji w rodzinach pochodzenia ich rodziców

The perception of relations in the family of origin of patients with eating disorders and the perception of relations in families of origin of their parents

Maciej W. Pilecki¹, Barbara Józefik², Marta Kościelniak³

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

² Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej,
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

³ Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych,
Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Summary

Aim. Analysis of the correlation between the assessment of current family relations in families of patients diagnosed with eating disorders and the assessment of the relations in the family of origin of their parents.

Material. 54 female patients with restrictive anorexia nervosa, 22 female patients with binge-purge anorexia, 36 female patients with bulimia. Two control groups were included: 36 female patients with depressive disorders and 85 schoolgirls from Krakow. The study also covered the girls' parents.

Method. Family of Origin Scale and FAM Family Assessment Measure (Polish version).

Results. In the families of schoolgirls from Krakow better evaluation of the experience of intimacy and autonomy in the family of origin of parents of the investigated girls was associated with their and their children more favourable perception of relations in the present nuclear family. What proved particularly significant were perception of transgenerational experiences of the fathers. Only a few statistically significant correlations were observed in all clinical groups. In the parents of the investigated patients a weak correlation was observed

Badania przeprowadzono dzięki funduszom KBN (nr grantu: 6 POSE 09021) oraz funduszom własnym UJ CM (grant 501/NKL/269/L).

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM (KBET/26/B/2001).

between the current marital relations perception and transgenerational experiences evaluation and a significant correlation between parents' transgenerational experience evaluation and the assessment of the relations with their daughters.

Conclusions. No specific correlations were found between the perception of the transgenerational experience of parents and evaluation of current relations in the nuclear family of their children with eating disorders. The results in the group with eating disorders suggest that the relations between parents and daughters are more intense than marital relations.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna, przekaz międzypokoleniowy

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transgenerational transmission

Wstęp

W obszarze badań nad rodziną ważnymi, a przy tym słabo eksplorowanymi zagadnieniami są problemy międzygeneracyjne, w tym sposób, w jaki doświadczenia z rodzin pochodzenia wpływają na sposób budowania w rodzinie prokreacyjnej relacji partnerskiej i w dalszej perspektywie – relacji z dziećmi [1].

Badania empiryczne pokazują, jak poszczególne wzory interakcji między rodzicami wpływają (niezależnie od innych zmiennych) na sposób funkcjonowania dzieci w ich małżeństwach. Jest to widoczne na przykład w kontekście stabilności związków, wzorów komunikacji, sposobów regulacji emocji, sposobów rozwiązywania konfliktów, stopnia satysfakcji małżeńskiej, zaangażowania w relacje, poziomu dystresu czy schematów relacji [2–4]. Dane wskazują też na to, że doświadczanie w rodzinie pochodzenia ciepła, wsparcia czy małej wrogości są pozytywnie skorelowane z zachowaniami potomstwa w intymnych relacjach [3]. Badania kontekstu transgeneracyjnego skutkują szeregiem konceptualizacji odnoszących się w swojej warstwie psychologicznej do zagadnień takich jak m.in. wpływ zaburzenia procesu separacji i indywiduacji czy zaburzeń dyferencjacji na możliwość budowania intymnych relacji w dorosłości [5–7]. Konceptcje te wskazują na związek poziomu w różny sposób definiowanego uniezależnienia się emocjonalnego od rodziny pochodzenia z poziomem przystosowania w relacjach partnerskich i małżeńskich [8–10]. Istotną zmienną okazuje się tutaj płeć. Kobiety charakteryzują się większą możliwością abstrahowania od swoich doświadczeń transgeneracyjnych niż mężczyźni [10]. Wszystkie cytowane wyniki empiryczne potwierdzają, że wzory wyniesione z rodziny pochodzenia są powtarzane w późniejszych intymnych relacjach.

Jednym z istotnych obszarów studiów nad zagadnieniami transgeneracyjnymi są zaburzenia odżywiania się. Relacje rodzinne uważane są, obok innych, za czynniki predysponujące do rozwoju anoreksji i bulimii psychicznej, a także za mające istotny wpływ na ich przebieg i rokowanie. Dla zilustrowania tej tezy można przywołać klasyczne już psychoanalityczne koncepcje Bruch [11], Selvini Palazzoli [12] czy Mastersona [13], modele systemowe Webera i Stierlina, [14], Reicha i Cierpki [15], White'a [16], Gröne [17] czy koncepcje feministyczne Chodorow [18] oraz Chernin [19]. Modele kliniczne skonstruowane na potrzeby różnych szkół terapeutycznych nie są jednak poparte zbyt wieloma badaniami naukowymi potwierdzającymi konceptualizacje terapeutów. Można też mieć wątpliwości co do metodologii badawczych niektórych z nich. Le Grange, Lock, Loeb i Nicholls [20] w swojej pracy, będącej podsumowaniem opartych na rzetelnej

metodologii naukowej publikacji dotyczących rodzinnych czynników ryzyka zaburzeń odżywiania się, wymieniają następujące aspekty relacji z rodzicami: (1) nadmierna ochrona/wysoki stopień troski lub niewystarczające zaangażowanie rodziców w wychowanie dziecka, niski poziom przywiązania (affection), brak czułości, obojętność i brak opieki, (2) rodzinna niezgoda, wiele konfliktów między rodzicami: separacja, kłótnie, (3) wiele zmian w rodzinnej strukturze jeszcze przed zachorowaniem dziecka (np. odejście rodzica czy wejście do rodziny macochy/ojczyma), (4) wysoki poziom oczekiwań rodziców, (5) wyższy stopień krytycznych komentarzy dotyczących figury i wagi dziecka.

Zagadnienia związku pomiędzy relacjami rodzinnymi a zaburzeniami odżywiania się wymagają dalszych badań, w tym związanych z różnorodnymi kontekstami kulturowymi. Rozważania takie mają nie tylko wymiar teoretyczny. Terapia rodzin stanowi istotną metodę leczenia zaburzeń odżywiania się, w tym zwłaszcza anoreksji psychicznej [21], stąd znaczenie wszelkich danych mogących w rzetelny metodologicznie sposób określić kierunek i zakres interwencji terapeutycznych.

Cel

W niniejszym projekcie zdecydowaliśmy się na badanie oceniające związek transgeneracyjnego przekazu doświadczeń autonomii i bliskości w rodzinach pochodzenia rodziców pacjentek z diagnozą zaburzeń odżywiania się z oceną relacji rodzinnych w ich (rodziców) rodzinie generacyjnej oraz oceną relacji rodzinnych ich córek. Autonomia i bliskość stanowią dwa powiązane wymiary rodzinnego procesu transgeneracyjnego. W istotny sposób wpływają na kształtowanie się więzi wczesnodziecięcej, świata intrapsychicznego oraz relacji w rodzinie. Autonomia rozumiana jest jako intrapsychiczna i relacyjna zdolność do samostanowienia, wyznaczania granic i niezależności. Intymność oznacza możliwość pozostawania w bliskich, dających wsparcie i poczucie zrozumienia relacjach. Autonomia i intymność dopełniają się, stanowiąc równoczesny warunek stabilności struktur psychicznych i relacji międzyludzkich, a ich niedostatek stanowi czuły wskaźnik potencjalnych trudności w procesach transgeneracyjnych [22, 23].

W niniejszym badaniu zadano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje związek między doświadczeniami rodziców w ich rodzinach pochodzenia a sposobem, w jaki oceniają swoich partnerów oraz swoje dzieci?
2. Czy sposób, w jaki jest się ocenianym w rodzinie przez partnera i dzieci, jest powiązany z własnymi doświadczeniami transgeneracyjnymi?
3. Czy istnieje specyfika relacji powyższych zależności charakterystyczna dla poszczególnych typów zaburzeń odżywiania się?

Material

W analizach statystycznych będących podstawą niniejszej publikacji użyto danych 54 pacjentek z rozpoznaniem wg DSM-IV [24] anoreksji restrykcyjnej (ANR), 22 z rozpoznaniem anoreksji żarłoczno-wydalającej (ANBP), 36 z rozpoznaniem bulimii (BUL). Wszystkie pacjentki były konsultowane pierwszorazowo w poradni przyklinicznej Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego

w Krakowie w latach 2002–2004. W badaniu użyto dwóch grup kontrolnych: 36 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (DEP), tj. epizodu dużej depresji, dystymii, reakcji sytuacyjnej z nastrojem depresyjnym wg DSM-IV [24], oraz 85 uczennic szkół krakowskich (NOR).

Badaniem objęci byli również rodzice pacjentek. W analizach posłużono się danymi 107 matek oraz 76 ojców (ANRmatki, $n = 54$; ANBPmatki, $n = 22$; BULmatki, $n = 31$; ANRojcowie, $n = 38$; ANBPojcowie, $n = 15$; BUŁojcowie, $n = 23$). Dane 36 matek oraz 24 ojców dziewcząt z grupy DEP oraz 80 matek i 77 ojców z grupy NOR zostały użyte w analizach statystycznych.

Pacjentki i ich rodzice proszeni byli o wypełnienie w domu użytych w badaniu kwestionariuszy badawczych i o odesłanie ich lub odniesienie przy następnej wizycie. Dodatkowo przeprowadzany był ustrukturyzowany wywiad kliniczny służący postawieniu diagnozy oraz do pozyskania danych demograficznych, rozwojowych, rodzinnych i środowiskowych. Konsultacja w klinice odbywała się na podstawie skierowania od lekarza, psychologa, ze szkoły bądź była umówiona przez rodziców. Osoby upośledzone umysłowo, wychowywane w instytucjach opiekuńczych, nie były włączone do badania. Nikt nie odmówił udziału w badaniu. Z analiz wyłączono 4 dziewczęta, u których nasilonej depresji towarzyszyły nieznacznie nasilone objawy bulimii. Osoby prezentujące objawy subkliniczne wg DSM-IV (znaczna utrata masy mieszcząca się w obszarze prawidłowym, wymioty rzadsze niż dwa razy w tygodniu, wymioty po subiektywnych epizodach przejadania się) dołączone zostały do właściwych grup głównych (ANR ($n = 7$), ANBP ($n = 6$), BUL ($n = 2$)). Wszystkie badane wymagały leczenia psychiatrycznego.

Do zbadania oceny autonomii i bliskości w rodzinie pochodzenia rodziców badanych dziewcząt zastosowano Skalę Rodziny Pochodzenia (SRP; Family-of-Origin Scale) autorstwa Hovestadta, Andersona, Piercy'ego, Cochрана i Fine'a [25]. Narzędzie to składa się z 10 podskal oraz dwóch skal zbiorczych: Skali Autonomii (AUT) oraz Skali Bliskości (BLIS). Objęte było procedurą standaryzacyjną w warunkach polskich przez Fajkowską-Stanik [26]. Im wyższy wynik w skalach, tym większa autonomia i bliskość.

Do badania percepcji relacji małżeńskiej rodziców pacjentek i uczennic oraz relacji rodziców z córkami wykorzystano diadyczny Kwestionariusz Oceny Rodziny (KRD KOR), w wersji pozwalającej na opisanie wzajemnej relacji badanych. Grupa Kwestionariuszy KOR jest adaptacją do polskich warunków [27] niemieckiej wersji [28] kwestionariusza Family Assessment Measure III (FAM-III) Steinhauera, Santa Barbary i Skinnera [29].

Kwestionariusze KOR tworzy siedem następujących podskal:

- wypełnianie zadań (WZ),
- pełnienie ról (PR),
- komunikacja (KOM),
- emocjonalność (E),
- zaangażowanie uczuciowe (ZU),
- kontrola (K),
- wartości i normy (WN).

Kwestionariusze zawierają także skalę Ogólną (OGÓL). We wszystkich powyższych skalach wyniki wyższe oznaczają w rzeczywistości bardziej niekorzystne oceny relacji diadycznych (odbiegające od pożądanych).

Analizy statystyczne i sposób prezentacji danych

Ocena związku poszczególnych skal SRP ze skalami KOR została przeprowadzona na podstawie analizy korelacji. Wykorzystany został współczynnik korelacji liniowej Pearsona lub w przypadku braku zgodności rozkładu choć jednej z badanych cech z rozkładem normalnym – współczynnik korelacji rang Spearmana. W kolejnych tabelach jako wynik istotnych zależności pomiędzy badanymi cechami przedstawiano współczynnik korelacji (górna cyfra w tabeli, zaznaczona gwiazdką, jeśli stosowany był współczynnik Pearsona) oraz dokładną wartość p (dolna cyfra w tabeli). Natomiast w przypadku nieistotnych korelacji pozostawiano puste miejsce w tabeli.

Wyniki

W analizach korelacji użyto jedynie wyników uzyskanych w obu narzędziach badawczych. W poszczególnych analizach korelacji użyto danych 35 matek i 36 ojców z grupy ANR, 12 matek i 14 ojców z grupy BUL, 21 matek i 22 ojców z grupy DEP oraz 70 matek i 74 ojców z grupy NOR. W rodzinach niepełnych wyniki od obu rodziców uzyskane zostały w grupie ANR w dwóch przypadkach, w grupie BUL w jednym, w grupie NOR w 5 przypadkach. Żadna z analizowanych par wyników nie pochodziła z rodzin niepełnych z grupy DEP. Zdecydowano się na przedstawienie jedynie tych wyników, które okazały się istotne statystycznie.

Korelacja między Skalą Rodziny Pochodzenia (SRP) i Kwestionariuszem Oceny Rodziny (KOR) w grupie uczennic (NOR)

Badanie korelacji pomiędzy wynikami skali SRP a podskalą KOR w grupie uczennic oraz ich matek i ojców ujawniło wiele znaczących zależności. Stwierdzono prawie we wszystkich podskalach KOR istotne statystycznie korelacje między tym, jak matka i ojciec postrzegają swoje rodziny pochodzenia, a tym, jak matka ocenia swoją relację z córką (tab. 1). We wszystkich poszczególnych podskalach KOR istnieje związek między doświadczeniami z rodziny pochodzenia ojca a tym, jak ocenia on swoją relację z córką (tab. 2). Warto zauważyć, że nie wystąpiły zależności między tym, jak ojciec ją ocenia, a doświadczeniami z rodziny pochodzenia matki (tab. 2).

Prawie we wszystkich podskalach KOR wystąpiły korelacje między tym, jak matka oraz ojciec spostrzegają rodzinę pochodzenia, a tym, jak matka ocenia swoją relację z mężem (tab. 1). We wszystkich podskalach istnieje relacja między tym, jak ojciec spostrzega rodzinę pochodzenia, a tym, jak ocenia swoją relację z żoną (tab. 2). Ponownie stwierdzono prawie zupełny brak zależności między doświadczeniami matki z rodziny pochodzenia a tym, jak jest ona oceniana przez swojego męża (tab. 2).

Stwierdzono brak korelacji między tym, jak córki oceniają swoją relację z matkami, a wynikami matek i ojców w SRP. Istotne statystycznie zależności wystąpiły pomiędzy wszystkimi podskalami SPR a tym, jak dziewczęta oceniają swoją relację z ojcami i doświadczeniami z rodziny pochodzenia ojców (tab. 3). Stwierdzono brak korelacji pomiędzy tym, jak córki oceniają ojców, a doświadczeniami z rodziny pochodzenia matek (tab. 3).

Tabela 1. **Korelacja między skalami SRP i KOR (oceny matek z grupy NOR)**

		Kwestionariusz Oceny Rodziny								
		WZ	PR	KOM	E	ZU	K	WN	OGÓL	
		Matka ocenia córkę								
Skala Rodziny Pochodzenia	AutM	-0,370 0,001	-0,376 0,001	-0,379 0,001	-0,306 0,006	-0,342 0,002	-0,351 0,002	-0,280 0,012	-0,448 0,000	
	BlisM	-0,356 0,001	-0,310 0,005	-0,372 0,001	-0,238 0,035	-0,374 0,001	-0,313 0,005	-0,306 0,006	-0,417 0,000	
	AutO		-0,323 0,004	-0,251 0,029			-0,354 0,002	-0,354 0,002	-0,364 0,001	
	BlisO		-0,303 0,007	-0,283 0,013			-0,330 0,003	-0,329 0,003	-0,340 0,003	
			Żona ocenia męża							
	AutM	-0,292 0,010		-0,255 0,025		-0,249 0,029	-0,229 0,045	-0,224 0,049	-0,263 0,023	
	BlisM	-0,298 0,009	-0,243 0,032	-0,295 0,009		-0,274 0,016	-0,232 0,042	-0,267 0,018	-0,284 0,014	
	AutO		-0,356 0,002	-0,273 0,018		-0,352 0,002		-0,408 0,000	-0,319 0,006	
BlisO	-0,285 0,013	-0,416 0,000	-0,344 0,003		-0,298 0,009		-0,392 0,000	-0,364 0,002		

WZ – wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, OGÓL – wynik ogólny, Aut – autonomia, Blis – bliskość, M – matki, O – ojca

Tabela 2. **Korelacja między skalami SRP i KOR (oceny ojców z grupy NOR)**

		Kwestionariusz Oceny Rodziny								
		WZ	PR	KOM	E	ZU	K	WN	OGÓL	
		Ojciec ocenia córkę								
Skala Rodziny Pochodzenia	AutM									
	BlisM									
	AutO	-0,293 0,010	-0,267 0,019	-0,251 0,030	-0,377 0,001	-0,286 0,012	-0,459 0,000	-0,330 0,003	-0,319* 0,006	
	BlisO	-0,323 0,004	-0,309 0,006	-0,272 0,018	-0,336 0,003	-0,289 0,011	-0,487 0,000	-0,337 0,001	-0,420 0,000	
			Mąż ocenia żonę							
	AutM									

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skala Rodziny Pochodzenia	BlisM						-0,242 0,043		
	AutO	-0,341 0,003	-0,405 0,000	-0,356 0,002	-0,335 0,003	-0,276 0,017	-0,303 0,009	-0,284 0,014	-0,404 0,000
	BlisO	-0,294 0,012	-0,456 0,000	-0,315 0,006	-0,246 0,034	-0,301 0,009	-0,335 0,004	-0,337 0,003	-0,410 0,000

Tabela 3. Korelacja między skalami SRP i KOR (oceny córek z grupy NOR)

		Kwestionariusz Oceny Rodziny								
		WZ	PR	KOM	E	ZU	K	WN	OGÓL	
		Córka ocenia matkę								
Skala Rodziny Pochodzenia	AutM									
	BlisM									
	AutO									
	BlisO									
			Córka ocenia ojca							
	AutM									
	BlisM									
	AutO	-0,319* 0,005	-0,307 0,007	-0,305 0,007	-0,264* 0,021	-0,342 0,002	-0,287 0,011	-0,258 0,023	-0,386* 0,001	
BlisO	-0,242 0,034	-0,297 0,009	-0,345 0,002	-0,276 0,016	-0,309 0,006	-0,289 0,011	-0,265 0,020	-0,324 0,005		

Korelacja między Skalą Rodziny Pochodzenia (SRP) i Kwestionariuszem Oceny Rodziny (KOR) w grupie dziewcząt z anoreksją restrykcyjną (ANR)

Badanie korelacji pomiędzy wynikami skali SRP a podskal KOR w grupie dziewcząt z anoreksją restrykcyjną oraz ich matek i ojców ujawniło znaczące zależności. Prawie we wszystkich podskalach stwierdzono istotne statystycznie korelacje między tym, jak matka postrzega swoją rodzinę pochodzenia, a tym, jak ocenia ona relację z córką (tab. 4). Wystąpiły też bardzo nieliczne istotne statystycznie korelacje między tym, jak ojciec i matka postrzegają rodziny generacyjne, a tym, jak ojciec ocenia relację z córką (tab. 5).

W grupie ANR nie wystąpiły żadne korelacje między tym, jak matka i ojciec postrzegają swoje rodziny pochodzenia, a ich ocenami bieżących relacji małżeńskich (tab. 4 i 5).

Tabela 6. Korelacja między skalami SRP i KOR (oceny dziewcząt z grupy ANR)

		Kwestionariusz Oceny Rodziny							
		WZ	PR	KOM	E	ZU	K	WN	OGÓL
		Córka ocenia ojca							
Skala Rodziny Pochodzenia	AutM								
	BlisM								
	AutO						-0,433 0,008		-0,360* 0,043
	BlisO						-0,458 0,005		
	Córka ocenia matkę								
	AutM								
	BlisM								
	AutO								
BlisO									

Korelacja między Skalą Rodziny Pochodzenia (SRP) i Kwestionariuszem Oceny Rodziny (KOR) w grupie dziewcząt z bulimią (BUL)

Podobnie jak w grupie z anoreksją, w grupie z bulimią stwierdzono prawie we wszystkich podskalach KOR istotne statystycznie korelacje między tym, jak matka postrzega rodzinę pochodzenia, a tym, jak ocenia swoją relację z córką (tab. 7). Wystąpiły także istotne statystycznie korelacje w 4 skalach KOR między tym, jak ojciec postrzega rodzinę pochodzenia, a tym, jak ocenia swoją relację z córką (tab. 8). Analogicznie do grupy ANR nie istnieją istotne statystycznie korelacje między tym, jak matka i jej mąż oceniają swoje rodziny pochodzenia, a tym, jak matka ocenia swoją relację z mężem (tab. 7). Odnotowano tylko dwie istotne statystycznie korelacje między tym, jak ojciec postrzega bliskość w rodzinie pochodzenia, a tym, jak ocenia swoją relację z żoną (tab. 8).

Stwierdzono małą liczbę istotnych relacji pomiędzy tym, jak córki oceniają swoją relację z matką i ojcem a wynikami ojców w SRP. Nie zanotowano takiego związku z wynikami matek (tab. 9).

Tabela 7. Korelacja między skalami SRP i KOR (oceny matek z grupy BUL)

		Kwestionariusz Oceny Rodziny							
		WZ	PR	KOM	E	ZU	K	WN	OGÓL
		Matka ocenia córkę							
Skala Rodziny Pochodzenia	AutM	-0,454* 0,012		-0,362 0,049	-0,467* 0,009	-0,501 0,007	-0,497* 0,005	-0,358* 0,052	-0,447* 0,017
	BlisM	-0,502* 0,005			-0,499* 0,005	-0,447 0,017	-0,515* 0,004	-0,412* 0,024	-0,465* 0,013
	AutO								
	BlisO								

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Dyskusja

Celem niniejszego badania była próba oszacowania powiązań pomiędzy oceną relacji w rodzinie prokreacyjnej a postrzeganiem relacji w rodzinach pochodzenia rodziców pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. W badaniu użyto dwóch grup kontrolnych: rodzin z pacjentkami depresyjnymi oraz rodzin uczennic krakowskich szkół, dobranych według wieku.

Wszystkie obserwowane zależności wskazały na to, że im lepiej matki i ojcowie oceniają swoje przeszłe doświadczenia z rodzin pochodzenia, tym lepszy jest obraz bieżących relacji rodzinnych badanych córek, ich ojców i matek.

Znaczące różnice w obserwowanych interakcjach między SRP a KOR wystąpiły tu jednak w zależności od tego, której z badanych grup dotyczyła analiza. W grupie nastoletnich uczennic wystąpiły istotne powiązania pomiędzy oceną transgeneracyjnych doświadczeń ich ojców a tym, jak oceniają oni swoje bieżące relacje z żonami i córkami. U ojców brak było zależności z percepcją transgeneracyjnych doświadczeń żon (poza jednym wyjątkiem – w skali Kontroli). W wypadku kobiet oceniających mężów i córki zależności dotyczyły zarówno percepcji doświadczeń transgeneracyjnych ich mężów, jak i ich samych. Oceny uczennic powiązane okazały się jedynie z percepcją transgeneracyjnych doświadczeń ich ojców.

Powyższe wyniki wskazują na różnice w znaczeniu kontekstu transgeneracyjnego mężczyzn i kobiet. Potwierdzają je też inne badania, uwidaczniające większy wpływ kontekstu transgeneracyjnego na relacje małżeńskie w wypadku mężczyzn niż kobiet w populacjach ogólnych [10, 30, 31].

W grupach klinicznych zaobserwowano jedynie nieliczne statystycznie istotne korelacje. Zarówno w wypadku kobiet, jak i mężczyzn, rodziców badanych pacjentek, w nikłym stopniu obserwowano związek oceny swoich relacji małżeńskich z percepcją doświadczeń transgeneracyjnych. Wyniki te potwierdzają brak specyficznego przekazu transgeneracyjnego w zaburzeniach odżywiania się w kontekście relacji [32] czy postaw wobec ciała [33], co jest widoczne w innych analizach. Należy jednak podchodzić ostrożnie do wszelkich wniosków wynikających z braku zależności statystycznych. Brak zależności w grupach klinicznych wynikać może z tego, że na jakość relacji małżeńskiej ma wpływ nie tylko bliskość, ale też rozbieżność między aktualnym a pożądanym stopniem bliskości u mężów i żon [34]. Uzasadnione wydaje się więc przypuszczenie, że relacje małżeńskie w grupach klinicznych może charakteryzować wzajemny dystans, brak bliskości emocjonalnej, co koresponduje z opisami Minuchina, Rosmana i Baker [35] czy Selvini Palazzoli i Viaro [36], którzy charakteryzowali małżeństwa rodzin z pacjentkami z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia jako opierające się na wzajemnej niechęci, niewystarczającym zaangażowaniu oraz jednoczesnym unikaniu konfliktów i utrzymywaniu fasady jedności. Warto tu dodać, że w badanej grupie obraz relacji małżeńskiej rodziców mierzone przy użyciu KOR w przypadku uczennic szkół krakowskich charakteryzowały się silną korelacją w odróżnieniu od obrazów relacji rodziców pacjentek z diagnozą zaburzeń odżywiania się [37, 38].

Brak korelacji między badanymi wymiarami ocen relacji rodzinnych w grupie klinicznej nie oznacza, że nie są one zaburzone. Kobiety z grupy BUL, w odróżnieniu od

żon z grupy NOR, gorzej oceniały ogólne funkcjonowanie męża w relacji małżeńskiej, wypełnianie przez niego zadań, zaangażowanie uczuciowe, spójność jego systemu wartości i reguł postępowania. Żony z grupy ANR w porównaniu z żonami NOR negatywnie oceniały zaangażowanie uczuciowe mężów w relację małżeńską [37]. Kobiety z grupy BUL oceniały też negatywnie zarówno doświadczenia autonomii, jak i intymności w swoich relacjach w rodzinach pochodzenia. Negatywna ocena doświadczenia autonomii w rodzinach pochodzenia była też udziałem ojców pacjentek z grupy BUL [39]. Negatywny w porównaniu z grupą uczennic był również obraz relacji rodzinnych pacjentek bulimicznych [40]. Matki tych pacjentek wywodzą się więc z rodzin, które one same negatywnie oceniają; same z kolei są negatywnie postrzegane przez swoje córki. Podobieństwo między wynikami w grupie z zaburzeniami odżywiania się i depresyjnymi nie pozwala jednak na sugerowanie, iż obserwowane zależności są specyficzne dla zaburzeń odżywiania się. W wypadku rodziców pacjentek z zaburzeniami odżywiania się nie zaobserwowano związku między oceną ich relacji małżeńskich a doświadczeniami transgeneracyjnymi. W grupie bulimii wystąpiły jednak powiązania pomiędzy tym, jak matka oraz ojciec postrzegają swoją relację z córką, a tym, jak postrzegają oni relacje w swojej rodzinie pochodzenia. W grupie anoreksji zaobserwowano zaś powiązania pomiędzy tym, jak matka postrzega swoją relację z córką, a jej doświadczeniami transgeneracyjnymi. Jedno z możliwych wyjaśnień dokonywania oceny relacji z partnerem bez posiłkowania się doświadczeniami transgeneracyjnymi, a korzystanie z nich przy ocenie relacji z córkami, może być takie, że więzi z córkami mają dla matek większe znaczenie, są bardziej intensywne niż relacje z partnerem. Interpretacja ta podobna jest do obserwacji Selvini Palazzoli i Viaro [36], że matki w rodzinach anorektycznych przedkładają relacje z córkami nad bliskość małżeńską. Warto tu jednak zauważyć, że podobne zjawisko powiązania oceny relacji z dzieckiem z oceną własnej historii rodzinnej występowało też w grupie NOR, co wskazuje na brak specyficzności obserwacji.

Opisane badanie posiada szereg słabości metodologicznych, które mogą wpływać na otrzymane wyniki. Skomplikowane zagadnienie opracowywane jest przy użyciu stosunkowo prostej metody statystycznej. W relacjach pomiędzy wspomnieniami z rodzin pochodzenia a oceną bieżących relacji rodzinnych pośredniczyć mogą też zmienne nie objęte niniejszym badaniem, związane z prezentowanymi objawami klinicznymi córek, długością ich okresu chorowania czy ich obrazem siebie. Nie bez znaczenia mogą być bardziej złożone, wielowymiarowe powiązania między wspomnieniami o relacjach w rodzinach pochodzenia a wzajemną oceną relacji rodzinnych. Korelacja nie oznacza związku przyczynowo-skutkowego. Oceny dotyczące przeszłości mogą zarówno wpływać na bieżące relacje, jak i bieżące relacje mogą zmieniać percepcję przeszłości.

W badaniu użyto dwóch grup kontrolnych: rodzin z pacjentkami depresyjnymi oraz rodzin uczennic krakowskich szkół, dobranych według wieku. Celem wyboru dwóch grup kontrolnych była chęć analizy cech przekazu transgeneracyjnego specyficznych dla zaburzeń odżywiania się. Zakładano, że jeśli podobne wyniki otrzymano w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się i depresyjnymi w odróżnieniu od uczennic, to oznaczać będzie to niespecyficzność obserwowanych zależności. Jest to szczególnie ważne w kontekście zaburzeń odżywiania się, w których przekazowi transgeneracyjnemu – jak to przedstawiono we wstępie – przypisuje się znaczącą rolę.

Obie grupy kontrolne użyte w badaniu mają jednak istotne ograniczenia. W grupie uczennic nie były prowadzone badania wykluczające obecność zaburzeń odżywiania się. Nie mogą być więc one uznane za zdrowe, choć rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się w populacji ogólnej jest małe [41]. Podobieństwo między wynikami w grupie zaburzeń odżywiania się i depresyjnych może świadczyć o wspólnych uwarunkowaniach rodzinnych w obu zaburzeniach [42]. Zarzut ten postawić można by każdej z grup kontrolnych z zaburzeniami psychicznymi.

Trzeba także zauważyć, że w prowadzonych analizach praktycznie brak było danych pochodzących od ojców z rodzin niepełnych. W analizach dotyczących relacji matek z córkami brane pod uwagę były wyniki wszystkich matek i córek. W analizach relacji z ojcami uwzględnione zostały dane jedynie z rodzin pełnych. Stąd wszystkie analizy odnosić można jedynie do takich rodzin.

Kolejną istotną wątpliwością dotyczącą prezentowanego materiału jest decyzja o włączeniu osób z grup subklinicznych do odpowiadających im grup klinicznych, choć z drugiej strony wszystkie objęte badaniem osoby jednak wymagały leczenia. Podjęta w tym względzie decyzja zgodna jest z kierunkiem zmian zawartych w piątej edycji klasyfikacji DSM [43].

Wnioski

Uzyskane wyniki pokazały, że w rodzinach uczennic szkół krakowskich występują powiązania pomiędzy pozytywnymi doświadczeniami transgeneracyjnymi rodziców badanych dziewcząt a percepcją satysfakcjonujących i prawidłowych relacji w rodzinie nuklearnej. Szczególnie znaczące okazały się transgeneracyjne doświadczenia ojców z rodzin pełnych. W zbadanych rodzinach stwierdzono istnienie silnych związków między tym, jak ojcowie dziewcząt oceniają relacje ze swoją żoną, a tym, jak postrzegają oni funkcjonowanie swoich rodzin pochodzenia w obszarach bliskości i autonomii. Potwierdzono także występowanie związku między oceną relacji z ojcem nastoletnich uczennic a jego percepcją relacji w rodzinie pochodzenia. Oceny relacji z mężami i z córkami matek uczennic szkół krakowskich powiązane są z percepcją rodzin pochodzenia matek, a także z tym, jak ich mężowie spostrzegają relacje w swoich rodzinach pochodzenia.

W grupach klinicznych zaobserwowano jedynie kilka pokrywających się z obserwacjami z grupy kontrolnej interakcji. Nie okazały się one specyficzne dla zaburzeń odżywiania się. Interesujący w grupie zaburzeń jedzenia jest fakt, że pomimo tego, iż rodzice badanych pacjentek nie wiąжали swoich relacji małżeńskich z doświadczeniami transgeneracyjnymi, to dla ich percepcji swoich relacji z córkami miało znaczenie doświadczenie bliskości i autonomii w ich rodzinach pochodzenia.

Piśmiennictwo

1. Bowen M. *Family therapy in clinical practice*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1978.
2. Amato PR. *Explaining the intergenerational transmission of divorce*. J. Marr. Fam. 1996; 58: 628–640.

3. Conger RD, Cui M, Bryant CM, Elder GH Jr. *Competence in early adult romantic relationships: a developmental perspective on family influences*. J. Pers. Soc. Psychol. 2000; 79: 224–237.
4. Amato PR, Booth A. *The legacy of parents' marital discord: consequences for children's marital quality*. J. Pers. Soc. Psychol. 2001; 81: 627–638.
5. Williamson DS. *The intimacy paradox: authority in the family system*. New York: Guilford Press; 1991.
6. Erikson EH. *Identity: youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
7. Mahler MS. *On the first three subphases of the separation-individuation process*. Int. J. Psychoanal. 1972; 53: 333–338.
8. Skowron EA. *The role of differentiation of self in marital adjustment*. J. Couns. Psychol. 2000; 47: 229–237.
9. Gubbins CA, Perosa LM, Bartle-Haring S. *Relationships between married couples' self-differentiation/individuation and Gottman's model of marital interactions*. Contemp. Fam. Ther. 2010; 32(4): 383–395.
10. Haws AW, Mallinckrodt B. *Separation-individuation from family of origin and marital adjustment of recently married couples*. Am. J. Fam. Ther. 1998; 26: 293–306.
11. Bruch H. *Anorexia nervosa: therapy and theory*. Am. J. Psychiatry 1982; 139(12): 1531–1538.
12. Selvini Palazzoli M. *Self-starvation: from the intrapsychic to transpersonal approach*. London: Chaucer; 1974.
13. Masterson JF. *Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent – an object relations view*. W: Hartocolis P. red. *Borderline personality disorders*. New York: International University Press; 1977. s. 475–494.
14. Weber G, Stierlin H. *In liebe entzweit. Ein systemischer ansatz zum verständnis und zur behandlung der magersuchtfamilie*. Reinbek: Rowohlt Verlag; 1991.
15. Reich G, Cierpka M. *Psychotherapie der eßstörungen: krankheitsmodelle und therapiepraxisstörungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 1997.
16. White M. *Selected papers*. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1989.
17. Gröne M. *Wie lasse ich meine bulimie verhungern? Ein systemischer ansatz zur beschreibung und behandlung de bulimie. Vierte, korrigierte auflage*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2003.
18. Chodorow N. *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press; 1978.
19. Chernin K. *The hungry self: women, eating and identity*. London: Virago; 1986.
20. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. *Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2010; 43(1): 1–5.
21. Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2007.
22. Holmes J. *Attachment, autonomy, intimacy: some clinical implications of attachment theory*. Br. J. Med. Psychol. 1977; 70: 231–248.
23. Hemming ME, Blackmer V, Searight HR. *The Family-of-Origin-Scale: a psychometric review and factor analytic study*. Int. J. Psychol. Stud. 2012; 4(3): 34–42
24. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
25. Hovestadt AJ, Anderson WT, Piercy FP, Cochran SW, Fine M. *A Family-of-Origin-Scale*. J. Mar. Fam. Ther. 1985; 11(3): 287–297.
26. Fajkowska-Stanik M. *Polska adaptacja Skali Rodziny Pochodzenia Hovestadta, Andersona, Piercy'ego, Cochran'a i Fine'a*. Przegl. Psychol. 1999; 3: 51–67.

27. Beauvaleur A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariusza do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 1: 29–40.
28. Cierpka M, Frevort G. *Die Familienbogen*. Göttingen, Hogrefe; 1994
29. Steinhauer PD, Santa Barbara J, Skinner HA. *The process model of family functioning*. Can. J. Psychiatry 1984; 29: 77–88.
30. Ghoroghi S, Hassan SA, Baba M. *Function of family-of-origin experiences and marital adjustment among married Iranian students of Universiti Putra Malaysia*. Int. J. Psychol. Stud. 2012; 4(3): 94, DOI: 105539/ijps.v4n3p94
31. Falcke D, Wagner A, Mosmann CP. *The relationship between family-of-origin and marital adjustment for couples in Brazil*. J. Fam. Psychother. 2008; 19(2): 170–186.
32. Pilecki MW, Józefik B. *Perception of transgenerational family relationships: Comparison of eating-disordered patients and their parents*. Med. Sci. Monit. 2013; 19:1114-1124 DOI: 10.12659/MSM.889432.
33. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *Disordered eating among mothers of Polish patients with eating disorders*. Med. Sci. Monit. 2012; Vol. 18, nr 12, s. CR758-CR764.
34. Harper JM, Elliott ML. *Can there be too much of a good thing? The relationship between desired level of intimacy and marital adjustment*. Am. J. Fam. Ther. 1988, 16(4): 351–360.
35. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
36. Selvini Palazzoli M, Viaro M. *The anorectic process in the family. a six stage model as a guide for individual therapy*. Fam. Proc. 1988; 27(2): 129–148.
37. Józefik B, Pilecki MW, Matusiak F. *Wzajemna ocena relacji małżeńskiej rodziców pacjentek z zaburzeniami odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 809–822.
38. Józefik B. *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999.
39. Józefik B, Pilecki MW. *Perception of autonomy and intimacy in families of origin of parents of patients with eating disorders, of parents of depressed patients and of parents of healthy controls. A transgenerational perspective – Part II*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010, 4: 79–86.
40. Józefik B, Pilecki MW. *Perception of autonomy and intimacy in families of origin of patients with eating disorders with depressed patients and healthy controls. A transgenerational perspective – Part I*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 4: 69–77.
41. Mitchison D, Hay P. *The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors*. Clin. Epidemiol. 2014; 6: 89–97.
42. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 2013; 3: 385–395.
43. Fairburn CG, Cooper Z. *Eating disorders, DSM-5 and clinical reality*. Br. J. Psychiatry 2011; 198: 8–10.

Adres: Maciej Pilecki
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 12.02.2014
Zrecenzowano: 16.03.2014
Otrzymano po poprawie: 20.10.2014
Przyjęto do druku: 20.10.2014