

Powiązania pomiędzy spostrzeganiem funkcjonowania rodziny przez pacjentki z zaburzeniami odżywiania się i ich rodziców a percepcją relacji w rodzinach pochodzenia rodziców

Correlations between the perception of family functioning by patients with eating disorders and their parents and the perception of relations in the parents' families of origin

Maciej W. Pilecki¹, Barbara Józefik², Kinga Sałapa³

¹Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
p.o. Kierownik: dr n. med. M. W. Pilecki

²Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej,
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
Kierownik: dr hab. n. hum. B. Józefik

³Zakład Bioinformatyki i Telemedycyny UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. I. Roterman-Konieczna

Summary

Aim of the study: To assess the correlations between the perception of relations in parents' families of origin and the assessment of the current family by the parents and their daughters suffering from eating disorders.

Studied group: Statistical analyses were applied to the results obtained from 54 patients diagnosed with restrictive anorexia nervosa, from 22 with binge-purge anorexia, from 36 with bulimia and from two control groups: 36 patients diagnosed with depressive disorders and 85 Krakow schoolgirls. The study also covered the parents of the investigated girls.

Method: Family of Origin Scale and Family Assessment Questionnaire (FAM Polish version) were used in the study.

Results: The procreative family assessment made by the mothers was correlated with the assessment of their own generational family and the assessment of own generational family made by their husbands. Procreative family assessment made by the fathers was correlated only with their assessment of their family of origin. Family of origin assessment

Źródła finansowania: grant naukowy z Komitetu Badań Naukowych (nr 6 POSE 09021), badania statutowe Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (numer 501/NKL/269/L), fundusz KNOW UJ CM. Zgoda Komisji Bioetycznej UJ numer: KBET/26/B/2001

made by patients with diagnosed eating disorders, particularly bulimia, was correlated only with the family of origin assessment made by their fathers. The last correlation did not occur in the control groups.

Conclusions: The research shows a correlation between the experience of the families of origin and the current functioning of the family. They show the impact of the fathers' transgenerational experience on the perception of family relations of daughters with diagnosed anorexia and bulimia nervosa.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna, rodzina, przekaz międzypokoleniowy

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, family, transgenerational transmission

Wstęp

Jedno z najciekawszych pytań związanych z kontekstem rodzinnym, zadawanych z perspektywy badawczej i klinicznej, dotyczy powiązań pomiędzy doświadczeniami wyniesionymi z rodziny generacyjnej a funkcjonowaniem w rodzinie prokreacyjnej. Odnosi się ono nie tylko do tego, jak doświadczenia z rodziny generacyjnej kształtują zachowania danej osoby i wyznaczają percepcję zachowań innych, ale też na ile doświadczenia te współtworzą jakość relacji rodzinnych innych członków rodziny.

Transgeneracyjne teorie zakładają, że przekazy międzypokoleniowe wpływają na wzory relacji pomiędzy członkami rodziny, rzutując na funkcjonowanie jej członków, w tym na emocjonalny i społeczny rozwój dzieci oraz na funkcjonowanie rodziny jako całości. Przekazy te dotyczą różnych aspektów relacji: wzorów bliskości, autonomii, delegacji rodzinnych, lojalności i zobowiązań, systemu wartości, sposobu rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z utratami [1–9]. Teorie te są spójne z konstrukcjonistyczno-narracyjną perspektywą rozpatrującą rodzinę jako międzypodmiotową przestrzeń, w której dokonuje się wspólnotowa interpretacja [10, 11]. Członkowie rodziny nieustannie interpretują zachowania swoich bliskich i na tej podstawie definiują z nimi swoje relacje. Sposoby, w jaki spostrzegane i interpretowane są relacje i zachowania bliskich, są często zakorzenione w doświadczeniach międzypokoleniowych.

Istotnym wymiarem wpływającym na to, jak członkowie rodziny spostrzegają aktualne funkcjonowanie rodziny, wydaje się doświadczenie bliskości i autonomii w rodzinie pochodzenia. Systemowe koncepcje Bowena [1], Stierlina [2, 3] i Williamsona [5] podkreślają znaczenie adekwatnej do wieku autonomii i osobistej odpowiedzialności na równi z więzią i bliskością z innymi jako czynnika powiązanego z dobrym funkcjonowaniem jednostki i rodziny jako całości.

Zaburzenia w tych wymiarach wiążą się z występowaniem trudności, objawów psychopatologicznych i zaburzeń emocjonalnych. Potwierdzają to badania empiryczne odwołujące się do modeli transgeneracyjnych, szczególnie do koncepcji Bowena. Lepsze zróżnicowanie Ja jest powiązane z niższym poziomem przewlekłego lęku i lepszym psychologicznym dostosowaniem, mniejszą ilością skarg somatycznych [12, 13], niższymi wskaźnikami przemocy w bliskich relacjach [14] oraz większą umiejętnością samoregulacji afektu [15]. Badania pokazują także, że poziom zróżnicowania Ja jest połączony z lepszym przystosowaniem do małżeństwa czy zadowoleniem z relacji

z bliskimi [16] oraz typem więzi w życiu dorosłym [17]. Także wyniki, jakie otrzymali Sabatelli i Bartle-Haring [9], dotyczące przystosowania do życia w małżeństwie potwierdzają, iż doświadczenia z rodziny pochodzenia partnerów mają znaczący wpływ na funkcjonowanie małżeństwa, przy czym, co warto podkreślić, większy wpływ na relację małżeńską mają doświadczenia kobiet niż mężczyzn. Przedstawione wyniki badań sugerują, iż osiągnięcie autonomii zależne od doświadczeń z rodziny pochodzenia jest czynnikiem wpływającym na lepsze funkcjonowanie psychospołeczne i lepsze funkcjonowanie w relacjach. Odwrotnie – niski poziom autonomii stanowi czynnik ryzyka dla rozwoju zaburzeń emocjonalnych i gorszego funkcjonowania w relacjach [18].

W literaturze przedmiotu spotkać się także można z doniesieniami dowodzącymi wpływu wczesnodziecięcych doświadczeń matek oraz ojców na ich relacje z własnymi dziećmi. Badania w tym względzie dotyczą szczególnie zagadnień związanych z zachowaniami problemowymi [19, 20, 21], jak i wpływu pozytywnego [22, 23, 24].

Doświadczenia transgeneracyjne oraz problematyka autonomii i bliskości wydają się mieć istotne znaczenie także w zaburzeniach odżywiania się. Wskazują na to modele kliniczne podkreślające trudności w doświadczaniu autonomii oraz bliskości w rodzinach pochodzenia rodziców pacjentek [25–28], a także rodzinach pochodzenia pacjentek [25, 26, 29, 30]. Badania empiryczne częściowo potwierdzają problemy z osiągnięciem autonomii [31–42].

Opisywane zjawiska są złożone ze względu na cyrkularność zachodzących procesów. Dla uproszczenia analizy wyodrębnić można dwie płaszczyzny rozważań: perspektywę dorosłych członków rodziny i perspektywę dzieci. Ta pierwsza obejmuje percepcję relacji małżeńskiej i rodzicielskiej, percepcję relacji z własnymi rodzicami i z własnymi dziećmi oraz ocenę funkcjonowania rodziny jako całości. Druga dotyczy sposobu, w jaki dzieci spostrzegają rodziców i rodzinę jako całość.

Cel

Celem niniejszego badania była próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy istnieje powiązania pomiędzy tym, jak rodzice pacjentek spostrzegają relacje rodzinne w zakresie doświadczania bliskości i autonomii w swoich rodzinach pochodzenia oraz rodzinie prokreacyjnej, a tym, jak ich córki spostrzegają rodzinę, w której żyją.

Postawiono szereg szczegółowych pytań:

1. Czy percepcja doświadczenia autonomii i bliskości w rodzinach pochodzenia małżonków będących rodzicami pacjentek z diagnozą zaburzeń odżywiania się jest powiązana, a jeżeli tak, to w jaki sposób z tym, jak spostrzegają oni funkcjonowanie własnej rodziny prokreacyjnej?
2. Czy percepcja doświadczenia autonomii i bliskości w rodzinach pochodzenia rodziców jest powiązana, a jeżeli tak, to w jaki sposób z tym, jak córki z diagnozą zaburzeń odżywiania się spostrzegają funkcjonowanie rodziny, w której się wychowują?

Material

W analizach statystycznych będących podstawą niniejszej publikacji użyto danych 54 pacjentek z rozpoznaniem wg DSM-IV [43] anoreksji restrykcyjnej (ANR), 22 z rozpoznaniem anoreksji żarłoczno-wydalającej (ANBP), 36 z rozpoznaniem bulimii (BUL) konsultowanych po raz pierwszy w poradni przyklinicznej Oddziału 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 [43] oraz 85 uczennic szkół krakowskich (NOR).

Badaniem objęci byli również rodzice pacjentek. W analizach posłużono się danymi 107 matek oraz 76 ojców (ANRmatki, $n = 54$; ANPBmatki, $n = 22$; BULmatki, $n = 31$; ANRojcowie, $n = 38$; ANBPojcowie, $n = 15$; BULojcowie, $n = 23$). Dane 36 matek oraz 24 ojców dziewcząt z grupy depresyjnej oraz 80 matek i 77 ojców uczennic szkół krakowskich 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 zwrot w trakcie następnej wizyty. Dodatkowo przeprowadzany był ustrukturyzowany wywiad kliniczny do pozyskania danych demograficznych, rozwojowych, rodzinnych i środowiskowych. Zebrano również dane dotyczące charakteru prezentowanych objawów zgodne z definicjami i kryteriami Eating Disorder Examination [44, 45]. Konsultacja w klinice odbywała się na podstawie skierowania lekarskiego od psychologa, ze szkoły, bądź była umawiana przez rodziców. Osoby upośledzone, 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 bulimiczne. 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.

Metoda

Do zbadania autonomii i bliskości w rodzinie pacjentki i w rodzinie pochodzenia jej rodziców zastosowano Skalę Rodziny Pochodzenia (SRP; Family-of-Origin Scale). Narzędzie autorstwa Hovestadta, Andersona, Piercy'ego, Cochran i Fine'a odwołuje się do międzypokoleniowych modeli rodzinnych relacji [46]. Skala opiera się na dwóch przenikających się pojęciach warunkujących zdrowe funkcjonowanie rodziny – autonomii i bliskości w relacjach. Autonomia rozumiana jest jako proces, w ramach którego jednostka modyfikuje swoje dziecięce relacje z rodzicami na rzecz niezależności i określenia własnej tożsamości, zaś bliskość wyraża możliwość podtrzymywania więzów z rodzicami opartych na zaufaniu i wzajemnym poszanowaniu granic.

Skala Autonomii (AUTON) zdefiniowana jest przez 5 podskal:

- jasność ekspresji – bada, czy uczucia, zachowania jednostki są zrozumiałe dla pozostałych członków rodziny,
- odpowiedzialność – bada, w jakim stopniu członkowie biorą odpowiedzialność za swoje postępowanie,
- szacunek dla innych – bada, czy uwzględniane jest zdanie każdego członka w rodzinie,
- otwartość na innych – bada, w jakim stopniu członkowie rodziny zachowują się w sposób otwarty i bezpośredni,
- akceptacja separacji i utrat – bada, jak rodzina radzi sobie z problematyką utrat.

Skala Bliskości (BLISK) jest także badana przy użyciu 5 podskal, którymi są:

- zakres uczuć – bada, czy członkowie rodziny dysponują dużą gamą wyrażanych uczuć,
- nastrój i ton – bada, czy w rodzinie panuje przyjazna i pozytywna atmosfera,
- rozwiązywanie problemów – bada, czy codzienne problemy są rozwiązywane bez nadmiaru stresu,
- empatia – bada, w jakim stopniu członkowie rodziny są wrażliwi na sprawy innych,
- zaufanie – bada, w jakim stopniu w rodzinie panuje przekonanie o tym, że inni ludzie są godni zaufania.

Im wyższy wynik w skalach, tym większa autonomia i bliskość.

Narzędzie objęte było procedurą standaryzacyjną w warunkach polskich przez Fajkowską-Stanik [47]. Uzyskane w badaniach polskich wartości średnie dla poszczególnych skal były zbliżone do wyników uzyskanych przez autorów skali. SRP uzyskała także wysokie wskaźniki trafności ($W=0,88$; współczynnik alfa Cronbacha $=0,82$) i rzetelności (wzór Spearmana-Browna $0,92$; współczynnik Guttmana $0,92$).

Skala była wypełniana przez pacjentki i ich rodziców.

W badaniach zastosowano także Kwestionariusze Oceny Rodziny (KOR) będące adaptacją do polskich warunków [48] niemieckiej wersji kwestionariusza Family Assessment Measure – III (FAM III) autorstwa Steinhauera, Santa Barbary i Skinnera [49]. KOR jest konceptualizacją Modelu Procesu Funkcjonowania Rodzin [50], który zakłada, że podstawową funkcją systemu rodzinnego jest stworzenie warunków dla rozwoju jej członków. Rozwój ten, zachodzący na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej i społecznej, uwzględnia zadania wynikające z cyklu życia rodziny, jak i nieprzewidywalnych wydarzeń życiowych. Koncepcja ta podkreśla dynamiczne interakcje zachodzące pomiędzy różnymi wymiarami funkcjonowania rodziny. Model ten stanowi rozwinięcie Modelu Funkcjonowania Rodziny McMastera przez Epsteina i wsp. [50].

Niemiecka wersja FAM III, określona jako Familienbogen, objęta była procedurą adaptacyjną i standaryzacyjną na język angielski przez Cierpkę i Frevert [51]. Ze względu na bliskość kontekstu kulturowego uznano, iż wersja niemiecka FAM III stanowić będzie lepszą niż angielska podstawę do polskiej procedury adaptacyjnej i standaryzacyjnej.

Kwestionariusze KOR są narzędziami pozwalającymi na wielostronny opis systemu rodzinnego, gdyż ujmują relacje rodzinne w trzech perspektywach: diadycznej, oceny całościowej rodziny, oceny swojego miejsca w rodzinie.

Kwestionariusze KOR odnoszące się do omówionych powyżej wymiarów funkcjonowania rodziny tworzą siedem następujących skal: Wypełnianie zadań (WZ), Pełnienie ról (PR), Komunikacja (KOM), Emocjonalność (E), Zaangażowanie uczuciowe (ZU), Kontrola (K), Wartości i normy (WN).

Kwestionariusz zawiera także trzy dodatkowe skale: Oczekiwań społecznych (OS), Obrony (OB) i skalę Ogólną (OGÓL). Dwie pierwsze badają gotowość do spełniania oczekiwań społecznych oraz tendencję do przedstawiania lepszego wizerunku.

Jak wspomniano, kwestionariusze KOR objęte były w Polsce procedurą standaryzacyjną [48]. Uzyskane rezultaty w postaci współczynników alfa Cronbacha były zbieżne z angielską i niemiecką wersją i mieściły się powyżej wartości $\alpha = 0,50$ dla poszczególnych skal. W wyniku procedury standaryzacyjnej oprócz skal oryginalnych wprowadzono dodatkowo dwie skale czynnikowe: Twierdzenia pozytywne (POZ) i Twierdzenia negatywne (NEG), które stanowią ogólną sumę pozytywnych i negatywnych ocen sformułowanych przez osobę badaną. W badaniu posłużono się skalami oceny rodziny jako całości. Analizy Twierdzeń pozytywnych i Twierdzeń negatywnych nie były prowadzone z uwagi na jedynie pomocniczy i lokalny charakter skal.

Niższy wynik oznacza bardziej pozytywną ocenę we wszystkich skalach – z wyjątkiem skal OS i OB, gdzie zależność jest odwrotna.

Wyniki

Średni wiek pacjentek z grupy ANR wyniósł 16,44 roku (SD = 1,57), ANBP – 16,91 roku (SD = 1,31), BUL – 17,47 roku (SD = 1,03), DEP – 16,78 roku (SD = 1,69), KON – 16,99 roku (SD = 1,55). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych różnic między wiekiem dziewcząt w badanych grupach ($p = 0,056$). Sytuację rodzinną badanych prezentuje tabela 1.

Tabela 1. **Struktury rodzin w grupach badawczych**

Struktura rodziny/Diagnoza		NOR	ANR	ANBP	BUL	DEP
Rodzina pełna	Liczebność	70	45	18	25	26
	Procent (%)	89,7%	83,3%	85,7%	69,4%	72,2%
Rodzina z jednym rodzicem	Liczebność	4	9	2	10	9
	Procent (%)	5,1%	16,7%	9,5%	27,8%	25%
Rodzina uzupełniona	Liczebność	4	0	1	1	1
	Procent (%)	5,1%	0,0%	4,8%	2,8%	2,8%

Z rodzin niepełnych jedynie jeden ojciec z grupy ANR i trzech z grupy BUL oddali kwestionariusze oceniające rodzinę. W pozostałych grupach żaden z ojców z rodzin niepełnych nie oddał uzupełnionych kwestionariuszy.

Średni czas choroby (w miesiącach) wyniósł w ANR 12,06 ($\pm 8,65$), w ANBP 17,91 ($\pm 14,25$), w BUL 14,64 ($\pm 9,27$) w DEP 11,76 ($\pm 10,9$). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych różnic między czasem chorowania dziewcząt w badanych grupach

($p = 0,090$). BMI wyniosło w ANR $15,44 (\pm 1,84)$ kg/m², w ANBP $16,14 (\pm 1,69)$ kg/m², w BUL $19,59 (\pm 1,67)$ kg/m², w DEP $19,80 (\pm 2,52)$ kg/m². Przeprowadzone testy post-hoc nie wykazały istotnych różnic między ANR i ANBP w kontekście BMI ($p = 0,129$; test t-Studenta dla zmiennych niezależnych). Obiektywne epizody objadania się w ANBP występowały w miesiącu przed badaniem $32,63 (\pm 39,5)$ raza, w BUL $43,7 (\pm 37,74)$ raza, wymioty w ANBP $48,05 (\pm 49,51)$ raza, w BUL $59,44 (\pm 48,56)$ raza. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic między grupami ANBP a BUL w kontekście opisanych objawów bulimicznych (epizody objadania: $p = 0,201$, wymioty: $p = 0,289$; test Kruskala-Wallis). Trzy pacjentki z grupy ANR stosowały środki farmakologiczne w celu kontroli wagi. U 6 dziewcząt z grupy ANBP i 11 z grupy BUL zaobserwowano kompensacyjne stosowanie środków farmakologicznych bądź przeczyszczających. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic między grupami ANBP a BUL w tym aspekcie ($p = 0,391$; test Chi²). Dwanaście pacjentek z grupy ANR uprawiało ćwiczenia fizyczne w celu schudnięcia. Jedenaście pacjentek z grupy ANBP i 5 z grupy BUL uprawiało ćwiczenia fizyczne jako zachowania kompensacyjne. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic między grupami ANBP a BUL w tym aspekcie ($p = 0,015$; test Chi²). Czterdzieści sześć pacjentek z grupy ANR stosowało posty w celu schudnięcia. Poszczenie jako zachowanie kompensacyjne obserwowane było u 16 pacjentek z grupy ANBP oraz 11 z grupy BUL; wykazano tu istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupą ANBP i BUL ($p = 0,010$; test Chi²).

Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie kontrolnej

Badanie korelacji pomiędzy wynikami skali SRP a KOR w grupie obejmującej uczennice oraz ich matki i ojców (tab. 2¹) ujawniło dwie znaczące zależności. Pierwsza prezentowana w tabeli 2 wartość to R, a druga to p. Okazało się, że sposób, w jaki matka ocenia funkcjonowanie rodziny prokreacyjnej, skorelowany jest zarówno z jej doświadczeniami z rodziny pochodzenia, jak i doświadczeniami jej męża z rodziny pochodzenia, podczas gdy ocena męża dotycząca funkcjonowania rodziny prokreacyjnej skorelowana jest jedynie z doświadczeniami z jego rodziny pochodzenia. Nie wystąpiły żadne korelacje pomiędzy tym, jak córki oceniały rodzinę, w której się wychowywały, a międzypokoleniowymi doświadczeniami rodziców.

Tabela 2. **Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie kontrolnej**

SRP \ KOR	Rodzina w ocenie matki				Rodzina w ocenie ojca				Rodzina w ocenie córki			
	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo
WZ	-0,341 0,003	-0,331 0,004	-0,435* 0,000	-0,391* 0,001			-0,303 0,010	-0,332 0,005				

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

¹ W tabelach uwzględniono jedynie te interakcje, które okazały się istotne statystycznie.

PR	-0,358 0,002	-0,357 0,002	-0,373 0,001	-0,387 0,001			-0,437 0,000	-0,484 0,000				
KOM	-0,261 0,025	-0,270 0,020	-0,323 0,006	-0,336 0,004			-0,414 0,000	-0,465 0,000				
E	-0,313 0,007	-0,271 0,020	-0,371 0,001	-0,327 0,005			-0,264 0,026	-0,290 0,014				
ZU	-0,264 0,023	-0,242 0,038	-0,395 0,001	-0,449 0,000			-0,385 0,001	-0,490 0,000				
K	-0,273 0,019	-0,271 0,019	-0,336 0,004	-0,385 0,001			-0,354 0,002	-0,384 0,001				
WN			-0,234 0,048	-0,250 0,034								
OS	0,254 0,029	0,273 0,019	0,316 0,007	0,301 0,010			0,419* 0,000	0,459* 0,000				
OB	0,384 0,001	0,428 0,000	0,343* 0,003	0,232* 0,049			0,287* 0,015	0,308 0,009				
OGÓL	-0,374 0,001	-0,369 0,001	-0,487 0,000	-0,496 0,000			-0,447* 0,000	-0,520* 0,000				

* Współczynnik Pearsona (pozostałe – wsp. Spearmana), pusta kratka oznacza brak istotnych statystycznie zależności.

Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie ANR

W grupie matek dziewcząt z anoreksją restrykcyjną stwierdzono zależności zbliżone do tych zaobserwowanych w grupie matek uczennic, chociaż wystąpiła mniejsza ilość korelacji. Sposób, w jaki matki spostrzegały funkcjonowanie rodziny prokreacyjnej, skorelowany był z tym, jak matka, a także ojciec, oceniają swoje rodziny pochodzenia. Warto jednocześnie zauważyć, iż korelacje dotyczyły głównie doświadczania bliskości w rodzinie pochodzenia ojca.

Jeżeli chodzi o ocenę ojca dotyczącą funkcjonowania rodziny prokreacyjnej, analogicznie do grupy ojców uczennic była ona jedynie skorelowana z doświadczeniami z jego rodziny pochodzenia.

Ocena funkcjonowania rodziny dokonana przez pacjentki z rozpoznaniem anoreksji ujawniła kilka korelacji z wynikami ojców w SRP. Nie stwierdzono korelacji pomiędzy tym, jak pacjentki oceniały rodzinę, w której się wychowywały, a międzypokoleniowymi doświadczeniami matek.

Tabela 3. Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej

SRP KOR	Rodzina w ocenie matki				Rodzina w ocenie ojca				Rodzina w ocenie córki			
	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo
WZ	-0,281* 0,042	-0,319* 0,021	-0,366* 0,024	-0,515 0,001			-0,391* 0,017					
PR		-0,294* 0,036					-0,428 0,008	-0,483 0,002				
KOM	-0,369* 0,007	-0,378* 0,006									-0,363* 0,025	-0,345 0,034
E	-0,430* 0,010	-0,356 0,010		-0,343 0,035			-0,407* 0,012					
ZU	-0,497 0,000	-0,457 0,001		-0,432 0,008								
K				-0,341 0,036				-0,391 0,017			-0,411 0,012	
WN				-0,428 0,009								
OS	0,504* 0,000	0,599* 0,000		0,350 0,034			0,360* 0,029					
OB	0,302* 0,035	0,415* 0,003		0,361 0,033	0,366* 0,026	0,334* 0,046	0,331* 0,049	0,333 0,047				0,324 0,016
OGÓL	-0,409* 0,004	-0,408* 0,004	-0,335* 0,049	-0,501 0,002			-0,442* 0,007	-0,416 0,012				

*Współczynnik Pearsona (pozostałe – wsp. Spearmana), pusta kratka oznacza brak istotnych statystycznie zależności.

Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie ANBP

W grupie dziewcząt z diagnozą anoreksji żarłoczno-przecyzująca i ich rodziców stwierdzono mniej korelacji niż w grupie anoreksji restrykcyjnej. Ich charakter, z jednym wyjątkiem emocjonalności w ocenie pacjentki, okazał się podobny do wcześniej obserwowanych zależności. W przypadku Emocjonalności była ona powiązana z percepcją doświadczenia emocjonalności w ocenie matki.

Tabela 4. Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie dziewcząt z diagnozą anoreksji żarłoczno-przeczystczającej

SRP KOR	Rodzina w ocenie matki				Rodzina w ocenie ojca				Rodzina w ocenie córki			
	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKO	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKO	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKO
WZ												-0,533* 0,041
PR								-0,603 0,022				
KOM	-0,449* 0,047	-0,450* 0,046										
E	-0,511* 0,021						-0,665* 0,013	-0,656* 0,015	-0,465 0,029			
ZU		-0,469* 0,037			-0,617 0,019	-0,688 0,007	-0,740 0,002					
K	-0,458* 0,042											
OGÓL	-0,479* 0,044											

*Współczynnik Pearsona (pozostałe – wsp. Spearmana), pusta kratka oznacza brak istotnych statystycznie zależności.

Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie BUL

W grupie pacjentek z bulimią i ich rodziców ocena funkcjonowania rodziny prokreacyjnej dokonana przez matkę skorelowana była z doświadczeniami męża z jego rodziny pochodzenia w znacznie większym stopniu (10 korelacji) niż z jej doświadczeniami z jej rodziny pochodzenia (4 korelacje).

Biorąc pod uwagę ocenę ojca dotyczącą funkcjonowania rodziny prokreacyjnej, to analogicznie jak w poprzednich grupach była ona jedynie skorelowana z doświadczeniami z jego rodziny pochodzenia.

Ocena funkcjonowania rodziny dokonana przez pacjentki z rozpoznaniem bulimii ujawniła korelacje z doświadczeniami ojców w wymiarze autonomii (7 korelacji). Podobnie jak w poprzednich grupach nie stwierdzono korelacji pomiędzy tym, jak pacjentki oceniały rodzinę, w której się wychowywały, a międzypokoleniowymi doświadczeniami matek.

Tabela 5. Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie dziewcząt z diagnozą bulimii

SRP KOR	Rodzina w ocenie matki				Rodzina w ocenie ojca				Rodzina w ocenie córki			
	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKO	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKO	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKO
WZ			-0,510*				-0,456*	-0,508*			-0,449*	
			0,037				0,029	0,013			0,041	
PR	-0,587*	-0,524*	-0,699*	-0,654*			-0,437*	-0,505*			-0,594*	
	0,001	0,004	0,002	0,004			0,042	0,016			0,005	
KOM			-0,605*	-0,549*			-0,640*	-0,620*				
			0,010	0,022			0,006	0,002				
E								-0,441*			-0,482	
								0,035			0,027	
ZU			-0,514								-0,514*	
			0,035								0,017	
K	-0,472*	-0,526*						-0,496*			-0,514*	
	0,011	0,004						0,026			0,020	
WN							-0,489*	-0,604*				
							0,025	0,004				
OS			0,573*	0,499*				0,429*			0,526	
			0,020	0,049				0,041			0,014	
OB												
OGÓL			-0,685*	-0,580*			-0,546*	-0,621*			-0,471*	
			0,003	0,019			0,013	0,003			0,042	

*Współczynnik Pearsona (pozostałe – wsp. Spearmana), pusta kratka oznacza brak istotnych statystycznie zależności.

Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie DEP

W grupie pacjentek z depresją i ich rodziców ocena funkcjonowania rodziny prokreacyjnej dokonana przez matkę skorelowana była z doświadczeniami męża z jego rodziny pochodzenia w jednej skali i doświadczeniami matek w dwóch skalach KOR.

Tabela 6. Korelacja między skalami SRP i KOR w grupie dziewcząt z diagnozą depresji

		Rodzina w ocenie matki				Rodzina w ocenie ojca				Rodzina w ocenie córki			
SRP KOR		AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo	AUTONm	BLISKm	AUTONo	BLISKo
	PR		-0,525* 0,001	-0,616 0,000						-0,426 0,043			
OB		0,341 0,045											

*Współczynnik Pearsona (pozostałe – wsp. Spearmana), pusta kratka oznacza brak istotnych statystycznie zależności.

Dyskusja

Celem badania była ocena powiązań pomiędzy postrzeganiem doświadczenia bliskości i autonomii w rodzinach pochodzenia rodziców pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się a oceną bieżącej sytuacji rodzinnej. W badaniu użyto dwóch grup kontrolnych: uczennic szkół krakowskich oraz dziewcząt leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych.

Porównując otrzymane wyniki, należy zwrócić uwagę na powtarzający się schemat (z jednym wyjątkiem dla skali Obrona w ocenie ojca w grupie ANR), w którym u ojców ocena funkcjonowania rodziny prokreacyjnej pozostaje w związku z ich doświadczeniami transgeneracyjnymi, a w przypadku matek – zarówno z ich własnymi doświadczeniami, jak i doświadczeniami ich partnerów. Skala Obrona jest skalą kontrolną bezpośrednio związaną z obronną postawą do badania [48], stąd trudno interpretować charakter tej jedynej uzyskanej w grupie ojców zależności.

Uzyskane wyniki pokazują, że percepcja kobiet dotycząca badanego obszaru jest współkonstruowana z uwzględnieniem doświadczenia partnerów, otwarta na przyjęcie innej niż własna perspektywy. Wskazywałoby to na kobiety jako na „specjalistki od relacji” (relationship specialist) w konstruowaniu relacji małżeńskiej [52]. Wyniki otrzymane przez ojców, odmiennie niż w przypadku ich żon, świadczyć mogą przede wszystkim o ich trudnościach w dystansowaniu się od własnej historii rodzinnej, modyfikacji przeżywania na podstawie doświadczenia partnerki. Otrzymane rezultaty zbliżone są do wyników badania Soudabeh Ghoroghi i wsp. [53] wykorzystujących to samo narzędzie FOS, w którym autonomia i bliskość w rodzinie pochodzenia były najlepszymi predyktorami dostosowania do relacji małżeńskiej studentów irańskich. Dodatkowo w cytowanym badaniu męska percepcja adaptacji do życia w małżeństwie była pod większym wpływem doświadczeń z rodzin pochodzenia niż w przypadku kobiet (37,7 % wariacji w przypadku mężczyzn w porównaniu z 17,9% w przypadku kobiet). W badaniu Bartle [54], oceniającym czynniki wpływające na zaufanie w parze, w przypadku mężczyzny zaufanie do partnerki było najlepiej wyjaśniane przez emocjo-

nalną reaktywność w relacji z jego rodzicami – w opozycji do wyników otrzymanych przez kobiety. Również w badaniu Donato i wsp. [55] nad radzeniem sobie w relacjach diadycznych obejmujących 153 pary przedmałżeńskie i ich rodziców okazało się, że córki są bardziej podobne do swoich partnerów niż do swoich rodziców w sposobie, w jaki angażują się w radzenie sobie w relacjach diadycznych, a synowie są równie podobni do swoich partnerek, jak i do swoich rodziców.

Najciekawsza różnica, jaka pojawiła się między badanymi przez nas grupami, dotyczyła powiązań percepcji córek. Najwyraźniej zależność ta była obserwowana w grupie pacjentek z rozpoznaniem bulimii psychicznej, gdzie sześć skal oraz skala zbiorcza korelowały z doświadczeniami autonomii ojców w rodzinie pochodzenia, chociaż była ona obserwowana w całej grupie zaburzeń odżywiania się, a nie występowała w grupach kontrolnych. Większość autorów klasycznych koncepcji psychoanalitycznych i psychodynamicznych poszukuje źródeł anoreksji i bulimii psychicznej w zaburzonej relacji w diadzie matka–dziecko. Jeśli pojawia się w tym kontekście ojciec, to jako zakazany owoc edypalnych pragnień lub sprawca psychicznego i fizycznego nadużycia [56]. Również w konceptualizacjach systemowych w etiologii zaburzeń odżywiania się zwykle dużo miejsca poświęcane jest relacji z matką, przyjmując, iż sposób, w jaki matka spostrzega ważne wymiary funkcjonowania swojej rodziny pochodzenia, będzie miał istotne znaczenie dla córek w procesie międzypokoleniowej transmisji wzorców. Te z kolei wpływać mają na rozwój psychopatologii odżywiania się. W literaturze przedmiotu pojawiają się też doniesienia podkreślające znaczenie ojców w tym procesie. Ojcowie pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się opisywani są jako z jednej strony mniej czuli, ale też bardziej kontrolujący. Brak jest w tym względzie istotnych różnic między poszczególnymi rozpoznaniem, choć nie bez znaczenia może być tutaj nie tylko bieżąca diagnoza, ale też przebieg chorowania [57–62]. Analiza uzyskanych przez nas wyników wskazuje na to, iż w zaburzeniach odżywiania się, w tym zwłaszcza w bulimii, ocena relacji rodzinnych córek i ojców jest zależna od doświadczeń transgeneracyjnych ojców i nie jest modyfikowana przez doświadczenia matki. Tak jakby narracja ojców o własnej przeszłości była w diadzie ojciec–dziecko narracją dominującą. Warto dodać, że zarówno ojcowie, jak i matki córek z problemem bulimii oceniali negatywnie doświadczenia autonomii i intymności w swoich relacjach w rodzinach pochodzenia [41, 63]. Podobnie negatywna była ocena relacji rodzinnych ich córek [63, 64]. Odnosząc się do klasycznych koncepcji rodzin z problemem bulimii, oznaczać mogłoby to nie tyle brak współbrzmienia emocjonalnego, ile specyficzne współbrzmienie emocjonalne, w którym córki doświadczają w cyklu życia rodziny tego samego deficytu, który był udziałem ich ojców [65].

Obserwowana w niniejszym badaniu zależność, choć najbardziej wyraźna w bulimii, charakteryzowała również dziewczęta z diagnozą anoreksji restrykcyjnej oraz (w jednej korelacji) anoreksji żarłoczno-przechytlawej. W badaniu przy użyciu odmiennej metodologii badawczej, na tej samej jednak populacji klinicznej, obserwowano zbliżoną zależność również wśród zdrowych uczennic [66]. Podobna zależność pomiędzy wynikami ojców i córek, choć pojawiająca się również w anoreksji psychicznej [62], opisywana jest też przez innych autorów w kontekście innej psychopatologii

czy wśród osób zdrowych [67]. Otwarte pozostaje więc pytanie, na ile zależność ta stanowi prawidłowość dotyczącą rozwoju córek w ogóle, na ile zaś powiązana jest specyficznie z występowaniem zaburzeń odżywiania się.

Zagadnienia trójpokoleniowej transgeneracyjnej transmisji rodzinnej jako czynnika ryzyka w zaburzeniach odżywiania się nie są często przedmiotem analiz naukowych. Potwierdzają one znaczenie przekazu w stopniu jednak szerszym niż obserwowany w niniejszym badaniu. W badaniu Canetti i wsp. [62] ocena nasilenia objawów zaburzeń odżywiania się dokonana przez pacjentki z rozpoznaniem anoreksji powiązana była z postawami zarówno ich dziadków ze strony ojca, jak i babć po obu stronach. W badaniu Moonga i wsp. [68] wykształcenie babć macierzystych korelowało z większym ryzykiem hospitalizacji psychiatrycznej w przebiegu anoreksji.

Warto tu również zwrócić uwagę na istotne różnice w strukturze rodzin, które badaliśmy. Wszystkie badane grupy kliniczne, zwłaszcza grupa bulimii, charakteryzowały się dużym odsetkiem rodzin niepełnych. Między grupami występowały też znaczące różnice w ilości oddanych kwestionariuszy. Były one jednak oddawane – jak wynika z przedstawionych w opisie grupy badawczej analiz krzyżowych – głównie przez ojców z rodzin pełnych. Powoduje to pewną dysproporcję w analizach. W niniejszym doniesieniu analizie poddane zostały dane wszystkich matek i córek oraz ojców głównie z rodzin pełnych. Związek transgeneracyjnych doświadczeń ojca z percepcją obecnych relacji rodzinnych przez córkę wystąpił jednak zarówno w rodzinach z problemem anoreksji restrykcyjnej, jak i bulimii psychicznej w znaczącym stopniu różniącymi się procentem rodzin pełnych.

Otrzymane wyniki wskazywać mogą na znaczenie analizy relacji z rodzicami czy rodziców z ich rodzicami zarówno w procesie terapii rodzinnej, małżeńskiej, jak i indywidualnej. Aktualnie zachodzące relacje i bieżące funkcjonowanie rodziny są nasycone znaczeniami zakorzenionymi w doświadczeniach z rodzin generacyjnych. Otrzymane wyniki są empiryczną poszlaką na słuszność teorii wskazujących na transgeneracyjny wymiar relacji rodzinnych [1–11].

Pojawia się też pytanie o czynniki pośredniczące pomiędzy historią relacji z rodziny pochodzenia rodziców a oceną bieżących relacji dziecka. Każda z wielkich konceptualizacji rozwojowych zakłada wpływ zdarzeń z przeszłości na kształt obecnych relacji. Doświadczenia relacji z rodzicami kształtują świat wewnętrzny dziecka, stając się osnową jego struktur intrapsychicznych, takich jak ego i superego w koncepcji strukturalnej, self-obiekt i obiekt w psychologii self czy wewnętrzny model roboczy w teorii przywiązania. Rzutowane na zewnątrz wywierają z kolei wpływ na kształtowanie ważnych relacji życiowych [56]. Nie oznacza to jedynie, że przeszłe relacje kształtują te obecne. Oznacza to również, że narracja o przeszłości powiązana jest z narracją o teraźniejszości, bez rozstrzygnięcia o obiektywności tych wspomnień. Charakter zastosowanych analiz statystycznych nie pozwala na wyciąganie jednoznacznych wniosków co do kierunku obserwowanej zależności. Ich ocena możliwa by była jedynie w badaniu prospektywnym.

Warto w tym miejscu zastanowić się, co w istocie badamy, zadając pytania o doświadczenia rodzinne: obiektywny obraz czy raczej stan emocji odpowiadający obecnemu etapowi życia? Praktyka psychoterapeutyczna sugerowałaby dynamiczny

i zmienny charakter takich obserwacji, w którym każdy etap życia konfrontuje nas z koniecznością redefinicji nie tylko obecnych relacji, ale i relacji z przeszłości. Zwłaszcza okres adolescencji, w którym znajdowały się badane dziewczęta, jest czasem, kiedy nie tylko istotne aspekty świata wewnętrznego, ale też relacje z rodzicami ulegają przewartościowaniu i zmianie [69, 70]. Podobny modyfikujący wpływ w przypadku rodziców może mieć też choroba dziecka [71].

Przeprowadzone badanie skłania do zadania wielu kolejnych pytań. Niniejsza analiza obejmowała jedynie zależności korelacyjne. Pojawia się pytanie o bardziej złożone relacje, w których zbadana zostałaby interakcja kilku zmiennych, takich jak percepcja relacji z rodzicami, własnych ocen bieżącej relacji rodzinnej i ocen partnera. Percepcja swojej relacji małżeńskiej i rodzicielskiej może być zależna zarówno od własnych doświadczeń z rodzicami, pozycji w rodzinie pochodzenia, jak i od doświadczeń partnera [72, 73]. Analizie podlegać może nie tylko ocena rodziny jako całości, ale też wzajemnych relacji diadycznych.

Istotnym ograniczeniem niniejszego badania jest też to, że nie traktowaliśmy pary jako przedmiotu analizy. Może być bowiem trudno ocenić, na ile doświadczenia z rodziny pochodzenia wpływają na satysfakcję w relacjach, nie biorąc jednocześnie pod uwagę tego, jak zależność ta wygląda u partnera [9]. Dalszych badań wymaga również związek otrzymanych wyników ze strukturą rodziny. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania się raportują różnorodne trudności w relacjach z rodzicami i trudności samych rodziców. W przypadku pacjentek bulimicznych złej ocenie relacji rodzinnych towarzyszy często wspomnienie realnej traumy w relacji z ojcem [74].

Poza poszczeniem, stosowanym jako zachowanie kompensacyjne, między anoreksją żarłoczno-przeczystczającą a bulimią brak było istotnych różnic w czasie chorowania czy charakterze i nasileniu objawów. Ocena relacji rodzinnych w poszczególnych grupach może podlegać jednak wpływowi powyższych czynników czy też np. skuteczności leczenia [62, 75]. Na wyniki testów mogą mieć też wpływ objawy depresyjne [76]. Wiarygodność wyników pacjentek z diagnozą zaburzeń odżywiania się, w tym zwłaszcza anoreksji restrykcyjnej, może budzić uzasadnione wątpliwości [77]. Aspekty te nie były jednak w omawianych analizach uwzględnione.

W niniejszym doniesieniu zdecydowano się na taki podział osób badanych, w którym pacjentki z subklinicznym nasileniem objawów zostały włączone do grup głównych. Choć decyzja ta zgodna jest z kierunkiem zmian klasyfikacji DSM [78], to otwarte pozostaje pytanie o różnice w badanych interakcjach pomiędzy pacjentkami z różnym nasileniem objawów. Zagadnienia te nie były przedmiotem niniejszej analizy, mogą one jednak w istotny sposób wpływać na obserwowane zależności.

Wnioski

1. Ocena relacji w rodzinie prokreacyjnej w przypadku mężczyzn powiązana jest z tym, jak oceniają oni autonomię i bliskość w swojej rodzinie pochodzenia.
2. Ocena relacji w rodzinie prokreacyjnej w przypadku kobiet powiązana jest z tym, jak oceniają one autonomię i bliskość w swojej rodzinie pochodzenia, oraz z tym, jak autonomia i bliskość w rodzinie pochodzenia oceniana jest przez ich mężów.

3. Zależność powyższa, biorąc pod uwagę ilość obserwowanych istotnych korelacji statystycznych, najlepiej wyrażona jest w nieklinicznej grupie rodzin uczennic, ale też jest ona obecna w rodzinach pacjentek z diagnozą zaburzeń odżywiania się i depresji.
4. Wśród dziewcząt z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, w tym zwłaszcza jeśli chodzi o ilość obserwowanych zależności w grupie bulimicznej, obserwowana była korelacja pomiędzy niektórymi z wymiarów oceny rodziny przez pacjentki a doświadczeniami transgeneracyjnymi ojców. Zależność ta nie była obserwowana w grupach kontrolnych.
5. Uzyskane wyniki mają znaczenie w kontekście teorii i badań empirycznych wskazujących, że poziom autonomicznego funkcjonowania i doświadczania bliskości w relacjach rodzinnych jest powiązany z występowaniem objawów psychopatologicznych. Rezultaty pokazujące znaczenie doświadczeń transgeneracyjnych ojców na percepcję relacji rodzinnych córek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii każą postawić znak zapytania wokół tych koncepcji, które w centrum zainteresowania stawiają relację matka–córka, pomijając relację ojciec–córka. Wyniki mają odniesienie do praktyki klinicznej, wskazują na ważność podejmowania tej problematyki zarówno w kontekście psychoterapii indywidualnej, jak i terapii rodzinnej.

Piśmiennictwo

1. Bowen M. *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson; 1978.
2. Stierlin H. *Delegation und familie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1978.
3. Stierlin H. *Coevolution and coindividuation*. W: Stierlin H, Simon F, Schmidt G. red. *Familial realities*. New York: Brunner/Mazel; 1987, s. 99-108.
4. Boszormenyi-Nagy I, Ulrich DN. *Invisible loyalties: reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row; 1981.
5. Williamson D. *Personal authority via termination of the intergenerational hierarchical boundary: a „new” stage in the family life cycle*. J. Mar. Fam. Ther. 1981; 17(4): 441–453.
6. McGoldrick M, Gerson R. *Genograms in family assessment*. New York: W. W. Norton and Company, Inc.; 1985.
7. McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S. *Genograms: assessment and intervention*. 2nd edition. New York: W.W. Norton & Company, Inc.; 1999.
8. Roberto LG. *Transgenerational family therapy*. New York, London: The Guilford Press; 1992.
9. Sabatelli RM, Bartle-Haring S. *Family-of-origin experiences and adjustment in married couples*. J. Marriage Fam. 2003; 65: 159–169.
10. Pare AD. *Of families and other cultures: the shifting paradigm of family therapy*. Fam. Proc. 1995; 31: 11–21.
11. Vetere A. *Terapia systemowa i narracje przywiązania. Zastosowanie w terapii par*. W: Józefik B, Iniewicz G. red. *Koncepcja przywiązania: od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008, s. 91-112.

12. Skowron EA, Friedlander ML. *The differentiation of self inventory: development and initial validation*. J. Couns. Psychol. 1998; 45: 235–246.
13. Peleg-Popko O. *Bowen theory: A study of differentiation of self, social anxiety, and physiological symptoms*. Contemp. Fam. Ther. 2002; 24(2): 355–369.
14. Skowron EA, Platt LF. *Differentiation of self and child abuse potential in young adult college students*. Fam. J. 2005; 13: 281–290.
15. Skowron EA, Dendy AK. *Differentiation of self and attachment in adulthood: relational correlations of effortful control*. Contemp. Fam. Ther. 2004; 26: 337–357.
16. Skowron EA. *The role of differentiation of self in marital adjustment*. J. Couns. Psychol. 2000; 47: 229–237.
17. Skowron EA, Schmitt TA. *Assessing interpersonal fusion: reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale*. J. Marital Fam. Ther. 2003; 29: 209–222.
18. Józefik B. *Koncepcja autorytetu osobistego Donalda Williamsona. Nowa faza cyklu życia rodziny*. Psychoterapia 2000; 3: 60–68.
19. Capaldi D, Pears K, Patterson G, Owen L. *Continuity of parenting practices across generations in an at-risk sample: a prospective comparison of direct and mediated associations*. J. Abnorm. Child Psychol. 2003; 31: 127–142.
20. Caspi A, Elder GH. *Emergent family patterns: The intergenerational construction of problem behavior and relationships*. W: Hinde R, Stevenson-Hinde J. red. *Relationships within families*. Oxford: Oxford University Press; 1988. s. 218–240.
21. Brook JS, Zang C, Balka EB, Brook DW. *Pathways to children's externalizing behavior: a three-generation study*. J. Genet. Psychol. 2012; 173(2): 175–197.
22. Kerr DCR. *A prospective three generational study of fathers' constructive parenting influences from family of origin, adolescent adjustment, and offspring temperament*. Dev. Psychol. 2009; 45(5): 1257–1275.
23. Belsky J, Jaffee SR, Sligo J, Woodward L, Silva PA. *Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting: a prospective study of mothers and fathers of 3-year-olds*. Child Dev. 2005; 76(2): 384–396.
24. Conger RD, Neppl T, Kim KJ, Scaramella L. *Angry and aggressive behavior across three generations: a prospective, longitudinal study of parents and children*. J. Abnorm. Child Psychol. 2003; 31(2): 143–160.
25. White M. *Selected papers*. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1989.
26. Weber G, Stierlin H. *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Rienbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 1991.
27. Roberto LG. *Bulimia: the transgenerational view*. J. Marital Fam. Ther. 1986; 3: 231–240.
28. Humphrey LL. *Object relations theory and the family system: an integrative approach to understanding and treatment eating disorders*. W: Johnson CL. red. *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, London: The Guilford Press; 1991, s 321-353.
29. Minuchin S, Rosman B, Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
30. Gröne M. *Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung de Bulimie*. Vierte, korrigierte Auflage. Heidelberg: Karl-Auer Systeme; 2003.
31. O'Kearney R. *Attachment disruption in anorexia and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research*. Int. J. Eat. Disord. 1996; 20(2): 115–127.

32. Huemar J, Haidvogel M, Matthejat F, Wagner G, Nobis G, Fernandez-Aranda F. i wsp. *Perception of autonomy and connectedness prior to the onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. 2012; 40: 61–68.
33. Leon G, Licas A, Colligan R, Fedinade R, Kamp J. *Sexual, body image and personality attitudes in anorexia nervosa*. J. Abnorm. Child Psychol. 1985; 13(2): 245–258.
34. Smolak L, Levine MP. *Separation-individuation difficulties and the distinction between bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women*. Int. J. Eat. Disord. 1993; 14(1): 33–41.
35. Sordelli A, Fossati A, Devoti RM, La Viola S. *Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients*. Psychopathol. 1996; 29(1): 64–70.
36. Wechselblatt T, Gurick G, Simon R. *Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: a clinical case series using grounded theory*. Bull. Menninger Clin. 2000; 64(1): 91–123.
37. Palmer RL, Oppenheimer R, Marshall P. *Eating disordered patients remember their parent: A study using Parental Bonding Instrument*. Int. J. Eat. Disord. 1988; 7(1): 101–106.
38. Steiger H, Van der Freen J, Goldstein C, Leicher P. *Defence styles and parent bonding in eating disordered women*. Int. J. Eat. Disord. 1989; 8(2): 131–140.
39. Jones CJ, Leung N, Harris G. *Father-daughter relationship and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs*. Br. J. Clin. Psychol. 2006 ; 45: 319–330.
40. Józefik B. *Intergenerational family patterns in eating disorders families and schizophrenic families*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2001; 3(2): 27–39.
41. 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 parents of healthy controls. A transegenerational perspective – Part II*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 4: 79–86.
42. 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 transegenerational perspective – Part I*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 4: 69–77.
43. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
44. Cooper Z, Fairburn CG. *The Eating Disorder Examination: A semi structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 1987; 6: 1–8.
45. Pilecki M. *Rozpowszechnianie zaburzeń odżywiania się w populacji uczennic klas pierwszych krakowskich szkół ponadpodstawowych*. Praca doktorska. Kraków: Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; 1999.
46. Hovestadt AJ, Anderson WT, Piercy FP, Cochran SW, Fine M. *A family of origin scale*. J. Marital Fam. Ther. 1985; 11(3): 287–297.
47. Fajkowska-Stanik M. *Polska adaptacja Skali Rodziny Pochodzenia Hovestadta, Andersona, Piercy'ego, Cochran'a i Fine'a*. Przegl. Psychol. 1999; 3: 51–67.
48. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 36(1): 29–40.
49. Steinhauer PD, Santa Barbara J, Skinner HA. *The process model of family functioning*. Can. J. Psychiatry 1984; 29: 77–88.
50. Epstein NB, Bishop DS, Baldwin LM. *McMaster model of family functioning: a view of the normal family*. W: Welsh F. red. *Normal family processes*. New York: Guilford Press; 1982, s. 115–141.
51. Cierpka M, Frevert G. *Die familienbogen*. Gottingen: Hogrefe; 1994.

52. Frederick S, Wamboldt MD, Reiss D. *Defining a family heritage and a new relationship identity: two central tasks in the making of a marriage*. *Fam. Process* 1989; 28(3): 317–335.
53. Soudabeh Ghoroghi, Siti Aishah Hassan, Maznah Baba. *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.
54. Bartle SE. *Family of origin and interpersonal contributions to the interdependence of dating partners' trust*. *Pers. Relatsh.* 1996; 3(2): 197–209.
55. Donato S, Iafrate R, Bradbury TN, Scabini E. *Acquiring dyadic coping: parents and partners as models*. *Pers. Relatsh.* 2012; 19: 386–400.
56. Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, London: American Psychiatric Press; 2005.
57. Palmer RL, Oppenheimer R, Marshall P. *Eating disordered patients remember their parent: A study using Parental Bonding Instrument*. *Int. J. Eat. Disord.* 1988; 7: 101–106.
58. Steiger H, Van der Freen J, Goldstein C, Leicher P. *Defence styles and parent bonding in eating disordered women*. *Int. J. Eat. Disord.* 1989; 8(2): 131–140.
59. Jones CJ, Leung N, Harris G. *Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs*. *Br. J. Clin. Psychol.* 2006; 45: 319–30.
60. Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G. *The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters*. *Compr. Psychiatry* 2009; 50(3): 232–239.
61. Józefik B, Iniewicz G, Ulasińska R. *Wzory przywiązania, samoocena i pleć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(5): 665–676.
62. Canetti L, Kanyas K, Lerer B, Latzer Y, Bachar E. *Anorexia nervosa and parental bonding. The contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology*. *J. Clin. Psychol.* 2008; 64(6): 703–716.
63. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
64. Józefik B, Pilecki M. *Indywidualne, rodzinne i kulturowe czynniki ryzyka w zaburzeniach odżywiania*. Raport z programu badawczego KBN (Grant numer: 6POSE 09021). Kraków; 2004.
65. Pilecki MW. *Psychogenne uwarunkowania bulimii psychicznej*. *Przeegl. Lek.* 2009; 66(1–2): 106–109.
66. Pilecki M, Józefik B. *Perception of transgenerational family relationships: Comparison of eating-disordered patients and their parents*. *Med. Sci. Monit.* 2013; 19: 1114–1124.
67. Dancyger I, Fornari V, Scionti L, Wisotsky W, Sunday S. *Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?* *Compr. Psychiatry* 2005; 46(2): 135–139.
68. Ahrén-Moonga J, Silverwood R, Klinteberg BA, Koupil I. *Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study*. *Am. J. Epidemiol.* 2009; 1; 170(5): 566–575.
69. Erikson EH. *The problem of ego identity*. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1956; 4: 56–121.
70. Kepiński A. *Melancholia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1975.
71. Goldenberg H, Goldenberg I. *Family therapy: an overview*. 7th edition. Belmont CA: Thomson Brooks/Cole, Cengage Learning; 2008.

72. Bowlby J. *Attachment and loss: retrospect and prospect*. Am. J. Orthopsychiatry 1982; 52: 664–678.
73. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York, London : W. W. Norton and Company, Inc.; 1990.
74. Pawłowska B, Masiak M. *Analiza danych demograficznych i relacji w rodzinach kobiet z bulimią*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(3): 365–376.
75. Żechowski C. *Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się*. Praca doktorska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2002.
76. Pilecki M, Józefik B, Sałapa K. *Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385–393.
77. Vandereycken W. *Denial of illness in anorexia nervosa – a conceptual review: part 1. Diagnostic significance and assessment*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2006; 14: 341–351.
78. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Fifth edition. Washington, London: American Psychiatric Association; 2013.

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

Otrzymano: 30.12.2013
Zrecenzowano: 11.02.2014
Otrzymano po poprawie: 8.04.2014
Przyjęto do druku: 1.07.2014