

## Wzajemna ocena relacji małżeńskiej rodziców pacjentek z zaburzeniami odżywiania się

### Mutual assessment of their marital relationship by parents of female patients with eating disorders

Barbara Józefik<sup>1</sup>, Maciej W. Pilecki<sup>2</sup>, Feliks Matusiak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej Kliniki Psychiatrii  
Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr hab. n. hum. B. Józefik

<sup>2</sup>Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

p.o. Kierownik: dr n. med. M. W. Pilecki

#### Summary

**Aim:** The goal of this study was to assess the perception of marital relationship and its mutual connections by parents of (female) patients diagnosed with eating disorders. Data from: 54 (female) patients diagnosed with restrictive anorexia nervosa (ANR), 22 with binge-purge anorexia nervosa (ANBP), 36 with bulimia (BUL), and two control groups: 36 (female) patients diagnosed with depressive disorders (DEP) and 85 Krakow schoolgirls (NOR).

**Material and method:** The study employed the Dyadic Relations Scale, a part of the Family Assessment Measure (Polish version).

**Results:** Wives in the BUL group, compared to wives in the NOR group, rated their husbands worse when assessing their husbands in terms of how well they functioned in the marital relationship, their performance of duties, affective involvement, and the integrity of values and rules of conduct. Wives in the ANR group, compared to wives in the NOR group, negatively rated the affective involvement of their husbands in the marital relationship. Husbands in the DEP group, compared to husbands in the NOR group, rated their wives worse when assessing their wives' general functioning in the marital relationship, degree of communication within it, degree of understanding, how well they performed their spousal duties, and the coherence of their system of values and rules of conduct.

The image of the marital relationship held by parents of Krakow schoolgirls was characterized by a strong correlation, in contrast to the image of the relationship held by parents of (female) patients, regardless of the nature of the diagnosis.

**Conclusions:** Comparison of the results of parents of (female) patients with eating disorders and parents of (female) patients with a diagnosis of major depressive disorder revealed no difference in the image of the marital relationship, whether in the mutual assessment of spouses towards each other or in connection with the assessments.

**Słowa kluczowe:** anoreksja, bulimia, mąż, żona, relacja małżeńska, FAM III

**Key words:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, husband, wife, marital relationship, FAM III

## Wstęp

Większość klasycznych modeli klinicznych podkreśla znaczenie relacji małżeńskiej dla dynamiki rozwoju zaburzeń odżywiania się i mechanizmów podtrzymujących proces chorowania. Jeśli nawet we współczesnych badaniach odchodzi się od poszukiwania czynników etiologicznych zaburzeń odżywiania się, to nadal podkreśla się wpływ, jaki na funkcjonowanie rodziny, w tym na relacje małżeńskie, może mieć przewlekłe zaburzenie psychiczne dziecka. Autorzy modeli klinicznych zaburzeń odżywiania się zwracają szczególną uwagę na specyfikę więzi małżeńskiej, styl komunikacji, sposoby rozwiązywania sytuacji konfliktowych oraz wzory włączania dzieci w tę relację. W odniesieniu do rodziców pacjentek z anoreksją można tutaj przypomnieć poglądy Webera i Stierlina [1], którzy wskazywali na swoistą słabość subsystemu małżeńskiego wyrażającą się przedkładaniem roli rodzicielskiej nad bliską więź małżeńską. Można też odwołać się do klasycznych poglądów Minuchina i wsp. [2] pokazujących, iż funkcjonowanie pary małżeńskiej charakteryzuje trudność rozwiązywania sytuacji konfliktowych i tendencja do włączania dziecka w relację małżeńską. W efekcie pary nie konfrontują się z problemami w relacji, a napięcie rozładowują poprzez triangulowanie dziecka. Z kolei Palazzoli i wsp. [3] opisują relacje małżeńskie rodziców pacjentek z anoreksją jako oparte na wzajemnym rozczarowaniu, niechęci, przy jednoczesnym podtrzymywaniu fasadowości jedności związku. Autorzy wskazują, że nieświadomie prowadzona gra polegająca na prowokowaniu się i rozmijaniu w oczekiwaniach jest jednym z ważnych elementów włączenia dziecka, szczególnie tego, które później zostaje pacjentem, w nienazwany konflikt małżeński.

Mimo podkreślanej w modelach klinicznych wagi relacji małżeńskiej dla rozwoju zaburzeń odżywiania się, dysponujemy znikomą ilością badań empirycznych weryfikujących obserwacje kliniczne. Zdecydowana większość z nich poświęcona jest funkcjonowaniu całej rodziny pacjentek bez uwzględnienia dynamiki relacji diadycznej małżonków. Obserwacje te częściowo jedynie uprawniają do stawiania hipotez dotyczących relacji między rodzicami na podstawie spójności opisów rodziny, jakie prezentują. W swoich badaniach nad rodzinami pacjentek z anoreksją Wallin i Hansson [4] opisali zbieżne z koncepcją Minuchina uwikłanie członków rodziny oceniane przez niezależnych obserwatorów. Rodzice pacjentek z grupy klinicznej w teście FARS (Family Relation Scale), podobnie jak obserwatorzy, ocenili swoje rodziny jako bardzo uwikłane (enmeshed). Latzer i wsp. [5] zwrócili z kolei uwagę na mniejszą spójność i ekspresyjność rodzin pacjentek z anoreksją w porównaniu z grupą kontrolną, mierzone testem FES (Family Environment Scale), a także ograniczone

wspieranie rozwoju osobistego pacjentek, tłumaczone przez autorów jako utrudnianie procesu separacji–indywidualizacji.

Subtelne różnice w ocenie funkcjonowania rodziny pomiędzy ojcami pacjentek a ich matkami ukazują Dancyger i wsp. [6]. W badaniu testem FAD (Family Assessment Device) w skalach rozwiązywania problemów i emocjonalnej responsywności ojcowie osiągnęli znacząco wyższe wyniki. Także ojcowie i chorujące córki dostrzegali więcej dysfunkcji w rodzinie niż matki. Dodatkowo wyższy poziom depresyjności badanych mierzony BDI związany był z bardziej negatywną oceną funkcjonowania rodzin. Badania Nitendel-Bujakowej i Szewczyka [7], obejmujące relacje małżeńskie rodziców pacjentek z anoreksją restrykcyjną, pokazują rozbieżności we wzajemnej percepcji małżonków w odróżnieniu od grupy kontrolnej. Matki pacjentek spostrzegały swoich mężów jako bardziej dominujących, a zarazem mających słabszą kontrolę i mniejszą otwartość na innych, niż sądzili mężowie o sobie. Podobnie ojcowie pacjentek przypisywali swoim żonom większą dominację, większą atrakcyjność i popularność, mniejszą depresyjność i słabszą tendencję do zamykania się w sobie, niż czyniły to żony, oceniając siebie. Autorzy wskazują, że spośród badanych wymiarów rodzinnego funkcjonowania największe rozbieżności wystąpiły pomiędzy tym, jak żona spostrzega męża, a tym, jak on sam widzi swoje funkcjonowanie. Lask [8], opierając się na przeglądzie literatury dotyczącej małżeństw rodziców pacjentek z anoreksją, wskazuje na trudności komunikacyjne, nasilenie konfliktów, niespójność pomiędzy małżonkami oraz trudności w wypełnianiu zadań.

Trudności w relacji małżeńskiej uwidaczniają się także w badaniach rodzin z problemem bulimii. Johnson i Flasch [9] na podstawie badań rodzin pacjentek z bulimią stwierdzili trudności w relacji małżeńskiej wyrażające się dużym nasileniem konfliktów małżeńskich oraz małym naciskiem na otwartą ekspresję uczuć w porównaniu z grupą kontrolną. Badania Stascha i Reicha [10] wskazują, iż w rodzinach pacjentek z bulimią relacja małżeńska rodziców była najbardziej konfliktowa ze wszystkich diadycznych relacji w rodzinie. W relacji małżeńskiej rodziców pacjentek z bulimią inni autorzy podkreślają burzliwość i niestabilność więzi, trudności pary w braniu odpowiedzialności za swój związek, a także za atmosferę w rodzinie. Wskazują na niespójność systemu wartości, zasad postępowania, trudności w komunikowaniu uczuć i okazywaniu empatycznego zrozumienia [1, 11, 12].

W artykule opisującym badania self-report testem FACES (Family Adaptation and Cohesion Scales) 180 pacjentek z zaburzeniami jedzenia, Tachi [13] zaproponował kontinuum od braku wewnętrznej spójności rodziny (wyłączenie) cechujące pacjentki z zespołem napadowego objadania się, poprzez rosnącą spójność w rodzinach pacjentek z bulimią i anoreksją bulimiczną, aż do uwikłania cechującego rodziny pacjentek z anoreksją o typie restrykcyjnym. W badaniach Latzer, Lavee i Gal [14] stwierdzono istotnie niższą jakość życia małżeńskiego rodziców pacjentek z zaburzeniami jedzenia w porównaniu z grupą kontrolną. Bardziej satysfakcjonująca relacja pomiędzy rodzicami była związana z lepszymi relacjami diadycznymi pomiędzy pacjentkami i ich rodzicami oraz niższym poziomem patologii objawów związanych z zaburzeniami jedzenia.

W literaturze przedmiotu spotkać można się też z badaniami nie stwierdzającymi obecności kłopotów małżeńskich w rodzinach z problemem zaburzeń odżywiania się [15]. W badaniach nad funkcjonowaniem rodzin z dziećmi cierpiącymi na te zaburzenia trudne wydaje się rozdzielenie, na ile bieżący wzór funkcjonowania rodziny czy też pary zakorzeniony jest w jej historii, a na ile jest modyfikowany chorobą dziecka. Gilbert, Shaw i Notar [16] przeprowadziły badania ilościowe i jakościowe grupy 52 matek pacjentek z zaburzeniami jedzenia, dotyczące wpływu choroby na funkcjonowanie rodziny. Wyniki ujawniły z jednej strony wyższy poziom złości i napięcia w relacji, które łączyły się z mniejszą ilością czasu spędzanego wspólnie z małżonkiem; z drugiej jednak strony część matek relacjonowała wyższy poziom bliskości doświadczany w diadzie małżeńskiej.

Whitney i Eisler w swoim artykule [17] odnoszą się do konceptu „reorganizacji” rodziny będącej wynikiem pojawienia się w niej zaburzenia jedzenia, odwracając tym samym rozumienie czynnika rodzinnego jako mogącego mieć swój udział w etiologii zaburzeń. Zwracają uwagę, że chorowanie dziecka może pełnić rolę regulatora bliskości w relacji małżeńskiej, nie będąc powodem pojawienia się zaburzenia w rodzinie. Także Wood [18], analizując model choroby psychosomatycznej Minuchina, na podstawie swoich badań wskazuje, że istotnym czynnikiem powiązanim z rozwojem choroby somatycznej jest triangulacja i konflikt małżeński, podczas gdy pozostałe cechy, takie jak uwikłanie, nadopiekuńczość i sztywność funkcjonowania, są raczej adaptacyjnymi zachowaniami, które uruchamiają się w rodzinie w sytuacji choroby dziecka.

Badania dotyczące wpływu zaburzeń jedzenia na funkcjonowanie rodziny zdają się dobrze korespondować ze stanowiskiem Academy for Eating Disorders (AED) z 2009 roku [19], mocno akcentującym brak jednoznacznych danych mówiących o występowaniu czynników etiologicznych zaburzeń jedzenia w życiu rodzinnym pacjentów. Jednocześnie podkreślone zostało znaczenie włączenia rodziny do procesu leczenia młodzieżowych pacjentek jako czynnika usprawniającego i przyspieszającego zdrowienie.

### **Cel badań**

Celem niniejszego badania była próba opisanie percepcji relacji małżeńskiej rodziców pacjentek z rozpoznaniem poszczególnych typów zaburzeń odżywiania się w odniesieniu do opisu relacji rodziców uczennic i rodziców pacjentek depresyjnych, a także sprawdzenie, w jakim stopniu obrazy tej relacji prezentowane przez męża i przez żonę są ze sobą wzajemnie powiązane.

### **Material**

W analizach statystycznych użyto danych rodziców 54 pacjentek z rozpoznaniem wg DSM-IV [20] anoreksji restrykcyjnej (ANR), 22 z rozpoznaniem anoreksji żarłoczno-wydalającej (ANBP), 36 z rozpoznaniem bulimii (BUL) konsultowanych w poradni przyklinicznej Oddziału Klinicznego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2002–2004. W badaniu użyto dwóch grup

kontrolnych: rodziców 36 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (DEP), tj. epizodu dużej depresji, dystymii, reakcji sytuacyjnej z nastrojem depresyjnym, według DSM-IV [20] oraz rodziców 85 uczennic szkół krakowskich (NOR). Wybór dwóch powyższych grup kontrolnych związany był z chęcią określenia różnic charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania się, a nie niespecyficznych czynników związanych z obecnością psychopatologii i jej wpływu na relacje małżeńskie. Pacjentki z objawami subklinicznymi wg DSM-IV były przyporządkowane do właściwych grup głównych [ANR (n = 7), ANBP (n = 6), BUL (n = 2)]. Szczegółowe kryteria włączenia i wyłączenia do grup oraz ich charakterystyka socjodemograficzna są opisane w innych doniesieniach [21–23]. Z rodzin pełnych wywodziło się 89,7% dziewcząt z grupy NOR, 83,3% z grupy ANR, 85,7% z grupy ANBP, 65,6% z grupy BUL oraz 78,9% dziewcząt z grupy DEP.

## Metoda

### Narzędzie badawcze

Do badania relacji małżeńskiej rodziców pacjentek i uczennic wykorzystano Kwestionariusz Relacji Diadczych (KRD) będący jedną z wersji Kwestionariuszy Oceny Rodziny (KOR) w wersji pozwalającej na opisanie wzajemnej relacji pomiędzy żoną a mężem. Grupa Kwestionariuszy Oceny Rodziny KOR jest adaptacją do polskich warunków [24] niemieckiej wersji kwestionariusza Family Assessment Measure FAM III autorstwa Steinhauera, Santa Barbary i Skinnera [25]. Niemiecka wersja FAM III, określona jako Familienbogen, objęta była procedurą adaptacyjną i standaryzacyjną przez Cierpkę i Frevert [26]. Ze względu na bliskość kontekstu kulturowego uznano, iż niemiecka wersja FAM III stanowić będzie lepszą podstawę do polskiej procedury adaptacyjnej i standaryzacyjnej niż wersja angielskojęzyczna.

Kwestionariusze KOR tworzy siedem następujących skal:

- Wypełnianie zadań (WZ),
- Pełnienie ról (PR),
- Komunikacja (KOM),
- Emocjonalność (E),
- Zaangażowanie uczuciowe (ZU),
- Kontrola (K),
- Wartości i normy (WN).

Kwestionariusze zawierają także trzy skale: Oczekiwań społecznych (OS), Obrony (OB) i Skalę ogólną (OGÓL). Dwie pierwsze badają gotowość członków rodziny do spełniania oczekiwań społecznych oraz tendencję do przedstawiania lepszego wizerunku rodziny. W opisie stosowane są następujące oznaczenia: OMWZ – ojciec ocenia matkę pod względem wypełniania zadań, MOWZ – matka ocenia ojca pod względem wypełniania zadań itd. Kwestionariusze KOR objęte były w Polsce procedurą standaryzacyjną [24]. Uzyskane rezultaty w postaci współczynników alfa Cronbacha były zbliżone z angielską i niemiecką wersją i mieściły się powyżej wartości  $\alpha = 0,50$  dla poszczególnych skal.

Opierając się na analizach statystycznych, wprowadzono pojęcie kryterium, to jest pożądanego stanu funkcjonowania rodziny odpowiadającego wynikowi gorszemu od

średniej arytmetycznej o jedno odchylenie standardowe w zbadanych 557 rodzinach. We wszystkich skalach, z wyjątkiem OS i OB, wyniki wyższe oznaczają w rzeczywistości bardziej niekorzystne oceny relacji rodzinnych (odbiegające od pożądanых), a wyniki niższe – bardziej korzystne oceny relacji rodzinnych (bliższe stanowi pożądanemu). W skali OS i OB interpretacja wyników jest odwrotna.

Wszystkie obliczenia zostały wykonane z wykorzystaniem pakietu oprogramowania SPSS v.20.

## Wyniki

W porównaniach różnic pomiędzy grupami użyto danych wszystkich ojców i matek, którzy wypełnili testy. W grupie ANR w obliczeniach uwzględniono 45 wyników matek oraz 38 ojców, w grupie ANBP – 18 matek i 14 ojców, w grupie BUL – 21 matek i 22 ojców, w grupie DEP – 34 matek i 24 ojców oraz w grupie NOR – 79 matek i 74 ojców. W analizach korelacji użyto jedynie tych danych, w których posiadano wyniki obojga rodziców. W poszczególnych analizach korelacji użyto danych 35 matek i 36 ojców z grupy ANR, 12 matek i 14 ojców z grupy ANBP, 12 matek i 14 ojców z grupy BUL, 21 matek i 22 ojców z grupy DEP, 70 matek i 74 ojców z grupy NOR.

Z rodzin 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 grup ANBP i DEP.

Tabela 1. Liczba osób badanych w poszczególnych grupach

Nr	Osoby badane	ANR	ANBP	BUL	DEP	NOR	OGÓŁEM
1	Dziewczęta	54	22	36	36	85	237
2	Matki	53	21	34	36	85	223
3	Ojcowie	49	19	31	36	81	185

### Funkcjonowanie mężów w relacji małżeńskiej w ocenie żon/matek badanych pacjentek

Badanie różnic przeciętnych wyników poszczególnych skal w analizowanych grupach przeprowadzone zostało przy użyciu testu Kruskala-Wallisa. Ze względu na niespełnienie założenia normalności nie było możliwe przeprowadzenie jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). Wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Porównanie różnic w funkcjonowaniu ojca w relacji małżeńskiej w ocenie matek w badanych grupach

	p	Post hoc
Wypełnianie zadań	<b>0,007</b>	NOR-BUL p = 0,006
Pełnienie ról	0,168	---
Komunikacja	0,123	---

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Emocjonalność	0,108	---
Zaangażowanie uczuciowe	<b>0,010</b>	NOR-ANR p = 0,066 NOR-BUL p = 0,027
Kontrola	0,250	---
Wartości i normy	<b>0,049</b>	NOR-BUL p = 0,049
Wynik ogólny	0,052	---
Twierdzenia pozytywne	0,240	---
Twierdzenia negatywne	<b>0,047</b>	NOR-BUL p = 0,098

Wyróżniono wyniki istotne statystycznie.

Uzyskane wyniki ujawniły, że matki dziewcząt chorujących na bulimie w porównaniu z matkami dziewcząt z grupy kontrolnej gorzej oceniają ogólne funkcjonowanie mężów w relacji małżeńskiej (MONEG), sposoby, w jakie wypełniają oni swoje zadania (MOWZ), stopień zaangażowania uczuciowego (MOZU), a także krytyczniej oceniają spójność ich systemów wartości i norm postępowania (MOWN).

Matki dziewcząt chorujących na anoreksję restrykcyjną krytyczniej oceniały zaangażowanie uczuciowe swoich mężów w relację małżeńską w porównaniu z matkami uczennic (MOZU).

#### Funkcjonowanie żon w relacji małżeńskiej w ocenie mężów/ojców badanych pacjentek

W przypadku analiz wyników uzyskanych przez mężów większość różnic była badana za pomocą testu Kruskala-Wallisa, jedynie różnice w przeciętnych twierdzeniach negatywnych weryfikowane były przy użyciu jednoczynnikowej analizy wariancji. Wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Porównanie różnic w funkcjonowaniu matek w relacji małżeńskiej w ocenie ojców w poszczególnych grupach

	p	Post hoc
Wypełnianie zadań	<b>0,034</b>	NOR-DEP p = 0,023
Pełnienie ról	0,119	
Komunikacja	<b>0,044</b>	NOR-DEP p = 0,081
Emocjonalność	0,152	
Zaangażowanie uczuciowe	0,102	
Kontrola	0,275	
Wartości i normy	<b>0,032</b>	NOR-DEP p = 0,087
Wynik ogólny	<b>0,040</b>	NOR-DEP p = 0,047
Twierdzenia pozytywne	0,066	
Twierdzenia negatywne	<b>0,026*</b>	NOR-DEP p = 0,063

\*ANOVA; wyróżniono wyniki istotne statystycznie.

Wyniki uzyskane w grupie mężów pokazują, iż istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami średnimi w porównaniu z grupą ojców uczennic wystąpiły jedynie w grupie ojców pacjentek z rozpoznaniem depresji. Wyniki pokazały, że mężowie gorzej oceniają ogólne funkcjonowanie żony w relacji małżeńskiej (OMNEG), poziom komunikacji z żoną (skala KOM), stopień, w jakim czują się rozumiani w relacji (OMK), sposób, w jaki żona wypełnia swoje zadania (OMWZ), a także spójność ich systemu wartości i norm postępowania (OMWN).

#### Analiza korelacji

Analizom poddano również korelacje pomiędzy wynikami matek oraz ojców pacjentek. Do badania zależności między zmiennymi wykorzystany został współczynnik korelacji liniowej Pearsona lub współczynnik korelacji rang Spearmana w przypadku braku zgodności z rozkładem normalnym dla badanych zmiennych.

Tabela 4. Korelacje pomiędzy wynikami matek i ojców pacjentek z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej

Wartość R	MOWZ	MOKOM	MONEG
OMPR	0,373		0,362
OMZU	0,367		
OMK		0,664	0,416
OMWN		0,719	
OMOGÓL	0,358		0,350
OMPOZ		0,746	
OMNEG	0,347		0,418

$p < 0,05$ ,  $N = 35-36$

W grupie anoreksji restrykcyjnej (tab. 4) uzyskano zależności pomiędzy skalą Wypełniania Zadań przez męża w ocenie żon (MOWZ) a poszczególnymi skalami oceniającymi funkcjonowanie żony w ocenie męża: Pełnienia ról (OMPR), Zaangażowania uczuciowego (OMZU), Sumy (OMSUMA) i Twierdzeń negatywnych (OMNEG) na poziomie istotności  $p < 0,05$ . Podobnie Pełnienie ról (OMPR), Kontrola (OMK), Suma (OMSUMA) i Twierdzenia negatywne (OMNEG) na poziomie istotności  $p < 0,05$  w ocenie mężów korelują ze skalą Twierdzeń negatywnych (MONEG) będącą sumą sformułowanych przez żony negatywnych twierdzeń opisujących funkcjonowanie mężów.

Skala Komunikacji (MOKOM) w ocenie żon, na poziomie istotności  $p < 0,05$ , korelowała dodatnio ze skalami: Kontroli (OMK), Wartości i norm (OMWN) oraz Twierdzeń pozytywnych (OMPOZ) w ocenie mężów.



Tabela 5. Korelacje pomiędzy wynikami matek i ojców pacjentek z rozpoznaniem anoreksji bulimicznej

Wartość R	MOPR	MOKOM	MOZU	MOK	MOWN	MOSUMA	MOPOZ	MONEG
OMZU		0,571						
OMWN	0,566	0,585	0,610	0,693	0,640	0,596	0,619	0,553

$p < 0,05$ ,  $N = 12-14$

W grupie anoreksji bulimicznej (tab. 5) uzyskano zależności pomiędzy skalą Wartości i norm żon w ocenie mężów (OMWN) a poszczególnymi skalami oceniającymi funkcjonowanie męża w ocenie żon: Pełnienia ról (MOPR), Komunikacji (MOKOM), Zaangażowania uczuciowego (MOZU), Kontroli (MOK), Wartości i norm (MOWN), Sumy (MOSUMA), Twierdzeń pozytywnych (MOPOZ) i Twierdzeń negatywnych (MONEG) na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

Skala Komunikacji (MOKOM) w ocenie żon, na poziomie istotności  $p < 0,05$ , dodatkowo korelowała dodatnio ze skalą Zaangażowania uczuciowego (OMZU). Zaznaczyć jednak należy, że ze względu na zbyt małą liczebność grupy wyniki te trzeba interpretować ostrożnie.

Tabela 6. Korelacje pomiędzy wynikami matek i ojców pacjentek z rozpoznaniem bulimii

Wartość R	MOWZ	MOPR
OMWZ		-0,525
OMWN	-0,537	

$p < 0,05$ ,  $N = 12-14$

W grupie bulimii (tab. 6) uzyskano ujemną zależność pomiędzy skalą Pełnienia ról (MOPR) a skalą Wypełniania zadań (OMWZ), a także pomiędzy skalą Wypełniania zadań (MOWZ) a skalą Wartości i norm (OMWN) na poziomie istotności  $p < 0,05$ . Podobnie jak w przypadku grupy anoreksji bulimicznej trzeba zaznaczyć, że grupa bulimii charakteryzuje się małą liczebnością.

Tabela 7. Korelacje pomiędzy wynikami matek i ojców pacjentek z rozpoznaniem depresji

Wartość R	MOZU	MOWN	MOSUMA	MONEG
OMZU		0,431		0,465
OMWN			0,379	
OMPOZ	0,455			

$p < 0,05$ ,  $N = 21-22$

W grupie depresji (tab. 7) uzyskano zależności pomiędzy skalą Zaangażowania uczuciowego męża w ocenie żon (MOZU) a skalą Twierdzeń pozytywnych (OMPOZ) na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

Skala Zaangażowania uczuciowego żony w ocenie męża (OMZU), na poziomie istotności  $p < 0,05$ , korelowała dodatnio ze skalami Wartości i norm (MOWN) oraz Twierdzeń negatywnych (MONEG) w ocenie żon.

Skala Wartości i norm żony w ocenie męża (OMWN), na poziomie istotności  $p < 0,05$ , korelowała dodatnio ze skalą Sumy (MOSUMA) w ocenie żon.

Tabela 8. Korelacje pomiędzy wynikami matek i ojców uczennic

Wartość R	MOWZ	MOPR	MOKOM	MOE	MOZU	MOK	MOWN	MOSUMA	MOPOZ	MONEG
OMWZ	0,269			0,265	0,270		0,256	0,279	0,238	
OMPR	0,513	0,567	0,528	0,448	0,350	0,324	0,540	0,569	0,435	0,593
OMKOM	0,424	0,398	0,445	0,295	0,385	0,244	0,431	0,443	0,330	0,398
OME	0,334	0,259	0,275	0,341	0,369	0,334	0,344	0,367	0,318	0,304
OMZU	0,470	0,424	0,477	0,361	0,528	0,329	0,544	0,516	0,423	0,463
OMK	0,462	0,384	0,438	0,358	0,414	0,380	0,370	0,481	0,413	0,413
OMWN	0,427	0,395	0,461	0,353	0,347		0,496	0,459	0,422	0,394
OMOGÓL	0,517	0,497	0,500	0,420	0,472	0,364	0,532	0,565	0,472	0,499
OMPOZ	0,369	0,369	0,324	0,271	0,382	0,187	0,466	0,392	0,416	0,281
OMNEG	0,496	0,437	0,482	0,385	0,401	0,348	0,420	0,513	0,369	0,499

$p < 0,05$ ,  $N = 70-74$

W grupie uczennic analiza korelacji pokazała wzajemne, istotne powiązania percepcji rodziców dziewcząt w zakresie ich relacji małżeńskiej prawie we wszystkich badanych wymiarach.

### Dyskusja i podsumowanie

Wyniki badań ujawniły wiele trudności w relacji małżeńskiej rodziców pacjentek z zaburzeniami odżywiania się i rodziców pacjentek z depresją w odróżnieniu od relacji rodziców uczennic. Wyniki nie dostarczają jednak podstaw do twierdzenia, że obraz relacji małżeńskiej charakteryzuje określony wzór specyficzny dla zaburzeń odżywiania się. Wiele trudności identyfikowanych w relacji małżeńskiej przez oboje rodziców pacjentek z bulimią i matki pacjentek z anoreksją restrykcyjną było zgłaszanych przez rodziców pacjentek z depresją.

Jak już zaznaczono wcześniej, w literaturze poświęconej problematyce zaburzeń odżywiania się podkreśla się znaczenie trudności małżeńskich rodziców pacjentek z anoreksją i bulimią dla dynamiki rozwoju zaburzeń. Wskazuje się, że występujące w relacji małżeńskiej rodziców zaburzenia komunikacji, nierozwiązane trudności, trudności w pełnieniu ról, okazywaniu sobie wsparcia emocjonalnego mogą sprzyjać triangulowaniu przyszłej pacjentki w relację małżeńską. Badania populacyjne Wade i wsp. [27] wskazują, że trudności w relacji małżeńskiej rodziców spostrzegane przez córkę są czynnikiem ryzyka dla rozwoju subklinicznych objawów bulimii.

W świetle uzyskanych rezultatów trudno podtrzymać hipotezę, że trudności w relacji małżeńskiej są swoiste dla problematyki zaburzeń odżywiania się. Zbliżona, negatywna ocena relacji małżeńskiej w grupie rodziców pacjentek z bulimią i depre-

sją wskazuje, że dynamika tej relacji może być powiązana z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Nie bez znaczenia może być też negatywny wpływ, jaki na relację małżeńską mają poważne zaburzenia psychiczne dziecka bez względu na ich obraz kliniczny. W tym wypadku trudności w relacji byłyby nie elementem ryzyka wystąpienia zaburzeń, a konsekwencją ich obecności.

Z niniejszych analiz zdecydowano się wyłączyć cztery pacjentki z grupy depresyjnej prezentujące nieznacznie nasilone subkliniczne objawy zaburzeń odżywiania się. W grupie pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się obserwowane było nasilenie depresyjności większe niż w grupie kontrolnej uczennic [28]. Przy założeniu istnienia rodzinnego tła zaburzeń nastroju, trzeba zadać pytanie o związek negatywnego obrazu relacji rodzinnych z depresyjnością wśród rodziców badanych, tym bardziej, iż było ono obserwowane w innych badaniach klinicznych [29].

W grupie bulimii wystąpiła rozbieżność we wzajemnej ocenie małżonków. Takie wyniki korespondują z pojawiającymi się w literaturze opisami relacji małżeńskiej przedstawiającymi rodziców pacjentek jako osoby walczące z sobą: matka wyraża niezadowolenie, frustrację, a ojciec unika konfrontacji z problemami poprzez wycofanie się z relacji [3]. W tym kontekście pozytywna percepcja ojców ich relacji małżeńskiej mogłaby oznaczać postawę obronną wyrażającą się idealizacją tej relacji.

Analiza korelacji wzajemnych ocen funkcjonowania w relacji małżeńskiej wskazuje na ich dużą spójność w grupie kontrolnej. Wynik taki przywodzi na myśl znane z praktyki klinicznej charakterystyki rodzin, w których uwspólniona przez poszczególne członków narracja wielowymiarowo opisująca poszczególne obszary życia, funkcjonowania i historii rodziny staje się zasobem ułatwiającym pokonywanie kryzysów i adaptowanie do nowych, stojących przed rodziną wyzwań. Częstym celem terapii rodzinnej prowadzonej w nurcie narracyjnym jest właśnie tworzenie przestrzeni dla nowych narracji pozbawionych przypisywanej winy i wzajemnego żalu [30]. Być może duża liczba istotnych zależności w grupie kontrolnej koresponduje z opisywanym w literaturze konceptem spójności (cohesion) rodziny rozumianej jako poczucie wspólnoty umożliwiającej uzyskanie pomocy i wsparcia. Badania wykazały, że wysoka spójność związana jest między innymi z satysfakcją z pełnienia ról rodzicielskich w rodzinach z niepełnosprawnym dzieckiem [31, 32], pewnością siebie w roli rodzica dziecka z przewlekłymi trudnościami somatycznymi [33, 34]. Badania na grupie 111 dzieci z rodzin problemowych ujawniły, iż ze spójnością rodziny dodatnio związana była satysfakcja z życia oraz ujemnie agresja fizyczna oraz werbalna [35].

Mniejsza liczba obserwowanych korelacji w grupach klinicznych może świadczyć o niespecyficznym, powiązanim z występowaniem różnorodnej psychopatologii deficytem w zakresie spójności rodziny. Trzeba tu jednak uczynić takie zastrzeżenie, że brak zależności statystycznej powinien być interpretowany znacznie ostrożniej niż jej obecność. Może być on pochodną mniejszej liczebności grup lub występowaniem zależności bardziej złożonych niż liniowe.

Porównując wyniki analiz różnic między grupami z wynikami korelacji, cały czas pamiętać należy o tym, iż tymi pierwszymi objęte były wszystkie matki, tymi drugimi przede wszystkim matki pozostające w związku z ojcem badanych dzieci. Zwłaszcza w grupie bulimicznej, gdzie obserwowany był największy procent rozwodów i samot-

nego rodzicielstwa, jest to istotny czynnik wpływający na interpretację. Część kobiet ocenia bowiem relację z niezwiązanym już z nimi ojcem dziecka. Badania Bootha i Amato [36] wskazują, iż podniesiony poziom doświadczanego stresu psychologicznego skutek rozwodu może się utrzymywać przez około 2 lata. Z drugiej strony fakt rozwodu może powodować bardziej pozytywną ocenę relacji niż w okresie konfliktu małżeńskiego.

Wyniki w grupie anoreksji restrykcyjnej ostrożnie skłaniają do wniosku, że dla wielowymiarowej, dokonanej przez męża oceny funkcjonowania żony w relacji małżeńskiej istotny wydaje się sposób, w jaki postrzega ona wypełnianie przez niego stawianych zadań, a także ogólna suma negatywnych sformułowanych przez nią ocen. Wynik taki zdaje się potwierdzać cytowane wyżej dane z przeglądu literatury dotyczącej małżeństw rodziców pacjentek z anoreksją [8], w którym autor, opierając się na przeglądzie badań, wskazał m.in. na trudności w wypełnianiu zadań jako jeden z obszarów problemowych w funkcjonowaniu tych par. Wyniki korelacji w grupie anoreksji bulimicznej wskazują na kluczowe znaczenie percepcji wyznawanych przez żonę wartości i norm dla oceny przez nią funkcjonowania męża w prawie wszystkich badanych obszarach. Z uwagi jednak na niską liczebność tej grupy wyciągane wnioski powinny służyć bardziej jako wskazówki co do kierunku dalszych badań niż jako podstawa do dookreślenia jej charakterystyki.

Na koniec warto odnieść się do ograniczeń prezentowanego badania. Jakkolwiek w tekście autorzy odnosili się do niskiej liczebności wybranych grup badawczych, to wydaje się ważne podkreślić raz jeszcze, że wyniki analiz dokonywanych na tych grupach powinny być brane pod uwagę z ostrożnością. Inne istotne ograniczenie wiąże się z narzędziami badawczymi i pytaniem, na ile wyniki badań kwestionariuszowych są w stanie oddać dynamikę funkcjonowania systemu rodzinnego w sposób klinicznie użyteczny.

### Wnioski

1. Badani rodzice uczennic szkół krakowskich charakteryzują się pozytywnym i silnie skorelowanym obrazem relacji małżeńskich.
2. Nie stwierdzono specyficznego dla rodziców pacjentek z zaburzeniami odżywiania się w porównaniu z rodzicami pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych obrazu relacji małżeńskich ani w kontekście wzajemnej oceny małżonków, jak i powiązania między ocenami.

### Piśmiennictwo

1. Weber G, Sterlin H. *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Rienbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 1991.
2. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
3. Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Family games: general model of psychotic processes in the family*. New York: WW Norton & Company; 1989.

4. Wallin U, Hansson K. *Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function*. Nord. J. Psychiatry 1999; 53: 29–35.
5. Latzer Y, Hochdorf Z, Bachar E, Canetti L. *Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders*. Contemp. Fam. Ther. 2002; 24 (4): 581–599.
6. Dancyger I, Fornari V, Sciontic L, Wisotsky W, Sunday S. *Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?* Compr. Psychiat. 2005; 46: 135–139.
7. Nitendel-Bujakowa E, Szewczyk L. *Wpływ członków rodziny na ujawnianie się zespołu jadłowstrętu psychicznego. Cz. I. Samoocena osoby chorej na anoreksję a oceny dokonywane przez jej rodziców*. Psychoter. 2003; 3: 27–35.
8. Lask B. *Aetiology*. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. *Anorexia and related eating disorders childhood and adolescence*. Hove: Psychology Press Ltd.; 2000.
9. Johnson C, Flach A. *Family characteristics of 105 patients with bulimia*. Am. J. Psychiat. 1985; 142: 1321–1324.
10. Stasch M, Reich G. *Interpersonal relation pattern in families with a bulimic member — interaction analysis. Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied — eine Interaktionsanalyse*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 2000; 49 (3): 157–175.
11. Gröne M. *Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung de Bulimie. Vierte, korrigierte Auflage*. HeCarl-Auer Verlag; 2003.
12. Reich G, Cierpka M. *Psychoterapie der Eßstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis — störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart — New York: Georg Thieme Verlag; 1977.
13. Tachi T. *Family environment in eating disorders: a study of the familiar factors influencing the onset and course of eating disorders*. Psychiatr. Neurol. Jap. 1999; 101 (5): 427–45.
14. Latzer Y, Lavee Y, Gal S. *Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders*. J. Fam. Iss. 2009; 9: 1201–1220.
15. Woodside DB, Shekter-Wolfson L, Garfinkel PE, Olmsted MP, Kaplan AS, Maddocks SE. *Family interactions in bulimia nervosa. I: Study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program*. Int. J. Eat. Dis. 1995; 2: 105–115.
16. Gilbert A, Shaw S, Notar M. *The impact of eating disorders on family relationships*. Eat. Disord. 2000; 8: 331–345.
17. Whitney J, Eisler I. *Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and interpersonal maintenance factors*. J. Ment. Health 2005; 14: 575–585.
18. Wood BL. *Beyond the „psychosomatic family”: a biobehavioral family model of pediatric illness*. Fam. Process 1993, 32 (2): 261–279.
19. 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.
20. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington: APA; 1994.
21. 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.
22. 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.

23. Pilecki MW, Józefik B. *Perception of transgenerational family relationships: comparison of eating-disordered patients and their parents*. Med. Sci. Monit. 2013; 19: 1114–1124.
24. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 36: 29–40.
25. Steinhauer PD, Santa-Barbara J, Skinner HA. *The process model of family functioning* Can. J. Psychiatry 1984; 29: 77–88.
26. Cierpka M, Frevert G. *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe; 1994.
27. Wade TD, Bulik CM, Kendler KS. *Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 30 (4): 389–400.
28. Pilecki M, Józefik B. *Związek depresyjności z obrazem siebie u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2009; 9: 233–241.
29. 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: 135–139.
30. Rober P. *Relational drawings in couple therapy*. Fam. Process 2009; 48: 117–133.
31. Lightsey OR Jr, Sweeney J. *Meaning in life, emotion-oriented coping, generalized self-efficacy, and family cohesion as predictors of family satisfaction among mothers of children with disabilities*. Fam. J. 2008; 16: 212 [originally published online 29 April 2008].
32. Fallon MA, Russo TJ. *Adaptation to stress: an investigation into the lives of United States military families with a child who is disabled*. Early Childhood Educ. J. 2003; 30: 193–198.
33. Farmer JE, Marien WE, Clark MJ, Sherman A, Selva TJ. *Primary care supports for children with chronic health conditions: Identifying and predicting unmet family needs*. J. Pediatr. Psychol. 2004; 29: 355–367.
34. Johnston C, Hessl D, Blasy C, Eliez S, Erba H, Dyer-Friedman J. i in. *Factors associated with parenting stress in mother of children with Fragile X*. J. Develop. Behav. Pediatr. 2003; 24: 267–276.
35. Hamama L, Arazi Y. *Aggressive behaviour in at-risk children: contribution of subjective well-being and family cohesion*. Child Fam. Soc. Work 2012; 17: 284–295
36. Booth A, Amato PR. *Divorce and psychological stress*. J. Health Soc. Beh. 1991; 32: 396–407.

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

Otrzymano: 2.02.2014  
Zrecenzowano: 21.04.2014  
Otrzymano po poprawie: 1.06.2014  
Przyjęto do druku: 1.07.2014