

Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się – teoria i empiria

Attachment theory and eating disorders – theoretical and empirical issues

Barbara Józe fi k

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Summary

The paper presents the attachment theory in relation to eating disorders. In the first part, the classic concepts of anorexia and bulimia nervosa are discussed taking into account assumptions of Bowlby's and his followers' model. In the second part, empirical data on anorexia and bulimia nervosa and attachment patterns are presented. The importance of methodological issues is stressed regarding the attachment model particularly in eating disorders. In the conclusion significant findings correlation of attachment patterns and eating disorders are indicated.

Słowa klucze: wzory przywiązania, anoreksja, bulimia psychiczna
Key words: attachment patterns, anorexia, bulimia nervosa

Wprowadzenie

W literaturze poświęconej zagadnieniom zaburzeń odżywiania się od wielu lat zwraca się uwagę na trudności w procesie separacji–indywidualizacji jako istotne czynniki ryzyka rozwoju anoreksji i bulimii psychicznej. Koncepcje dotyczące tego obszaru, z jednej strony, mieszczą się w psychoanalitycznym, psychodynamicznym lub feministyczno-psychodynamicznym myśleniu, z drugiej – odwołują się do rodzinnego, systemowego paradygmatu¹.

Niektórzy z badaczy zauważają, że koncentracja na procesie separacji–indywidualizacji sprzyja niedocenianiu wagi problematyki więzi i bliskości. Wechselblatt i wsp. [1] podkreślają, że prawidłowy rozwój i dojrzałość wymagają, poza separacją, możliwości utrzymywania bliskich związków i współzależności, i ich zdaniem ten aspekt relacji wciąż w niewystarczającym stopniu jest przedmiotem zainteresowań teoretycznych i badań empirycznych. Krytyka podjęta przez Armstrong i Roth [2], Johnson [3] czy

¹ Warto dodać, iż mimo wypracowanych teoretycznych modeli, badania empiryczne w tej dziedzinie są stosunkowo mało liczne, a wyniki często niespójne.

wreszcie Wechselblatt i wsp. [1] wydaje się w dużym stopniu uzasadniona, chociaż na ważny wymiar bliskości, także w odniesieniu do zaburzeń odżywiania się, wskazywali już wcześniej inni autorzy. Warto tutaj przytoczyć choćby koncepcję indywidualności relacyjnej Stierlina [4]. Stworzone przez niego pojęcie indywidualności relacyjnej opisuje, z jednej strony, tworzenie wewnętrznych i zewnętrznych granic, możliwość określania i realizowania własnych celów niezależnie od nacisków społecznych, gotowość przejścia odpowiedzialności za swoje życie, czyli aspekty związane z separacją i autonomią, z drugiej – utrzymywanie relacji opartych na bliskości i empatii.

Koncepcja przywiązania

Ciesząca się w ostatnich latach ogromnym zainteresowaniem koncepcja przywiązania Bowlby'ego [5], rozwijana dalej przez innych autorów, w tym Ainsworth i wsp. [6], Main i wsp. [7], Main i Solomon [8] wydaje się dostarczać interesujących ram teoretycznych pozwalających ujmować oba procesy – bliskości i separacji – w wzajemnej relacyjnej zależności.

Zaletą teorii przywiązania jest to, iż stwarza możliwość integrowania wielu perspektyw teoretycznych. Uwzględnia perspektywę ewolucyjną, może być spostrzegana jako dynamiczna koncepcja indywidualnego rozwoju, koncentrująca się na wewnętrznych modelach spostrzegania innych i relacji z nimi. Ma znakomite odniesienie do myślenia systemowego, pozwalając na zrozumienie dynamiki relacji małżeńskiej oraz innych relacji diadycznych w rodzinnym systemie. Może być wreszcie inkorporowana przez teorie poznawcze.

Istotą relacji przywiązania jest ochrona, i to odróżnia ją od innych więzi. Zgodnie z tą koncepcją zakłada się, że relacja przywiązania ma w sferze zachowań umożliwić pozostawanie w bliskości fizycznej, co przekłada się na poczucie bezpieczeństwa (bliskość emocjonalna, psychologiczna). Te cechy relacji rozwijają się u dziecka jako rezultat ciągu interakcji pomiędzy jego staraniami o utrzymanie bliskości fizycznej i emocjonalnej z osobą sprawującą opiekę (zazwyczaj matką) a lękiem przed utratą tej bliskości. Koncepcja Bowlby'ego zakłada, iż przywiązanie dziecka do matki tworzy się w ciągu pierwszych czterech lat życia i przebiega w czterech fazach [5, 9]. Na początku dziecko nie odróżnia opiekuna od osoby obcej (faza pierwsza). Potem dochodzi do wyodrębnienia pierwotnego opiekuna, do którego dziecko kieruje sygnały i swoją aktywność, co stanowi początek przywiązania (faza druga). Pomiędzy 6 a 9 miesiącem życia dziecko wchodzi w trzecią fazę, w której dochodzi do stabilizacji więzi z opiekunem lub opiekunami. Zdaniem Bowlby'ego na tym etapie kształtują się wzorce przywiązania będące podstawą wchodzenia w związki z osobami spoza kręgu rodzinnego. Około czwartego roku życia dziecko nabywa umiejętności modyfikowania przywiązania, poprzez uwzględnianie oczekiwań opiekunów, powstrzymywanie się od zachowań wyrażających pragnienie uzyskania bliskości, uwzględnianie celów własnych i opiekunów (faza czwarta). Zdaniem Bowlby'ego typ przywiązania znacząco modeluje dalszy rozwój dziecka, wpływając na przebieg socjalizacji, kształtowanie się poczucia własnej wartości, poziom autonomii, sposób radzenia sobie z utratami.

Rozwój przywiązania wiąże się z internalizacją powtarzających się interakcji z opiekunem, dzięki czemu kształtują się wewnętrzne struktury spostrzegania siebie i świata, tzw. wewnętrzne modele robocze [5, 9, 10].

Brak możliwości wytworzenia więzi pomiędzy dzieckiem a opiekunami w pierwszych latach życia poważnie zaburza możliwość budowania związków z innymi w dalszym życiu, a także wiąże się z zaburzeniami w funkcjonowaniu psychospołecznym. Oparte na teorii przywiązania badania Ainsworth i wsp. [6] oraz takich badaczy, jak Main i Solomon [8] pozwoliły na wyodrębnienie czterech wzorców przywiązania: ufnego (wzorec B), lękowo-unikającego, lękowo-ambivalentnego, zdezorganizowanego-zdezorientowanego. Wzory więzi ukształtowane we wczesnym dzieciństwie wpływają na obraz siebie i poczucie kontroli. Dzieci, u których wytworzyła się więź oparta na ufności i bezpieczeństwie, są aktywne w zaspokajaniu swoich potrzeb, w przeciwieństwie do dzieci przywiązanych lękowo lub których więź ma charakter zdezorganizowany lub które nie mają poczucia wpływu i pozostają zależne od osób znaczących. Dzieci te, niepewne relacji z rodzicami, koncentrują się na „odgadywaniu” nastroju i potrzeb rodziców, aby uniknąć zranienia, odrzucenia. Podobny wzór relacji uruchamia się w kontaktach społecznych.

Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się – płaszczyzna teoretyczna

Renesans teorii przywiązania na nowo skupił uwagę badaczy zajmujących się zaburzeniami odżywiania się na analizie wczesnych relacji dziecko–opiekunowie. O’Kearney [11] twierdzi, że klasyczne już koncepcje Bruch [12, 13], Selvini-Palazzoli [14] i Masterson [15] dotyczące anoreksji psychicznej można rozpatrywać w kategoriach zaburzeń procesu przywiązania, gdyż dotyczą one właśnie wczesnej relacji matka–dziecko.

Warto przypomnieć, że Bruch [12] wskazywała na trzy zasadnicze aspekty tego procesu:

- Trudność rozwoju autonomii córki w relacji z rodzicami, szczególnie z matką, w związku z ich intruzywnością i nadmierną kontrolą;
- Ukształtowanie się fałszywego self córki, nadmiernie spełniającego oczekiwania rodzinne i społeczne, jako obrony przed wpływem rodziców;
- W konsekwencji rozwój ego podatnego na zranienie. Kruchość ego, niewidoczna w dzieciństwie, uaktywnia się w okresie dojrzewania ze względu na wielość wyzwań tego okresu, szczególnie w zakresie niezależności i asertywności.

Także Selvini-Palazzoli [14], w swoich pierwszych pracach, podobnie akcentowała znaczenie wczesnej relacji matka–córka, podkreślając intruzywność matki, stawiającej nadmierne wymagania córce i nie odpowiadającej na jej emocjonalne potrzeby. Efektem takiej relacji byłoby dostrzeganie i doświadczanie przez córkę kontroli i identyfikowanie matki z tym właśnie wymiarem relacji. W okresie dojrzewania, wobec konieczności radzenia sobie z impulsami i zadaniami rozwojowymi, córka jako sposób radzenia sobie z lękami separacyjnymi i związanymi z popędowością stara się kontrolować swoje zmieniające się ciało poprzez zatrzymanie czy cofnięcie jego rozwoju.

Z kolei Masterson [15] zwraca uwagę, iż kluczowe we wczesnej relacji matka–córka jest wzmacnianie przez matkę zależności córki i zagrożenie emocjonalnym opuszczeniem, gdy córka wykazuje pierwsze przejawy samodzielności i niezależności. Budzi to lęk u córki przed separowaniem się i uniezależnieniem, który uaktywniony zostaje w okresie dojrzewania. Rozwiązaniem staje się powstrzymanie fizycznego rozwoju traktowanego jako ekwiwalent psychologicznej dojrzałości.

Na trudności we wczesnodziecięcej relacji wskazuje się także w odniesieniu do bulimii psychicznej. Sugeran i Kurash sugerują, że niewłaściwa relacja skutkuje niemożnością „adekwatnego oddzielenia się, zarówno fizycznego, jak i poznawczego, od obiektu matki” [16, s. 58]. Bazując na koncepcji Mahler [17], autorzy ci pokazują, że niewłaściwe reagowanie na zachowania dziecka w fazie praktykowania (od 10. do 16. miesiąca życia) prowadzi u dziecka do wrogiego, a w najlepszym razie ambiwalentnego przeżywania ciała i swojej aktywności oraz do niezakończenia procesu oddzielania się od matki. Dojrzewanie wnoszące intensywne zmiany biologiczne i pragnienia psychicznej autonomii uaktywnia te wrogie lub ambiwalentne uczucia zapamiętane na sensomotorycznym, presymbolicznym poziomie oraz uruchamia lęki separacyjne. Proces objadania się przywołuje doświadczenie połączenia z matką i jako taki w początkowej fazie przynosi przejściowe ukojenie. W obliczu braku symbolicznej reprezentacji matki pacjentka używa swojego ciała, aby przywołać obiekt matki [18].

Jak wskazuje O’Kearney [11], w teorii przywiązania autonomia jest ekwiwalentem swobody w eksplorowaniu fizycznego i społecznego środowiska oraz predykatorem bezpiecznych więzi i wewnętrznego poczucia bezpieczeństwa.

Zakładana w odniesieniu do anoreksji intruzywność pierwotnego opiekuna, ciągła nadopiekuńczość nie pozwalają rozwinąć dziecku poczucia własnych umiejętności pozwalających radzić sobie ze stresem i lękami wynikającymi z separacji. Zgodnie z teorią przywiązania dzieci te w razie zmian, możliwego zagrożenia systemu przywiązania będą reagowały wzorcami zachowań nie dającymi bezpieczeństwa (wzorce A, C, D). Warto zauważyć, że teoretyczne założenia nie pozwalają przewidzieć, jak poszczególne wzorce miałyby być powiązane ze specyficzną symptomatologią anoreksji. Budowanie samooceny i poczucia własnej wartości na wyglądzie może być interpretowane zarówno jako wyraz wzorca lękowo-unikającego A, jak i lękowo-ambiwalentnego C.

Podobnie w bulimii możemy spodziewać się wzorów przywiązania, które nie dają poczucia bezpieczeństwa. Tutaj także na podstawie teoretycznych przesłanek nie potrafimy jednak przewidzieć, który z wzorców miałby być swoisty dla patologii bulimicznej.

Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się – badania empiryczne

Badania empiryczne dotyczące wzorców przywiązania w zaburzeniach odżywiania się są coraz liczniejsze, mimo iż rodzą wiele trudności metodologicznych. O ile bowiem w przypadku małych dzieci, chcąc opisać ich relacje z opiekunami, możemy posłużyć się procedurą badawczą opracowaną przez Ainsworth i wsp. [6], tzw. testem sytuacji niecodziennej (*strange situation*), o tyle, badając osoby dorosłe, w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie o ich wzór przywiązania ze znaczącą osobą w okresie

wczesnego dzieciństwa, mamy bardziej skomplikowany problem. Pojawiające się pytania dotyczą nie tylko technicznych aspektów związanych z konstrukcją narzędzia pomiaru wzorów przywiązania, ale też dylematów, w jakim stopniu stosowane narzędzia oddają wzór pierwotnego przywiązania wczesnodziecięcego. Koresponduje to z innymi ważnymi pytaniami: W jakim stopniu pierwotny wzór wczesnodziecięcego przywiązania determinuje późniejsze relacje z najbliższymi? W jakim zakresie mogą one być modyfikowane? Warto zwrócić uwagę, że w badaniach obejmujących młodzież i osoby dorosłe oceniane są relacje z rodzicami tak, jak badana osoba je pamięta, co jest istotnym ograniczeniem.

Stosowane narzędzia mają zazwyczaj formę kwestionariuszy oceniających wybrane aspekty relacji z rodzicami. Najczęściej stosowane to:

- Kwestionariusz przywiązania rodziców (*Parental Bonding Instrument PBI*), Parkera i in., [19];
- Kwestionariusz przywiązania w okresie dorastania (*Adolescent Attachment Questionnaire AAQ*), Westa i wsp. [20];
- Inwentarz przywiązania do rodziców i rówieśników (*The Inventory of Parent and Peer Attachment*), Armsdena i Greenberga [21];
- Kwestionariusz do badania relacji (*Relationship Questionnaire RQ*), Bartholomewa i Horowitza [22].

Warto zwrócić uwagę, że kwestionariusze te badają różne aspekty więzi. I tak, kwestionariusz PBI zawiera dwie skale: opieki i ochraniań. Skala opieki pozwala ocenić zachowania rodziców od zaangażowania uczuciowego i bliskości do chłodu w relacjach i wycofania się, a skala ochraniań – zachowania od zachęcania do autonomii i niezależności do ścisłej kontroli i intruzyjności.

Z kolei kwestionariusz przywiązania w okresie dorastania bada poczucie dostępności rodziców, poziom partnerstwa oraz wyrażanie złości w relacji z rodzicami, a inwentarz przywiązania do rodziców i rówieśników koncentruje się na zaufaniu, komunikacji, alienacji w relacji z rodzicami i rówieśnikami.

Innym ważnym narzędziem jest wywiad służący do badania przywiązania u osób dorosłych (*The Adult Attachment Interview*). Opracowany przez autorów: George, Kaplan i Main [23] częściowo ustrukturuowany wywiad bada bardziej aktualną perspektywę spostrzegania więzi ze znaczącymi osobami niż wczesnodziecięcy wzór przywiązania, ale odnosi się również do strategii, jakie osoba stosowała w relacji z rodzicami, chcąc zapewnić sobie bezpieczeństwo czy ochronić własne ja.

W piśmiennictwie znajdujemy też badania bazujące na analizie klinicznej typu *case study* [1].

Przegląd badań empirycznych pokazuje niejednoznaczny obraz badanych zależności.

Palmer i wsp. [24] w swoich badaniach za pomocą testu *Parental Bonding Instrument PBI* porównywali 35 pacjentek z anoreksją i 37 z bulimią z kobietami zdrowymi. Uzyskane wyniki pokazały, że w porównaniu z grupą kontrolną kobiet zdrowych, pacjentki z anoreksją i bulimią spostrzegały matki jako mniej opiekuńcze, empatyczne i czułe. Pacjentki z bulimią dodatkowo oceniały ojców jako mniej opiekuńczych

i czułych, niż czyniła to grupa kontrolna. W skali ochraniań nie wystąpiły różnice pomiędzy badanymi grupami.

Rorty i wsp. [25], także używając kwestionariusza PBI, stwierdzili, iż pacjentki z bulimią w porównaniu z kobietami zdrowymi oceniały swoich rodziców jako intruzywnych i skoncentrowanych na wyglądzie i ciężarze ciała córki. Pacjentki spostrzegały matki jako nie szanujące prywatności i zazdrosne, a ojców, dodatkowo, jako uwodzących.

Z kolei Calam i wsp. [26] badali za pomocą kwestionariusza PBI pacjentki z anoreksją, bulimią oraz dziewczęta zdrowe. W grupie bulimii wyodrębnili podgrupę tych pacjentek, które wcześniej chorowały na anoreksję. Wyniki ujawniły różnice – pomiędzy grupą kontrolną a grupami klinicznymi, szczególnie grupą pacjentek z bulimią, które nie miały w okresie wcześniejszym anoreksji. Podobnie Broberg i wsp. [27] w szeroko zakrojonych badaniach populacyjnych stwierdzali u osób z zaburzeniami odżywiania się znacząco częściej, w porównaniu ze zdrowymi kobietami, wzory więzi nie dające bezpieczeństwa. Identyfikowane zaburzenia więzi to przywiązanie o charakterze lękowym lub unikająco-lękowym.

Badania Steigera i wsp. [28] obejmowały z kolei 4 grupy kliniczne i grupę kontrolną. Autorzy wyodrębnili: grupę anoreksji restrykcyjnej i bulimicznej oraz dwie grupy bulimii, które różnicowała obecność lub brak wcześniejszej historii anoreksji. Pacjentki ze wszystkich grup klinicznych spostrzegały ojców jako mniej opiekuńczych i czułych, niż czyniły to dziewczęta zdrowe. Dziewczęta z grupy anoreksji bulimicznej dodatkowo dostrzegały nadmierną kontrolę, intruzywność i ochraniań ze strony ojców. W percepcji relacji z matkami nie było żadnej różnicy pomiędzy badanymi grupami.

Określenie więzi z rodzicami w grupie pacjentek z anoreksją i bulimią za pomocą PBI było przedmiotem badań także Sordelliego i wsp. [29]. Pacjentki z bulimią spostrzegały rodziców jako opiekuńczych, ale i nadmiernie ingerujących, przytłaczających i kontrolujących, podczas gdy pacjentki z anoreksją – jako bardzo opiekuńczych.

Z kolei w badaniach Leunga i wsp. [30], również z zastosowaniem tego samego narzędzia, pacjentki z anoreksją spostrzegały znacznie mniej troski ze strony rodziców w okresie dzieciństwa niż kobiety zdrowe i pacjentki z bulimią. Grupę pacjentek z anoreksją stanowiło ogółem 30 kobiet, w tym 20 o typie restrykcyjnym, a 10 o typie bulimicznym. W obu referowanych badaniach grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe.

Badania polskie Żechowskiego i wsp. [31], obejmujące poza osobami z zaburzeniami odżywiania się także pacjentów z rozpoznaniem psychozy oraz pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, pokazały zróżnicowany obraz zależności. W tych dwóch ostatnich grupach autorzy zidentyfikowali więzi nie dające poczucia bezpieczeństwa zarówno w relacjach z rodzicami, jak i rówieśnikami, podczas gdy w grupie pacjentów psychotycznych zaburzone więzi dotyczyły jedynie relacji z rówieśnikami. Warto jednocześnie zwrócić uwagę, że nasilenie trudności w relacji rówieśniczej było zbliżone w grupie pacjentów psychotycznych i w grupie z zaburzeniami odżywiania się. Pokazuje to na sytuowanie się anoreksji i bulimii pomiędzy zaburzeniami nerwicowymi a psychotycznymi.

Warto zwrócić uwagę, że badania dotyczące przywiązania koncentrują się także na poszukiwaniu powiązań pomiędzy typami więzi a efektywnością leczenia. Z badań szwedzkich Broberga *wsp.* [27] wynika, iż dobrym rezultatem terapii sprzyja bardziej lękowy typ więzi niż unikająco-lękowy. Na podobne zależności wskazują też badania Taski i *wsp.* [32]. Autorzy ci stwierdzili, że lękowy wzór przywiązania u pacjentek chorujących na anoreksję bulimiczną skorelowany był z ukończeniem leczenia w odróżnieniu od wzoru unikająco-lękowego. Badacze zwracają uwagę, że ten ostatni wzór więzi charakteryzuje się dewaluowaniem potrzeby pozostawania w relacji z osobami znaczącymi, co obejmuje także relację terapeutyczną.

Na koniec należy przytoczyć badania, które pokazują, iż wzory przywiązania skorelowane są z niezadowolaniem z wyglądu i ciężaru ciała. Sharpe i *wsp.* [33] na podstawie badania 305 dziewcząt zdrowych stwierdzili, iż dziewczęta charakteryzujące się wzorami przywiązania nie dającymi bezpieczeństwa były znacząco częściej niezadowolone z własnego wyglądu i ciężaru ciała w odróżnieniu od dziewcząt oceniających swoje relacje z rodzicami jako bezpieczne. Jest to wynik bardzo ważny, biorąc pod uwagę fakt, iż niezadowolenie z wyglądu i ciężaru ciała jest jednym z głównych czynników ryzyka dla rozwoju zaburzeń odżywiania się [34, 35].

Podsumowanie

Przegląd literatury pokazuje zróżnicowanie wyników, co utrudnia postawienie jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o miejsce zaburzeń przywiązania w anoreksji i bulimii, i potwierdza konieczność prowadzenia dalszych badań. Jedną z przyczyn identyfikowanych różnic może być skład badanych grup. Takie kryteria, jak wiek badanych, współwystępowanie, lub nie, objawów bulimicznych w przebiegu anoreksji, współwystępowanie innych objawów w przebiegu bulimii, nasilenie i chroniczność symptomów mogą modyfikować uzyskane rezultaty [36, 37]. Znaczenie ma zapewne również stosowanie różnych narzędzi odwołujących się do nieco innych aspektów więzi.

Jednocześnie rezultaty badań ujawniają, iż pacjentki z zaburzeniami odżywiania się znacząco częściej niż osoby zdrowe spostrzegają relację z rodzicami w sposób, który wskazuje na zaburzenia przywiązania o charakterze lękowym bądź unikająco-lękowym. Warto podkreślić, że pacjentki spostrzegały trudności zarówno w relacji z matką, jak i z ojcem. Należy zwrócić uwagę, iż szczególnie pacjentki z objawami bulimicznymi wskazywały na kontrolujące, ingerujące i utrudniające decydowanie o sobie zachowanie ojca. Dane te są o tyle ważne, iż podkreślają znaczenie obojga rodziców w procesie kształtowania się przywiązania u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. Warto w tym kontekście zauważyć, iż mimo krytyki wniesionej przez nurt feministyczny, wciąż generalnie mało uwagi, zarówno w teorii, jak i w badaniach, przywiązuje się do osoby ojca². Zarazem ujawnione wyniki potwierdzają ważność rozpatrywania relacji diadycznych w kontekście systemu rodzinnego.

² Problematyka ta jest szerzej omówiona w pracy: *Podstawy feministycznej terapii rodzin*, pod redakcją Lois Braverman, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2003.

W świetle badań można uznać, iż przekonania pacjentek, oparte na doświadczeniu relacji przywiązania, tworzą modele robocze, które dalej podtrzymują lękowy lub lękowo-unikający wzór przywiązania nie tylko z rodzicami, ale z rówieśnikami i innymi osobami. To, co dodatkowo istotne, to rezultaty wskazujące, iż zaburzenia więzi skorelowane są z niezadowoleniem z wyglądu i ciężaru własnego ciała. Może to mieć znaczenie dla gotowości spełniania oczekiwań społecznych, w tym tych, które dotyczą wymogu szczupłości. Pokazuje to, iż więzi nie dające bezpieczeństwa można traktować jako jeden z czynników ryzyka dla rozwoju zaburzeń odżywiania się, co nie wyklucza, iż zaburzenia przywiązania mogą stanowić czynnik ryzyka także dla innych zaburzeń psychicznych.

Концепция привязанности и нарушения питания – теория и эмпирия

Содержание

В работе представлена проба применения теории привязанности в проблематике нарушений питания. В первой части работы представлены классические концепции, относящиеся к анорексии и булимии, анализированные по теории связи Bowlb и его продолжателей.

Вторая часть работы содержит обзор эмпирических исследований на тему способов привязывания при нарушениях питания. В статье обращается внимание на методологические трудности, связанные с исследованием связи, а также представлены данные, полученные из исследований, относящихся к корреляции между способами привязывания и нарушениями питания.

Die Idee der Bindung und Essstörungen - Theorie und Empirie

Zusammenfassung

Der Artikel ist ein Versuch, die Bindungstheorie bei der Problematik der Essstörungen anzuwenden. Im ersten Teil werden die klassischen Konzeptionen zur Anorexia nervosa und zur psychischen Bulimie durch die Bindungstheorie von Bowlby und seine Nachfolger analysiert. Der zweite Teil bildet die Übersicht der empirischen Studien zum Thema Bindungsmuster in den Essstörungen. Im Artikel wird auf die methodologischen Schwierigkeiten aufmerksam gemacht, die mit der Studie an der Bindung verbunden sind. Man bespricht auch gleichzeitig die Angaben zur Korrelation zwischen den Bindungsmustern und Essstörungen, die aus den Studien entnommen wurden.

La théorie de l'attachement et les troubles des conduites alimentaires – théorie et pratique

Résumé

Cet article essaie d'appliquer la conception d'attachement aux problèmes des troubles des conduites alimentaires. Sa part première analyse les conceptions classiques de boulimie et d'anorexie mentale du point de vue de la théorie de Bowlby et de ses continuateurs. La seconde part donne la revue des données empiriques concernant les modèles d'attachement dans les troubles des conduites alimentaires. L'article souligne encore les difficultés méthodologiques liées avec l'examen de ces modèles et il présente aussi les résultats des recherches concernant les corrélations des modèles d'attachement et des troubles des conduites alimentaires.

Piśmiennictwo

1. Wechselblatt T, Gurick G, Simon R. *Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: A clinical case series using grounded theory*. Bull. Menning. Clin. 2000; 64, 1: 91–123.

2. Armstrong J, Ruth D. *Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation*. Int. J. Eat. Disord. 1989; 8 (2): 141–155.
3. Johnson SM. *Attachment theory: A guide for couple therapy*. W: Johnson SM, Whiffen VE, red. *Attachment processes in couple and marital therapy*. New York, London: The Guilford Press; 2003.
4. Stierlin H. *Separating parents and adolescents. Individuation in the family*. New York, London: Aronson; 1972.
5. Bowlby J. *Attachment and loss: retrospect and prospect*. Am. J. Orthopsychiatry 1982; 52: 664–678.
6. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New York: Erlbaum; 1978.
7. Main M, Kaplan N, Cassidy J. *Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation*. W: Bretherton I, Waters W, red. *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1985. 50 (1–2), 209, 66–104.
8. Main M, Solomon. *Discovery of an insecure-disorganized? disoriented attachment pattern*. W: Bartzelon TB, Yogman MW, red. *Affective development in infancy*. Norwood, New York: Ablex; 1986, s.95–124.
9. Bowlby J. *A secure base*. New York, Basic Books; 1988.
10. Simpson JA, Rholes WS, Orina MM, Grich J. *Working models of attachment and support seeking in stressful situation*. Person. Soc. Psychol. Bull. 2002.
11. 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.
12. Bruch H. *Golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge MA, Harvard University Press; 1978.
13. Bruch H. *The changing picture of an illness: anorexia nervosa in attachment and the therapeutic process*. New York: International University Press; 1987.
14. Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson; 1978.
15. Masterson J. *Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent*. W: Hartocollis P, red. *Borderline personality disorders*. New York: International University Press; 1977.
16. Sugarman A, Kurash C. *The body as transitional object in bulimia*. In. J. Eat. Disord. 1982; 1 (4): 57–67.
17. Mahler M. *Rapprochement subphase of the separation-individuation process*. W: Lax R F, Bach S, Burland JA, red. *Rapprochement. The critical subphase of separation-individuation*. New York, London: Jason Aronson; 1980.
18. Sugerman A. *Bulimia: a displacement from psychological self to body self*. W: Johnston C, red. *Psychodynamic treatment of anorexia and bulimia*. New York, London: Guilford Press, 1991.
19. Parker G, Tupling H, Brown L. *A parental bonding instrument*. Brit. J. Med. Psychol. 1979; 52: 1–10.
20. West M. *Adolescent Attachment Questionnaire: a brief assessment of attachment in adolescence*. J. Youth Adolesc. 1998; 27: 661–763.
21. Armsden GC, Greenberg MT. *The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationships to psychological well-being in adolescence*. Youth Adolesc. 1987; 16, 5: 427–453.
22. Bartholomew K, Horowitz LM. *Attachment styles among young adults: A test of a four category model*. J. Personal. Soc. Psychol. 1991; 61: 226–244.

23. George C, Kaplan N, Main M. *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley; 1996.
24. 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.
25. Rorty M, Yager J, Rossotto E, Buckwalter G. *Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of anorexia and bulimia nervosa and comparison women*. Int. J. Eat. Disorder. 2000; 28 (2): 202–208.
26. Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. *Eating disorders and perceived relationships with parents*. Int. J. Eat. Disord. 1989; 9: 479–485.
27. Broberg AG, Nevenonn L, Ostlund S, Levin B, Lindstrom M, Bonnedal U, Hjalmer I. *Eating disorders symptoms and self-reported attachment styles among young Swedish women*. Eating Disorders'97 Conference London, 1997.
28. 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.
29. Sordelli A, Fossati A, Devoti RM, La Viola S. *Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients*. Psychopathol. 1996; 29, (1): 64–70.
30. Leung N, Thomas G, Waller G. *The relationship between parental bonding and core beliefs in anorectic and bulimic women*. Brit. J. Clin. Psychol. 2000; 39 (2): 205–213.
31. Żechowski C, Bażyńska K, Namysłowska I, Bronowska Z, Siewierska A, Jakubczyk A. *Więź z rodzicami i rówieśnikami w ocenie młodzieży hospitalizowanej na oddziale psychiatrycznym – badania pilotażowe*. Psychiatr. Pol. 2004; 38, 5: 933–945.
32. Tasca GA, Taylor D, Richie K, Balfour L. *Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa*. J. Person. Assessm. 2004; 83 (3): 201–212.
33. Sharpe TM, Killen JD, Bryson SW, Shisslak CM, Estes LS, Gray N, Brago M, Taylor CB. *Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls*. Int. J. Eat. Disord. 1998; 23 (1): 39–44.
34. Leung F, Schwartzman A, Stieger H. *Testing a dual-process Family understanding the development of eating disorders psychopathology: a structural modelling analysis*. Int. J. Eat. Disord. 1996; 20 (4): 367–375.
35. Lask B. *Aetiology*. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. *Anorexia and related eating disorders childhood and adolescence*. Hove: Psychology Press Ltd; 2000.
36. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006
37. North C, Gowers S, Byrman V. *Family functioning in anorexia nervosa*. Brit. J. Psychiatry 1995; 167 (5): 673–678.

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

Otrzymano: 7.02.2007
Zrecenzowano: 17.04.2007
Przyjęto do druku: 2.10.2007