

Zbigniew Wajda

**PERCEPCJA WIĘZI Z RODZICAMI I ZMIANY NASILENIA
OBJAWÓW U PACJENTÓW UCZESTNICZĄCYCH
W KRÓTKOTERMINOWEJ PSYCHODYNAMICZNO-
-INTERPERSONALNEJ PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ**

**PERCEPTION OF BONDING WITH PARENTS AND CHANGE OF SYMPTOMS
INTENSITY IN PATIENTS ATTENDING SHORT-TERM
PSYCHODYNAMIC-INTERPERSONAL GROUP PSYCHOTHERAPY**

Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania „Dąbrówka” w Gliwicach

Streszczenie

Cel: *Celem badań było sprawdzenie, czy w trakcie krótkoterminowej psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej zachodzi zmiana w zakresie percepcji więzi z rodzicami i czy ma ona związek ze zmianą nasilenia objawów nerwicowych.*

Metoda: *Badaniu poddano 107 pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i odżywiania uczestniczących w 12-tygodniowym intensywnym cyklu psychoterapii grupowej. Użyto narzędzi: Parental Bonding Instrument (PBI) do badania percepcji więzi z rodzicami oraz Kwestionariusza Objawowego SII (KO SII) do badania nasilenia objawów nerwicowych. Pomiarów dokonano na początku i na końcu 12-tygodniowego cyklu psychoterapii.*

Wyniki: *a) Zanotowano zmianę percepcji więzi z rodzicami w całej grupie badanej podczas psychoterapii w wymiarach opieki i kontroli ze strony matki, kontroli ze strony ojca oraz zmianę nasilenia objawów nerwicowych. Percepcja ojcowskiej opieki nie zmieniła się. b) Zanotowano brak korelacji pomiędzy zmianą percepcji więzi z rodzicami a zmianą nasilenia objawów. c) Analiza pozwoliła wyodrębnić trzy różne skupienia wyników dające charakterystyczne profile kompilacji opieki, kontroli i objawów.*

Wnioski: *a) W całej badanej grupie zaobserwowano zmianę percepcji więzi z rodzicami podczas krótkoterminowej psychoterapii grupowej, natomiast po wyodrębnieniu poszczególnych skupień zmiany te okazały się nieistotne. b) Analiza nie wykazała związku pomiędzy zmianą percepcji więzi z rodzicami a zmianą w nasileniu objawów nerwicowych. c) W badanej grupie analiza skupień pozwoliła na wyodrębnienie trzech charakterystycznych profili, odpowiadających poszczególnym stylom więzi z rodzicami. d) Badania mają swoje ograniczenia metodologiczne, w szczególności stosunkowo małą liczbą i niejednorodną pod względem diagnozy, wieku i płci grupę badaną.*

Summary

Objectives: *The aim of the research was to check whether during short-term psychodynamic-interpersonal group psychotherapy a change in the perception of bonding with parents occurs and if it is associated with a change in the intensity of neurotic symptoms.*

Methods: *A group of 107 patients who suffered from neurosis, personality disorder, or eating disorder participated in a 12-week intensive group psychotherapy. Tools: Parental Bonding Instrument (PBI) to evaluate the perception of bonding with parents, and Symptom*

Checklist KO SII to evaluate the intensity of neurotic symptoms. Measurements were made at the beginning and at the end of the psychotherapy.

Results: a) There was a change in perception of bonding with parents during psychotherapy regarding care and control of the mother, control of the father and a change in the intensity of neurotic symptoms when the results were analyzed among the whole group. b) There was no correlation between the change in perception of bonding with parents and the change in intensity of neurotic symptoms. c) The analysis allowed to distinguish three clusters with characteristic profiles.

Conclusions: a) In the whole study group we noticed a change in perception of parental bonding, whereas among the distinguished three clusters the observed changes were not significant. b) The analysis did not show any association between the change in perception of bonding with parents and the change in intensity of neurosis symptoms. c) Cluster analysis allowed to distinguish three characteristic profiles, each representing a different pattern of parental bonding. d) The study has, however, methodological limitations, e.g. a relatively small study group, heterogeneous diagnosis, or different age and gender of the participants.

group psychotherapy, parental bonding

Wstęp

Jakość relacji dziecka z rodzicami ma istotny wpływ na jego późniejsze funkcjonowanie oraz ewentualne pojawienie się psychopatologii w życiu dorosłym, co zostało potwierdzone wieloma doniesieniami z badań [1–3]. Jedną z najbardziej wpływowych koncepcji opisujących to zjawisko jest szeroko znana w psychologii i psychiatrii jako „koncepcja przywiązania”, której autorem był John Bowlby [4–6]. Tezy Bowlby’ego są nadal rozwijane przez wielu badaczy i teoretyków, a badania w tym względzie obejmują coraz nowsze obszary oraz sposoby widzenia zagadnień szczegółowych. Parker, Tupling i Brown [7] podjęli próbę operacjonalizacji przywiązania w odniesieniu do opisanych przez współpracowniczkę Bowlby’ego — Mary Ainsworth, wymiarów matczynego zachowania wobec dziecka, zauważając jednocześnie, że w opisach tej autorki pomijany jest aspekt zachowań ojca. Powstało narzędzie: *Parental Bonding Instrument* (PBI), za pomocą którego możemy zbadać retrospektywną percepcję więzi z obojgiem rodziców w dwóch wymiarach: opieki i kontroli. Dają one również możliwość podziału spostrzeganych więzi na cztery kategorie stylów przywiązania, osobno z matką i osobno z ojcem. Hipoteza dotycząca tego modelu zakłada, że styl optymalny, najbardziej sprzyjający zdrowiu psychicznemu, obserwujemy przy wysokim poziomie opieki i niskim poziomie kontroli ze strony rodzica.

Koncepcja Parkera i wsp. cieszy się dużym zainteresowaniem, stąd narzędzie PBI było weryfikowane i wykorzystywane w wielu badaniach. Na przykład w USA przebadano dużą liczbę pacjentów ($n = 5877$) o bardzo szerokim spektrum zaburzeń — od depresyjnych i z PTSD, poprzez różne rodzaje zaburzeń lękowych, aż do zaburzeń osobowości i uzależnień [1]. Badania wykazały, że w szczególności niski poziom opieki, mierzony przez PBI, jest predyktorem tych zaburzeń. Wykryto również, że donioślejsze znaczenie w większości zaburzeń ma percepcja relacji z matką. Wyjątek stanowiły zaburzenia o charakterze eksternalizacyjnym w grupie mężczyzn, w której wysoka kontrola ze strony ojca wiązała się z mniejszym nasileniem zaburzeń o charakterze antyspołecznym, a wysoka kontrola ze strony matki z większym ich nasileniem. Wyniki te mogą sugerować, że w pewnych przypadkach szczególna kompilacja wymiarów opieki i kontroli u matki i u ojca może być czynnikiem chroniącym. Powyższe badania zostały zreplicowane na populacji

holenderskiej [8] — również przebadano dużą grupę osób ($n = 4796$). Ponownie brak rodzicielskiej opieki oraz nadmierna kontrola były powiązane z niektórymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, a charakter więzi z rodzicami wyjaśniał od 1% do 5% wariacji występowania psychopatologii.

Badania z użyciem PBI były prowadzone także w Polsce. Wykazały one między innymi, że u młodzieży z zaburzeniami zachowania i emocji istnieje ujemna korelacja pomiędzy opieką matki a nasileniem lęku jako cechy [9], opieką matki i kontrolą ojca a poczuciem urazy oraz kontrolą matki i kontrolą ojca a niższym nasileniem drażliwości u młodzieży z zaburzeniami zachowania i emocji [10]. W innych badaniach, w nieklinicznej grupie dziewcząt w późnej adolescencji, opieka ze strony matki była predyktorem niższego poziomu wycofania oraz lęku i depresji, zaś opieka ze strony ojca predyktorem niższego poziomu skarg somatycznych i zaburzeń myślenia. W tej samej grupie kontrola ze strony matki była predyktorem wyższego poziomu zaburzeń uwagi i zachowań agresywnych, a kontrola ze strony ojca predyktorem większego nasilenia problemów społecznych [11].

Najobszerniejszego przeglądu badań prac z użyciem *Parental Bonding Instrument* dokonał sam Parker [12]. Narzędzie to było używane przez niego w bardzo różnych kontekstach (głównie klinicznych) do opisu percepcji relacji z rodzicami w grupach pacjentów z różnym rozpoznaniem, m.in. depresją, zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami odżywiania itd. oraz korelacji wyników z różnymi innymi czynnikami psychologicznymi. Główna hipoteza modelu Parkera i wsp. [7] mówiąca, że wysoki poziom opieki i niski poziom kontroli rodzicielskiej sprzyja zdrowiu psychicznemu, została potwierdzona. Należy dodać, że słabsze powiązania między wynikami w PBI a psychopatologią dostrzeżono u pacjentów z zaburzeniami o większej komponente biologiczno-psychiatrycznej (np. schizofrenia, depresja endogenna itp.) [13].

Koncepcja przywiązania może również wyjaśniać wiele zjawisk w psychoterapii [14, 15], choć do tej pory stosunkowo mało było doniesień dotyczących percepcji wczesnych relacji przywiązaniowych i ich odbicia w tej formie leczenia. Jedno z pierwszych przeprowadzili Chambers i wsp. [16]. Obejmowało ono osoby z diagnozą zaburzeń lękowych. Badani, u których po 3 i 14 latach od zakończenia terapii wciąż stwierdzano zaburzenia lękowe, uzyskiwali niższy wynik w wymiarze rodzicielskiej opieki i wyższy wynik w wymiarze rodzicielskiej kontroli w PBI, w porównaniu z osobami, u których zaburzenie już nie występowało.

Ryum i wsp. [17] opisali badania pacjentów uczestniczących w psychoterapii indywidualnej i grupowej. Wyniki wykazały, że wyższy poziom ojcowskiej opieki, a także wyższy poziom kontroli ze strony obojga rodziców korelował z lepszymi wynikami w indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Wyższy poziom kontroli korelował również z lepszymi efektami zarówno grupowej psychoterapii poznawczo-behawioralnej, jak i niespecyficznego leczenia indywidualnego (TAU — *Individual Treatment as Usual*). Autorzy tych badań zauważają, że choć PBI jest obiecującym narzędziem odnośnie do planowania terapii, to jednak nie jest aż tak uniwersalne, jak wcześniej sądzono i prawdopodobnie dotyczy tylko określonych grup pacjentów. Ponadto wyniki tych badań wykazały, że wymiary PBI nie mają charakteru liniowego, a raczej krzywoliniowy, co by oznaczało, że średnie nasilenie opieki i kontroli ze strony opiekunów jest najbardziej optymalne dla zdrowia psychicznego i procesu psychoterapii. Stoją zatem w sprzeczności z główną

hipotezą modelu Parkera i wsp. [7] i większością badań pokazujących, że optymalny jest wysoki poziom opieki i niski poziom kontroli rodzicielskiej.

Z kolei Láng [18] prowadził badania z użyciem PBI, które pokazały, że wymiar opieki ze strony ojca ujemnie koreluje z unikającym stylem więzi wobec psychoterapeuty i jednocześnie dodatnio koreluje z pozytywnymi postawami wobec psychoterapii indywidualnej. Johnstone i wsp. [19] porównywali rezultaty leczenia psychoterapią w podejściu interpersonalnym (IPT) i poznawczo-behawioralnym (CBT) wobec osób dorosłych z depresją w kontekście ich doświadczeń z dzieciństwa. Użyto między innymi narzędzia PBI do określenia percepcji więzi z rodzicami. Autorzy stwierdzają, że matczyzna opieka oraz ojcowiska kontrola stanowią predyktory leczenia psychoterapią osób z depresją: a) matczyzna opieka stanowi predyktor rezultatów obu tych typów terapii, przy czym optymalny jest jej średni poziom; b) osoby z niskim i wysokim poziomem matczynej opieki uzyskały mniejsze rezultaty w IPT, w przeciwieństwie do CBT — osoby z niskim, średnim i wysokim poziomem matczynej opieki uzyskały wysokie rezultaty; c) pacjenci z wysokim poziomem kontroli ze strony ojca uzyskali mniejsze rezultaty w IPT.

Hoffart-Lunding i Hoffart [20] sprawdzali zmiany percepcji więzi z rodzicami na skutek poznawczo-behawioralnej terapii schematów (*schema therapy*) u osób z rozpoznaniem agorafobii i zaburzeń osobowości, a której program obejmował sesje indywidualne, grupowe oraz zajęcia warsztatowe. Pacjenci rok po zakończonej terapii spostrzegali opiekę matki jako istotnie niższą niż w badaniu przed rozpoczęciem terapii. Ponadto okazało się, że mniejsza zmiana w percepcji matczynej opieki korelowała z mniejszymi zmianami w ogólnym wyniku zaburzeń osobowości z wiązki C wg DSM-IV.

Należy dodać, że do tej pory większość badań nad aspektami więzi w psychoterapii odnosiła się do stylu przywiązania w relacjach interpersonalnych w dorosłości, a te, choć mogą być powiązane ze stylem więzi w dzieciństwie, to prawdopodobnie stanowią odrębną kategorię [14]. Przegląd tych badań wykracza jednak poza ramy niniejszego artykułu.

W obszarze psychoterapii wiele podejść teoretycznych, szczególnie w nurcie psychoanalitycznym i psychodynamicznym, koncentruje się na wczesnych relacjach rodzic–dziecko (częściej matka–dziecko). Tym samym treść sesji terapeutycznych z pacjentami często oscyluje wokół tej tematyki, dążąc do emocjonalnego wglądu w naturę dziecięcych relacji z rodzicami, poznania ich wpływu na aktualne funkcjonowanie, a także poznawczej rekonstrukcji obrazu tych relacji [21, 22]. Może to prowadzić do zmiany w percepcji takiej więzi z rodzicami. Jak wskazuje dokonany przegląd literatury, relacje przywiązaniowe oraz ich retrospektywna percepcja same w sobie mogą być predyktorami przebiegu i efektywności psychoterapii, w tym psychoterapii grupowej. Natomiast bardzo niewiele wiadomo na temat tego, czy w trakcie psychoterapii może nastąpić zmiana w percepcji relacji z rodzicami i czy ma to jakiś związek z efektywnością leczenia psychoterapeutycznego rozumianą jako zmiana nasilenia objawów. Stąd zaprojektowano badania, które mogłyby dostarczyć informacji w tym zakresie.

Głównym celem badań było sprawdzenie, czy w trakcie krótkoterminowej psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej zachodzi zmiana w zakresie percepcji więzi z rodzicami i czy ma to związek ze zmianą nasilenia objawów nerwicowych.

Postawiono hipotezy badawcze zakładające, że w trakcie krótkoterminowej psychoterapii grupowej prowadzonej w oparciu o podejście psychodynamiczno-interpersonalne: 1) u pacjentów zachodzą zmiany w zakresie retrospektywnej percepcji więzi z rodzicami; 2) zmiany w zakresie retrospektywnej percepcji więzi z rodzicami mają związek ze zmianą nasilenia objawów nerwicowych; 3) istnieją specyficzne profile pacjentów, charakteryzujące się określonym poziomem opieki i kontroli z rodzicami oraz określonym nasileniem objawów nerwicowych.

Material i metoda

Osoby badane

Badaniu poddano 141 osób, jednak po wykluczeniu nieprawidłowo wypełnionych kwestionariuszy oraz osób, które nie ukończyły pełnego cyklu psychoterapii (drop-out), do dalszych analiz włączono grupę badaną 107 osób uczestniczących w krótkoterminowej psychoterapii grupowej w podejściu psychodynamiczno-interpersonalnym. 40 osób to mężczyźni, a 67 to kobiety, najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 54 lata, średnia wieku to 33 lata. Rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: 66 osób miało diagnozę zaburzeń nerwicowych, 25 osób miało diagnozę zaburzeń osobowości, a 16 osób diagnozę zaburzeń odżywiania. Szczegółowe dane zawiera poniższa Tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Zmienna	Badana grupa n = 107	n (%)
Płeć	Mężczyźni	40 (37,38%)
	Kobiety	67 (62,62%)
Wiek	Średnia wieku	33
	min-max	18-54
	Mediana	31
Wykształcenie	Wyższe	60 (56,07%)
	Średnie	32 (29,91%)
	Policealne	7 (6,54%)
	Zawodowe	4 (3,74%)
	Gimnazjalne	2 (1,87%)
	Podstawowe	2 (1,87%)
Rozpoznanie	Zaburzenia nerwicowe	66 (61,68%)
	Zaburzenia osobowości	25 (23,36%)
	Zaburzenia odżywiania	16 (14,95%)

Leczenie psychoterapią grupową

Badania były prowadzone w grupie terapeutycznej w Oddziale Dziennym w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania „Dąbrówka” w Gliwicach. Okres badania trwał od września 2012 roku do lipca 2015 roku. Grupa terapeutyczna pracowała w systemie ciągłym, 12-tygodniowym, co oznacza, że na miejsce odchodzącej osoby wchodziła nowa. Zazwyczaj do grupy przyjmowana była jedna osoba, rzadziej dwie, z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, zaburzeń osobowości lub zaburzeń odżywiania się (wg klasyfikacji ICD-10). Psychoterapia grupowa była intensywna: od poniedziałku do piątku, każdego dnia 3 jednogodzinne sesje terapeutyczne (15 godzin tygodniowo), prowadzone przez dwójkę certyfikowanych psychoterapeutów — kobietę i mężczyznę, przy współpracy dwójki stażystów. Praca zespołu terapeutycznego była poddawana regularnej superwizji.

Psychoterapia była prowadzona w oparciu o podejścia psychodynamiczne oraz interpersonalne, co oznacza, że terapeuci wzmacniali takie aspekty pracy w grupie, jak: swobodna aktywność werbalna, analiza i rozumienie problemów w kontekście własnej historii życiowej, a w szczególności w kontekście relacji z kluczowymi opiekunami, budowanie spójności grupowej, swobodna wymiana uczuć, myśli oraz informacji zwrotnych na temat swojego funkcjonowania, wykorzystywanie techniki „tu i teraz”, komentowanie procesu grupowego, budowanie „ego obserwującego” grupy, kreowanie atmosfery dającej możliwość korektywnego doświadczenia emocjonalnego. Ponadto terapeuci wykazywali dbałość o powtarzalny *setting*, uważność na ewentualne przekraczanie zasad grupowych, komentowali zachowania poszczególnych pacjentów oraz zjawiska grupowe, unikali odkrywania siebie i dyrektywności, unikali dawania rad i bezpośrednich wskazówek. Istotnym elementem pracy były również interpretacje, w tym interpretacje genetyczne, interpretacje zjawisk przeniesieniowych, interpretacje uświadamiające działanie mechanizmów obronnych i stylów interpersonalnych poszczególnych pacjentów.

Procedura badania

Badania przeprowadzono metodami kwestionariuszowymi na początku i na końcu leczenia krótkoterminową psychoterapią grupową: w pierwszym dniu terapii i w ostatnim jej tygodniu pacjenci wypełniali za zgodą zestaw narzędzi badawczych.

Narzędzia badawcze

- 1) *Parental Bonding Instrument* (PBI) — kwestionariusz autorstwa Parkera i wsp. [7] w polskim tłumaczeniu Agnieszki Popiel i Moniki Sitarz. Osoba badana ustosunkowuje się do 25 twierdzeń opisujących zachowania rodziców — osobno matki i ojca, w 4-stopniowej skali: od „bardzo się zgadza” do „zupełnie się nie zgadza”. Wyniki pozwalają na opis diadycznych relacji z rodzicami, w wymiarach opieki i kontroli. Wymiar opieki może rozciągać się od chłodu i odrzucenia emocjonalnego do emocjonalnego ciepła, które dają rodzice. Wymiar kontroli rozciąga się na biegunach od psychologicznej autonomii do nadmiernego wpływu i kontroli ze strony rodziców. Na podstawie tych dwóch wymiarów możliwe jest wyodrębnienie czterech stylów przywiązania. Osoba badana może opisywać relację z rodzicami (osobno z matką i osobno z ojcem) jako:

1. Styl optymalny (*optimal parenting*) — wysoka opieka i niska kontrola ze strony rodzica.
2. Styl nadopiekuńczo-wymuszający (*affectionate constraint*) — wysoka opieka i wysoka kontrola ze strony rodzica.
3. Styl kontrolujący (*affectionless control*) — niska opieka i wysoka kontrola ze strony rodzica.
4. Styl zaniedbujący (*neglectful parenting*) — niska opieka i niska kontrola ze strony rodzica.

Autorzy zakładają, że najbardziej optymalna dla rozwoju człowieka i jego funkcjonowania jest relacja, w której obiekt rodzicielski wykazuje duży stopień emocjonalnej opieki i niski stopień psychologicznej kontroli, co zawiera się w stylu optymalnym.

- 2) *Kwestionariusz Objawowy (KO SII)* autorstwa Aleksandrowicza [23], pozwalający na ustalenie ogólnego poziomu objawów nerwicowych. Został on opracowany w Katedrze Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i jest pochodną Kwestionariusza Objawowego SCL-90. Kwestionariusz zbudowany jest z 85 pytań zamkniętych/twierdzeń.

Stworzono też możliwość odnotowania 3 dodatkowych dowolnych objawów, które nie są ujęte wcześniej na liście pytań zamkniętych. Na każdy z itemów osoba badana może odpowiedzieć, zaznaczając „0” — w ubiegłym tygodniu dolegliwość nie występowała; „a” — dolegliwość występowała, ale była tylko w nieznacznym stopniu uciążliwa; „b” — dolegliwość występowała w ubiegłym tygodniu i była średnio uciążliwa; „c” — wymieniona dolegliwość była bardzo uciążliwa.

W procedurze normalizacyjnej wykorzystano 742 wypełnione kwestionariusze, z czego 593 były wypełnione przez osoby zgłaszające się do leczenia psychiatrycznego z powodu zaburzeń nerwicowych lub zaburzeń osobowości, a 149 przez osoby, które nie były leczone. Wyniki analiz pozwoliły na określenie punktu odcięcia między osobami zdrowymi a pacjentami wynoszącego 165 punktów. Rzetelność kwestionariusza (stabilność) wahała się od 75% do 87% zgodności odpowiedzi.

- 3) Kwestionariusz osobowy opracowany przez autora doniesienia z pytaniami pozwalającymi na późniejszą charakterystykę grupy badanej.

Analiza statystyczna

Analiza statystyczna obejmowała 3 etapy: 1) Przeprowadzenie prostych porównań wyników uzyskanych na początku i na końcu leczenia z użyciem testu t-Studenta dla grup zależnych; 2) Sprawdzenie możliwych korelacji pomiędzy wymiarami przywiązania, ich zmianą a nasileniem objawów nerwicowych, z użyciem wskaźnika korelacji r-Pearsona, 3) przeprowadzenie analizy skupień uzyskanych wyników, poprzedzony wystandaryzowaniem wyników surowych, by móc porównywać zmienne opisane na różnych skalach punktowych. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności statystycznej 0,05.

Wyniki

W pierwszym punkcie analizy wyników przeprowadzono test t-Studenta dla grup zależnych, celem porównania wyników całej grupy na początku i na końcu terapii (w 1. i 12. tygodniu). Wyniki tej analizy prezentuje poniższa Tabela 2.

Tabela 2. Porównanie średnich wyników dotyczących wymiarów więzi z matką i ojcem, nasilenia objawów na początku (1. tydzień) i na końcu (12. tydzień) psychoterapii grupowej oraz wskaźniki wielkości efektu d-Cohena (n = 107)

Zmienne: wymiary przywiązania oraz objawy	Średnia (odchylenie standardowe)		Różnica	t-Studenta	df	Istotność statystyczna	d-Cohena
	1. tydzień terapii	12. tydzień terapii					
Matka – opieka	16,28 (10,37)	15,02 (9,35)	-1,26	-2,37	106	0,020	-0,13
Matka – kontrola	18,00 (8,92)	19,48 (8,82)	1,48	2,85	106	0,005	0,17
Ojciec – opieka	11,36 (8,43)	11,52 (7,82)	0,16	0,31	106	n.s.	0,02
Ojciec – kontrola	15,07 (8,93)	16,26 (9,08)	1,19	2,47	106	0,015	0,13
Nasilenie objawów	289,14 (108,85)	194,50 (122,60)	-94,63	-9,33	106	0,001	-0,82

n.s. — nieistotnie statystycznie

Jak pokazuje powyższa Tabela 2, wartości zmiennych w ostatnim tygodniu terapii różniły się istotnie od wartości zmiennych w pierwszym tygodniu psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej dla wymiarów opieki i kontroli ze strony matki, kontroli ze strony ojca oraz nasilenia objawów. Percepcja ojcowskiej kontroli nie zmieniła się istotnie w ciągu terapii. Wskaźnik d-Cohena dla tych zmiennych osiągał niskie wartości. Zanotowano również istotnie statystyczne zmniejszenie objawów, w tym wypadku wartość wskaźnika d-Cohena należy interpretować jako stosunkowo wysoką.

W drugim etapie analizy uzyskanych wyników sprawdzono możliwe korelacje między wymiarami więzi oraz ich zmianą a nasileniem objawów oraz ich redukcją w trakcie terapii grupowej. Działanie to wykazało brak istotnych statystycznie korelacji, co można rozumieć jako brak związku między wymiarami więzi i ich zmianą a nasileniem objawów.

W trzecim etapie wystandaryzowano surowe wyniki celem możliwości porównania zmiennych opisywanych na różnych skalach punktowych (zmienna uzyskuje średnią wartość oczekiwaną 0 i odchylenie standardowe 1). Następnie przeprowadzono analizę skupień. Wyniki zostały zaprezentowane w poniższej Tabeli 3 oraz na wykresie 1.

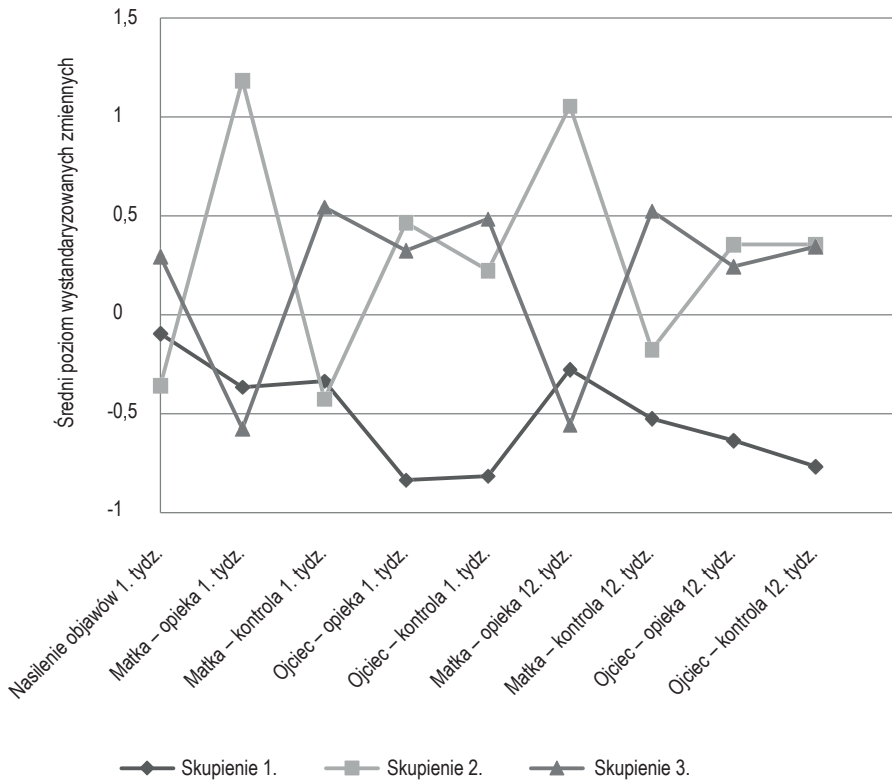
Tabela 3. Wyniki analizy skupień

Zmienne		Skupienie 1. (n = 35)	Skupienie 2. (n = 30)	Skupienie 3. (n = 42)	df	F	p
1. tydzień terapii	Nasilenie objawów	-0,08	-0,34	0,31	104	4,15	0,018
	Matka – opieka	-0,35	1,20	-0,56	104	70,34	0,001
	Matka – kontrola	-0,32	-0,41	0,56	104	13,49	0,001
	Ojciec – opieka	-0,82	0,48	0,34	104	26,26	0,001
	Ojciec – kontrola	-0,80	0,24	0,50	104	24,94	0,001
12. tydzień terapii	Nasilenie objawów	-0,04	-0,28	0,23	104	2,39	0,097
	Matka – opieka	-0,26	1,07	-0,54	104	44,78	0,001
	Matka – kontrola	-0,51	-0,16	0,54	104	13,71	0,001
	Ojciec – opieka	-0,62	0,37	0,26	104	12,35	0,001
	Ojciec – kontrola	-0,75	0,37	0,36	104	20,00	0,001
Różnica między 12. a 1. tygodniem terapii	Nasilenie objawów	0,04	0,03	-0,05	104	0,09	0,913
	Matka – opieka	0,22	-0,45	0,13	104	4,55	0,013
	Matka – kontrola	-0,30	0,42	-0,04	104	4,51	0,013
	Ojciec – opieka	0,39	-0,23	-0,17	104	4,29	0,016
	Ojciec – kontrola	0,06	0,26	-0,23	104	2,26	0,109

Powyższa Tabela 3 pokazuje, że w efekcie przeprowadzonej analizy skupień w badanej grupie można wyszczególnić trzy skupienia o liczebności 35, 30 i 42 osób, różniące się od siebie istotnie w zakresie większości badanych zmiennych. Wybrane zmienne z pierwszego i ostatniego tygodnia terapii, które istotnie statystycznie różniły się w obrębie zidentyfikowanych skupień ($p < 0,05$), zostały zaprezentowane poniżej na wykresie 1. Można zauważyć, że skupienie 2. charakteryzuje się najwyższym poziomem opieki i stosunkowo niskim poziomem kontroli ze strony matki, co najbardziej przypomina optymalny styl więzi. W skupieniu 2. od samego początku najmniejsze było nasilenie objawów. Natomiast największe nasilenie objawów na początku terapii było w skupieniu 3. charakteryzującym się najniższym poziomem opieki oraz najwyższym poziomem kontroli ze strony matki. Można zauważyć, że zmiany w zakresie percepcji więzi z rodzicami w trakcie 12-tygodniowej terapii zmieniły się jedynie nieznacznie dla poszczególnych skupień.

Dyskusja wyników

Doniesienia z badań dotyczące powiązań między percepcją więzi z rodzicami a psychoterapią były jak do tej pory stosunkowo nieliczne, w porównaniu z badaniami nad przywiązaniem w dorosłości w kontekście psychoterapii. Opisywane tu badania eksplorują tę tematykę, badając zmiany w percepcji więzi z rodzicami podczas krótkoterminowej,



Wykres 1. Profile średnich wyników skupień dla zmiennych, w których różnice okazały się statystycznie istotne

intensywnej psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej oraz zmiany w nasileniu objawów nerwicowych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości i zaburzeniami odżywiania.

Uzyskane wyniki pokazały, że w obrębie całej grupy badanej nastąpiły zmiany percepcji więzi z rodzicami, z wyjątkiem percepcji opieki ze strony ojca. Po terapii grupa badana spostrzegła swoje matki jako mniej opiekuńcze w dzieciństwie, a jednocześnie, zarówno matki, jak i ojców jako bardziej kontrolujących. Jak pokazały badania innych autorów, wyższy wynik na wymiarze kontroli ojcowskiej był czynnikiem chroniącym [1], okazywał się również predyktorem lepszych efektów terapii poznawczo-behawioralnej [17]. W badaniu opisanym przez Hoffart-Lunding i Hoffarta [20], pacjenci rok po zakończonej terapii spostrzegali opiekę matki jako istotnie słabszą niż w badaniu przed rozpoczęciem terapii. W niniejszych badaniach w trakcie psychoterapii psychodynamiczno-interpersonalnej, którą odbyli badani pacjenci, może dochodzić do zmiany percepcji relacji z rodzicami na skutek omawiania tych relacji, analizowania ich wpływu na bieżące życie, osłabiania nieadaptacyjnych mechanizmów obronnych oraz uzyskiwanych informacji zwrotnych od innych

uczestników terapii. Jednak, jak pokazały wartości wskaźnika efektu d-Cohena, zmiany w percepcji relacji z rodzicami nie były zbyt duże na poziomie całej grupy. W trakcie terapii obniżył się średni poziom nasilenia objawów nerwicowych w badanej grupie, a wskaźnik d-Cohena dla tej zmiany był stosunkowo wysoki, co jest zgodne z licznymi doniesieniami na temat skuteczności (*efficacy*) i efektywności (*effectiveness*) psychoterapii grupowej [24].

W dalszej analizie sprawdzano możliwe korelacje pomiędzy spostrzeganymi wymiarami więzi i ich zmianą a nasileniem objawów nerwicowych. Okazało się, że osłabienie tychże objawów nie jest związane ze zmianą w zakresie spostrzegania więzi, a prawdopodobnie z działaniem w tym wypadku innych czynników leczących w psychoterapii grupowej, które nie były kontrolowane w niniejszym badaniu. Tylko jedno wcześniejsze badanie Hoffart-Lunding i Hoffarta [20] sprawdzało zmiany percepcji więzi z rodzicami na skutek procesu psychotherapeutycznego i zmian w zakresie psychopatologii. W badaniu tym uczestniczyły osoby z agorafobią i zaburzeniami osobowości, poddane poznawczo-behawioralnej terapii schematów (*schema therapy*), której program obejmował sesje indywidualne, grupowe oraz zajęcia warsztatowe. Okazało się, że mniejsza zmiana w percepcji matczynej opieki korelowała z mniejszymi zmianami w ogólnym wyniku zaburzeń osobowości z wiązki C wg DSM-IV (*PD-C index* wg narzędzia: SCID II). Pozostałe badania nie obejmowały pomiaru zmiany percepcji więzi z rodzicami w trakcie lub po psychoterapii [17, 18], a w badaniach Chambersa i wsp. [16] dokonano pomiaru percepcji więzi z rodzicami tylko raz i to po zakończeniu leczenia. W badaniu Johnstone i wsp. [19] wymiary opieki i kontroli były predyktorami efektów psychoterapii w podejściu interpersonalnym, jak i behawioralno-poznawczym, jednak porównanie utrudnia fakt, że była to terapia indywidualna, grupę badaną stanowili pacjenci z jednolitym rozpoznaniem — depresją, a wymiary więzi z rodzicami traktowano jako zmienną niezależną i nie sprawdzano, czy nastąpiły w tym zakresie zmiany.

Być może brak korelacji pomiędzy zmianą percepcji więzi z rodzicami a zmianami w nasileniu objawów nerwicowych można również tłumaczyć tym, że więź z rodzicami w dzieciństwie może mieć znaczenie dla zmiany bardziej wewnętrznych, psychologicznych, osobowościowych aspektów funkcjonowania, takich jak np. samoocena, cechy osobowościowe czy postawy wobec innych i siebie (jak w wewnętrznych modelach operacyjnych), mniej natomiast dla bezpośredniej zmiany medycznie rozumianych objawów nerwicowych. Za taką hipotezę mogą przemawiać uzyskane przez Hoffart-Lunding i Hoffarta [20] wyniki badań, w których zmianie uległy właśnie zmienne dotyczące wczesnych nieadaptacyjnych schematów (*Early Maladaptive Schemas*). W badaniu tym matczyzna kontrola dodatnio korelowała z takimi schematami poznawczymi, jak zahamowana autonomia (*impaired autonomy*) oraz wyolbrzymione standardy (*exaggerated standards*). Jeśli wziąć pod uwagę fakt, że wymiary czy wzorce więzi z rodzicami mają dosyć stabilny charakter [25], podobnie jak wewnętrzne modele operacyjne, to brakuje również doniesień z badań pacjentów, którzy odbyli dłuższą psychoterapię, a co za tym idzie, byłiby dłużej ekspozowani na czynniki terapeutyczne mogące zmieniać stosunkowo stałe dyspozycje psychologiczne. Niniejsze badania bowiem prowadzone były na osobach uczestniczących w 12-tygodniowej terapii, a badania Hoffart-Lunding i Hoffarta [20] na uczestnikach 11-tygodniowego programu terapeutycznego, czyli w stosunkowo krótkiej perspektywie czasowej.

W końcowym etapie opracowania wyników dokonano analizy skupień, która wykazała trzy znacząco różniące się od siebie skupienia. Można stwierdzić, że odzwierciedlają one

style przywiązania wyszczególnione przez Parkera i wsp. [7] w PBI. Skupienie pierwsze, w którym widzimy niskie wyniki w zakresie obu wymiarów zarówno dla ojca, jak i dla matki, charakteryzuje styl zaniedbujący (*neglectful parenting*). W skupieniu drugim widzimy wysoki poziom opieki i niski poziom kontroli ze strony matki — co odpowiada stylowi optymalnemu (*optimal parenting*), oraz stosunkowo wysoki poziom opieki i kontroli ze strony ojca, co charakteryzuje styl nadopiekuńczo-wymuszający (*affectionate constraint*). Można zauważyć, że ta grupa pacjentów charakteryzuje się najniższym poziomem objawów w pierwszym tygodniu terapii. Trzecie skupienie pokazuje niski poziom opieki i wysoki poziom kontroli ze strony matki, charakteryzujący styl kontrolujący (*affectionless control*), oraz wysoki poziom opieki i kontroli ojca — styl nadopiekuńczo-wymuszający (*affectionate constraint*). Ostatnie skupienie charakteryzuje się najwyższym poziomem objawów na początku terapii, co jest zgodne z wieloma doniesieniami z badań, jako że wysoka kontrola matki przy niskiej opiece bardzo często związana jest z psychopatologią pacjentów [12, 13, 26]. Analiza skupień wykazała również, że zmiany w zakresie wymiarów opieki i kontroli po terapii są znikome dla poszczególnych skupień, inaczej niż wykazało to porównanie testem t-Studenta dla całej grupy badanej. Należy to interpretować w ten sposób, że zmiany te są na tyle małe, że są zauważalne jedynie na poziomie całej grupy, jednak nie mają istotnego znaczenia dla poszczególnych uczestników, a także poszczególnych podgrup pacjentów, wyróżnionych w analizie skupień.

Opisywane tu badania mają wiele ograniczeń. Po pierwsze badana grupa nie była jednorodna pod względem płci, wieku, jak i rozpoznań — w grupie terapeutycznej leczyły się wspólnie osoby z diagnozą zaburzeń nerwicowych, zaburzeń osobowości i zaburzeń odżywiania, mężczyźni i kobiety, a rozpiętość ich wieku była dosyć duża. Należy zwrócić uwagę również na to, że grupa badana była stosunkowo mało liczna. Przy analizie statystycznej dla całej grupy ($n = 107$) zanotowano istotne zmiany zarówno percepcji więzi z rodzicami, jak i w zakresie nasilenia objawów nerwicowych, czego nie uzyskano przy podziale grupy na poszczególne wiązki wyodrębnione za pomocą analizy skupień, w wyniku którego liczba badanych była znacznie niższa ($n = 35$; $n = 30$; $n = 42$). Może to sugerować, że istotność statystyczna wyników w tym wypadku była funkcją liczebności grupy włączonej do analiz.

Po drugie nie uwzględniono specyficznych metod pomiaru dla poszczególnych podgrup diagnostycznych (np. wagi ciała, sposobów odżywiania czy zachowań kompensacyjnych w podgrupie osób z zaburzeniami odżywiania), a uwzględniono jedynie ogólne nasilenie objawów nerwicowych.

Po trzecie drugiego pomiaru percepcji więzi, jak i nasilenia objawów nerwicowych dokonano jedynie bezpośrednio na koniec terapii i nie sprawdzono ewentualnych zmian po pewnym czasie (badania typu *follow up*). W badaniach nie utworzono grupy kontrolnej.

Należy także dodać, że badania były prowadzone w kontekście krótkoterminowej psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej. Oznacza to, że z jednej strony pojawiały się podczas terapii tematy eksplorujące dziecięce relacje pacjentów z ich rodzicami, z drugiej jednak interwencje terapeutyczne nie były strategicznie nakierowane na zmianę percepcji więzi z rodzicami. Ponadto grupa funkcjonowała na zasadzie dużej rotacji pacjentów, czyli w stosunkowo mało stabilnym środowisku społecznym. Wszystkie powyższe zastrzeżenia mogą wpływać zarówno na niejednoznaczność obrazu uzyskanych wyników, jak i każą z dużą ostrożnością interpretować uzyskane tu wyniki.

Podsumowanie

W literaturze przedmiotu stosunkowo rzadko znajdujemy opisy badań koncentrujące się na zmianie percepcji więzi z rodzicami podczas procesu psychoterapeutycznego. Niżej artykuł przedstawia tematykę więzi w kontekście krótkoterminowej psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i odżywiania. Wyniki wykazały:

- na końcu procesu psychoterapii grupowej zmianę w całej grupie badanej dla wymiarów opieki i kontroli ze strony matki, kontroli ze strony ojca oraz zmianę nasilenia objawów nerwicowych. Percepcja ojcowskiej opieki w całej grupie nie zmieniła się istotnie w ciągu terapii;
- brak korelacji pomiędzy zmianą percepcji więzi z rodzicami a zmianą nasilenia objawów w badanej grupie. Można wnioskować, że zmiana nasilenia objawów nerwicowych nastąpiła na skutek innych czynników niż zmiana percepcji więzi z rodzicami;
- istnienie trzech różniących się od siebie skupień wyników dających charakterystyczne, różniące się od siebie profile. W poszczególnych skupieniach — w odróżnieniu od analiz przeprowadzanych na całej grupie — nie zanotowano istotnych zmian, ani w zakresie percepcji więzi ani w zakresie nasilenia objawów nerwicowych.

Prezentowane tu badania mają swoje ograniczenia, głównie natury metodologicznej, w tym: silnie niejednorodną charakterystykę osób badanych, małą liczebność grupy badanej i brak grupy kontrolnej. Zauważa to możliwości dokonywania uogólnień oraz interpretacji. Nieliczne jak do tej pory badania w tym zakresie oraz niejednoznaczność wyników wskazują na potrzebę dalszej eksploracji tego obszaru badawczego.

Piśmiennictwo

1. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from the US national comorbidity survey. *Psychol. Med.* 2002; 32: 997–1008.
2. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM i wsp. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch. Gen. Psychiat.* 2010; 67: 113–123.
3. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM i wsp. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *Brit. J. Psychiat.* 2010; 197: 378–385.
4. Bowlby J. *Attachment and loss (t. I)*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
5. Bowlby J. *Attachment and loss (t. II)*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
6. Bowlby J. *Attachment and loss (t. III)*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1980.

7. Parker G, Tupling H, Brown L. Parental Bonding Instrument. *Br. J. Med. Psychol.* 1979; 52: 1–10.
8. Overbeek G, Haveten M, Vollebergh W, Graaf de R. Parental lack of care and overprotection. Longitudinal associations with DSM-III-R disorders. *Soc. Psych. Psych. Epid.* 2006; 42: 87–93.
9. Iniewicz G, Dziekan K, Wiśniewska D i Szuszkiewicz A. Wzory przywiązania a lęk u adolescentów z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45 (5): 693–702.
10. Iniewicz G, Wiśniewska D, Dziekan K. i Szuszkiewicz A. Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45 (5): 703–711.
11. Wajda Z. Percepcja relacji między rodzicami oraz wzory przywiązania a nasilenie objawów psychopatologicznych u dziewcząt w późnej adolescencji. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47 (5): 853–864.
12. Parker G. Parental Bonding Instrument. Annotated bibliography of PBI. Sydney: Black Dog Institute; 1999.
13. Gladstone, GL, Parker GB. The role of parenting in the development of psychopathology: an overview of research using the Parental Bonding Instrument. W: Hudson J, Rapee R, red. *Psychopathology and the family.* Boston MA: Elsevier; 2005, s. 21–34.
14. Wallin DJ. Attachment in psychotherapy. New York: The Guilford Press; 2007.
15. Marmarosh CL, Markin RD, Spiegel EB. Attachment in group psychotherapy. Washington DC: American Psychological Association; 2013.
16. Chambers JA, Power KG, Durham RC. Parental styles and long-term outcome following treatment for anxiety disorders. *Clin. Psychol Psychot.* 2004; 11: 187–198.
17. Ryum T, Vogel PA, Hagen R, Stiles TC. Memories of early attachment: the use of PBI as a predictor of outcome in pesso-boyden system psychomotor (PBSP) group therapy, cognitive-behavioural group therapy (CBGT), individual cognitive-behavioural therapy (CBT) and individual treatment as usual (TAU) with adult out-patients. *Clin. Psychol Psychot.* 2008; 15: 276–285.
18. Láng A. Effects of perceived parental bonding on therapeutic attachment avoidance and patients' attitude toward psychotherapy. W: Lancaster AJ, Sharpe O, red. *Psychotherapy: new research.* Hauppauge: Nova Science Publishers; 2012, s. 85–100.
19. Johnstone JM, Carter JD, Luty SE, Mulder, RT, Frampton CM, Joyce PR. Maternal care and paternal protection influence response to psychotherapy treatment for adult depression. *J. Affect. Disorders.* 2013; 149(1–3): 221–229.
20. Hoffart-Lunding S, Hoffart A. Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster C personality problems. *Clin Psychol. Psychother.* 2016; 23(2):107–117.
21. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2014.
22. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook. Washington DC–London, England: American Psychiatric Publishing; 2010.
23. Aleksandrowicz JW. Kwestionariusz S-II. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34 (6): 945–959.
24. Burlingame GM, Strauss B, Joyce AS. Change mechanisms and effectiveness of small group treatment's. W: Lambert MJ, red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6th Edition.* New York: John Wiley and Sons; 2013, s. 640–689.
25. Pinquart M, Faußner C, Anher L. Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attach. Hum. Dev.* 2013; 15 (2): 189–218.
26. Avagianou PA, Zafropoulou M. Parental bonding and depression: Personality as a mediating factor. *Int. J. Adolesc. Med. Health.* 2008; 20 (3): 261–269.

Adres: zbigniew.wajda@uj.edu.pl