

Anna Brytek

POCZUCIE UMIEJSCOWIENIA KONTROLI I EKSPRESJA ZŁOŚCI U KOBIET Z BULIMIĄ — BADANIA PILOTAŻOWE

LOCUS OF CONTROL AND ANGER IN WOMEN WITH BULIMIA NERVOSA — A PILOT STUDY

Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Kierownik: prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek
oraz

Katedra Psychologii Zdrowia Uniwersytetu Paula Verlaine'a w Metz (Francja)
Kierownik: prof. dr hab. Elizabeth Spitz

W artykule opisane są wyniki badań przeprowadzonych przez Autorkę w grupach dziewcząt narodowości polskiej i francuskiej, cierpiących na bulimię psychiczną. Celem badań była ocena poczucia kontroli oraz ekspresji złości u pacjentek. W badaniach zastosowano Skalę Poczucia Umiejscowienia Kontroli (IPC) Levensona oraz Skalę Kontroli Ekspresji (SECS) Van Eldereña i wsp.

locus of control
anger
bulimia nervosa

Summary

Objective. Evaluation of locus of control and anger in Polish and French populations with bulimia nervosa.

Method. The study involved 30 Polish patients and 14 French patients who were diagnosed according to ICD–10 criteria. The control group consisted of 107 randomly selected students from Poland and France. The study applied the Internal Powerful Others and Chance Scale by Levenson (1991) and the Self–Expression and Control Scale by Van Elderen et al. (1997).

Results. The Polish patients with bulimia nervosa show a significantly higher external locus of control ($p \leq 0.01$) and level of anger–out ($p \leq 0.001$) as compared to French bulimic patients. The results revealed significant differences between the experimental groups and control groups. As compared to control groups, Polish patients show a significantly lower internal locus of control ($p \leq 0.01$), they show a significantly higher external locus of control ($p \leq 0.001$) and they believed more in chance ($p \leq 0.01$). However, in the French group, bulimic patients show a significantly higher level of anger–in ($p \leq 0.01$) than the control group.

Conclusion. The experience of self–control of bulimic patients is much more disturbed than that of the healthy population.

Wstęp

Poczucie umiejscowienia kontroli (locus of control — LOC) traktowane jest jako jeden z wymiarów osobowości współkształtujący funkcjonowanie jednostki zarówno w różnych sferach jej aktywności, jak i w życiu społecznym. Dotyczy, opartego na spostrzeganiu,

wpływu człowieka na rezultaty jego działań. Poczucie umiejscowienia kontroli może być wewnętrzne (wewnątrzsterowność) lub zewnętrzne (zewnątrzsterowność). Kiedy jednostka kontroluje własne działania, interpretuje przyczyny swojego zachowania czynnikami wewnętrznymi i ma wpływ na wzmocnienia — posiada wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli, natomiast, gdy rezultaty działań są interpretowane przez nią jako zależne od czynników losowych (inni ludzie, wiara w szczęście, przypadek, przeznaczenie), a nie od własnych predyspozycji, mowa jest wówczas o zewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli.

Badania przeprowadzone przez Adame'a i Johnsona [1] dowiodły, że kobiety mające LOC zewnętrzne w większym stopniu niezadowolone są z własnego ciała i wyglądu aniżeli osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli. Fouts i Vaughan [2] postulują, że posiadanie zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli może prowadzić do skupiania się wyłącznie na informacjach pochodzących z zewnątrz, dotyczących wizerunku ciała, porównywania go z obrazem akceptowanym społecznie i w konsekwencji — do niezadowolenia z własnego wyglądu. Zdaniem Silversteina i wsp. [3] pragnienie osoby z bulimią bycia szczupłą nie tyle związane jest z poszukiwaniem własnej kobiecości (do czego zmierzają w swoim mniemaniu dziewczęta cierpiące na żarłoczność psychiczną), co z aspiracjami udowodnienia swojej wartości w wymiarze społecznym, zawodowym i intelektualnym.

Złość uznawana jest za fundamentalną emocję. Występuje w różnych kulturach — wszędzie wyrażana i przeżywana jest w podobny sposób. Emocje złości powstają z reguły wtedy, gdy zablokowane zostają działania człowieka bądź gdy uniemożliwia mu się dążenie do osiągnięcia wyznaczonego sobie celu. Rodzi się wówczas frustracja, która prowadzi do emocjonalnego pobudzenia. Fizykalną postać złości stanowią zachowania agresywne lub autoagresywne.

Wade i wsp. [4] uważają, że niestabilność emocjonalna i impulsywność powinny być traktowane jako charakterystyczne elementy bulimii.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena poczucia umiejscowienia kontroli oraz ekspresji złości u dziewcząt z bulimią narodowości polskiej i francuskiej.

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

- Czy istnieją różnice w zakresie poczucia kontroli oraz ekspresji złości u osób z bulimią odmiennych narodowości?
- Czy kobiety z bulimią mają większą czy mniejszą samokontrolę w porównaniu z kobietami zdrowymi?
- Czy wyniki badanych grup z bulimią różnią się w zakresie ekspresji złości od wyników zdrowych rówieśników?

Material

Badaniami objęto 30 dziewcząt narodowości polskiej i 14 dziewcząt narodowości francuskiej z rozpoznaniem żarłoczności psychicznej (bulimia nervosa) według kryteriów ICD-10 [5]. Średnia wieku badanych w grupie polskiej wynosiła 21,2 (SD ± 2,3) roku, w grupie francuskiej zaś 22,9 (SD ± 8,6) roku. Czas trwania choroby u badanych Polek równy był średnio 31,2 miesiąca (SD ± 14,3), u Francuzek natomiast 52,4 (SD ± 53,5) mie-

siąca. Średnia wskaźnika wagowo–wzrostowego (BMI) u dziewcząt narodowości polskiej wynosiła 21,0 (SD \pm 1,2), a u dziewcząt narodowości francuskiej 24,7 (SD \pm 4,2).

Grupę kontrolną stanowiło 60 studentek narodowości polskiej i 57 narodowości francuskiej — losowo wybranych, które wyraziły zgodę na udział w badaniu. Zostały one poddane takiej samej procedurze badawczej, jak osoby z grupy klinicznej. W grupach kontrolnych średnia wieku studentek polskich wynosiła 20,5 (SD \pm 1,8) roku, studentek francuskich zaś 20,8 (SD \pm 1,9) roku. Średnia wartość BMI osiągnęła 20,6 (SD \pm 2,4) dla grupy polskiej i 21,4 (SD \pm 2,8) dla grupy francuskiej.

Francuska grupa dziewcząt z bulimią miała znamienne ($p \leq 0,001$) wyższą wartość BMI, a także znamienne wyższy czas trwania choroby ($p \leq 0,05$) w stosunku do chorych narodowości polskiej, była także znamienne ($p \leq 0,01$) starsza od grupy kontrolnej.

Metoda

W badaniu wykorzystano Skalę Poczucia Umiejscowienia Kontroli (IPC — Internal Powerful Others and Chance Scale) Levensona (we francuskiej adaptacji Loasa i wsp. [6]) oraz Skalę Samowyróżnienia i Kontroli (SECS — Self-Expression and Control Scale) Van Elderena i wsp. [7] w polskim tłumaczeniu Brytek [8]. Do sprawdzenia rzetelności kwestionariusza IPC oraz SECS w polskiej populacji autorka zastosowała analizę czynnikową. Spójność każdego z czynników testowana była za pomocą rachunku współczynnika rzetelności — alpha Cronbacha. W wyniku analizy czynnikowej dla Skali Poczucia Umiejscowienia Kontroli wyodrębniono: (1) wiarę w wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli — zgodność wewnętrzna skali wynosiła $\alpha = 0,58$, (2) wiarę w zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli (wiara w sprawowanie kontroli osób znaczących) — zgodność wewnętrzna skali wynosiła $\alpha = 0,69$, oraz (3) wiarę w szczęście/przypadek — zgodność wewnętrzna skali wynosiła $\alpha = 0,68$.

W wyniku analizy czynnikowej dla Skali Samowyróżnienia i Kontroli powstały cztery podskale: (1) eksterioryzacja złości ($\alpha = 0,81$), (2) interioryzacja złości ($\alpha = 0,65$), (3) kontrola w uzewnętrznianiu złości ($\alpha = 0,75$) oraz (4) kontrola w uwewnętrznianiu złości ($\alpha = 0,73$).

Analiza statystyczna

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu statystycznego SPSS wersja 12.0 (2004). Analizę wymiarów poczucia umiejscowienia kontroli i ekspresji złości przeprowadzono dla badanych grup z bulimią psychiczną oraz grup kontrolnych za pomocą analizy wariancji ANOVA. Porównania miały charakter międzygrupowy oraz zewnątrzgrupowy. Przyjęty poziom istotności „p” wynosił 0,05 (przedział dwustronny).

Wyniki badań

Za pomocą analizy wariancji ANOVA wykazano różnice istotne statystycznie między badanymi grupami a średnimi wartościami poczucia umiejscowienia kontroli (tabela 1).

Osoby z bulimią narodowości polskiej osiągnęły większe wartości w zewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli ($p \leq 0,01$) w porównaniu z dziewczętami narodowości francuskiej. Dodatkowo, badane Polki mają istotnie niższe wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli ($p \leq 0,01$) w porównaniu ze zdrową grupą rówieśniczą, natomiast jeśli

chodzi o ich zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli ($p \leq 0,001$) oraz wiarę w szczęście/przypadek ($p \leq 0,01$) — uzyskały wyższą punktację niż osoby zdrowe (wykres 1).

Interpretując wyniki uzyskane w skali SECS, można stwierdzić, że różnice istotne statystycznie dotyczą eksterioryzacji i interioryzacji złości (tabela 2).

W polskiej grupie dziewcząt z bulimią psychiczną poziom eksterioryzacji złości był istotnie wyższy ($p \leq 0,001$) niż u francuskich pacjentek i w grupie kontrolnej. Natomiast w grupie francuskiej chore na bulimię osiągnęły istotnie wyższe wyniki w skali interioryzacji złości ($p \leq 0,01$) niż zdrowe studentki.

Omówienie wyników

W przeprowadzonych badaniach polska grupa dziewcząt z bulimią charakteryzowała się istotnie wyższym zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli w porównaniu z grupą francuskich pacjentek oraz z grupą kontrolną. W literaturze przedmiotu istnieje wiele badań, które wykazały, że uczucie braku sprawowania kontroli nad własnym życiem, potrzebami oraz pragnieniami, i w rezultacie wiara w sprawowanie kontroli przez osoby znaczące, występuje częściej u osób chorych na bulimię niż w grupie kontrolnej [4, 9, 10, 11].

Wiara w sprawowanie kontroli przez osoby znaczące może wynikać z braku zaufania we własne możliwości. Badania Dagleisha i wsp. [12], przeprowadzone wśród 15 pacjentek z bulimią, dowiodły, że osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania się uważają, że mają słabsze poczucie samokontroli niż zdrowa populacja. Niekontrolowanie się może wynikać z nieumiejętności panowania nad impulsami bądź nieprzystosowania podejmowanych działań do rzeczywistości (czynniki emocjonalno–motywacyjne zniekształcają czynności poznawcze). Podczas ataku bulimii dziewczęta mają często poczucie całkowitego braku kontroli nad przebiegiem zdarzenia. Odczuwają niemożność zaprzestania jedzenia. Po ataku towarzyszy im najczęściej rodzaj ulgi w związku ze spadkiem początkowego napięcia oraz poczucie winy z powodu frustrującej ich utraty kontroli. Żarłoczność psychiczna stanowi przeciwieństwo anoreksji, jeśli chodzi o sztywną kontrolę nad zachowaniem własnym i innych. Choroba rozwija się w atmosferze braku kontroli (utrata panowania nad sobą). Poczucie bezradności i braku kontroli przyczynia się do powstawania bardzo niskiej samooceny (mechanizm błędnego koła). Według niektórych badaczy [4] zewnętrzne poczucie kontroli i uczucie nieskuteczności są czynnikami ryzyka powstawania bulimii.

Badania Claesa i wsp. [13] ukazują, że osoby z żarłocznością psychiczną mają tendencję do słabszego kontrolowania siebie i własnej aktywności fizycznej (np. zachowania agresywne lub seksualne) niż grupa kontrolna. Autorzy dodatkowo postulują, że zachowania osób z bulimią cechuje większa impulsywność (jako cecha i jako stan) w porównaniu z osobami z jądłowstrętem psychicznym (typ restrykcyjny).

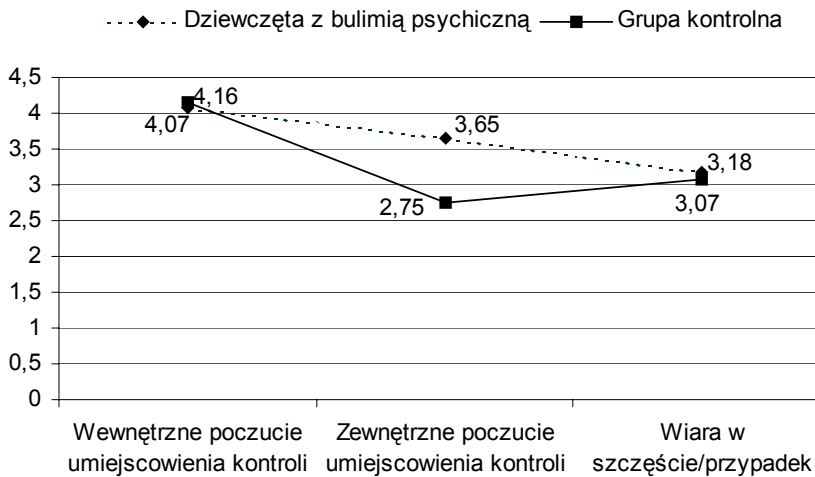
Polska grupa pacjentek z bulimią w większym stopniu uwewnętrzniła własną złość aniżeli grupa francuska i grupa kontrolna. Wyniki wcześniejszych badań [14, 15] ujawniły znacząco wyższy poziom eksterioryzacji złości u osób z bulimią w porównaniu ze zdrową populacją. Przy porównywaniu dwóch badanych grup z bulimią warto zauważyć, że ekspresja złości była odmienna: w porównaniu z grupą kontrolną, badane dziewczęta narodowości francuskiej bardziej uwewnętrzniają własną złość niż grupa kontrolna. Badania przeprowadzone przez Wallera i wsp. [16] dowiodły, że kobiety cierpiące na zaburzenia

Tabela 1. Średnie wyniki wymiarów kwestionariusza IPC uzyskane przez dziewczęta z bulimią i z grup kontrolnych

Poczucie umiejscowienia kontroli	Badania w Polsce				Badania we Francji				Porównanie grup				Badania w Polsce		Badania we Francji	
	Dziewczęta z bulimią N = 30		Grupa kontrolna N = 60		Dziewczęta z bulimią N = 14		Grupa kontrolna N = 57		ANOVA		Polki z bulimią versus Francuzki z bulimią		Dziewczęta z bulimią versus grupa kontrolna		Dziewczęta z bulimią versus grupa kontrolna	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	df	p	p	p	p	p	
Wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli	4,07	0,86	4,16	0,64	4,10	0,58	4,46	0,60	3,23	3	0,01	NS	0,01	NS		
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli	3,65	0,89	2,75	0,91	2,80	1,05	2,61	0,88	9,39	3	0,001	0,01	0,001	NS		
Wiara w szczęście / przypadek	3,18	0,81	3,07	0,74	2,78	0,69	2,74	0,84	2,83	3	0,05	NS	0,01	NS		

Tabela 2. Średnie wyniki wymiarów kwestionariusza SECS uzyskane przez dziewczęta z bulimią i z grup kontrolnych

Ekspresja złości	Badania w Polsce				Badania we Francji				Porównanie grup				Badania w Polsce		Badania we Francji	
	Dziewczęta z bulimią N = 30		Grupa kontrolna N = 60		Dziewczęta z bulimią N = 14		Grupa kontrolna N = 57		ANOVA		Polki z bulimią versus Francuzki z bulimią		Dziewczęta z bulimią versus grupa kontrolna		Dziewczęta z bulimią versus grupa kontrolna	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	df	p	p	p	p	p	
Eksterioryzacja złości	2,85	0,72	2,16	0,67	1,90	0,77	2,19	0,73	8,61	3	0,001	0,001	0,001	NS		
Interioryzacja złości	2,33	0,81	2,04	0,58	2,69	0,85	2,08	0,68	4,14	3	0,01	NS	NS	0,01		
Kontrola w eksterioryzacji złości	2,72	0,97	2,54	0,49	2,38	0,55	2,67	0,76	1,08	3	NS	NS	NS	NS		
Kontrola w interioryzacji złości	3,64	0,60	2,84	0,64	2,90	0,75	2,81	0,76	0,70	3	NS	NS	NS	NS		



Wykres 1. Porównanie średnich wyników wymiarów skali IPC uzyskanych przez grupę dziewcząt z bulimią i grupę kontrolną

odżywiania się mają wyższy poziom złości jako stanu (state anger) oraz w większym stopniu tłumią własną złość (anger suppression). Fakt interioryzacji emocji negatywnych w badanej grupie francuskich pacjentek można wytłumaczyć czynnikami rodzinnymi — niekorzystną sytuacją rodzinną. W przeprowadzonych przez autorkę badaniach [8] dziewczęta te osiągnęły niskie wyniki w samoocenie dotyczącej sfery rodzinnej. Zaburzenia w zakresie więzi z najbliższymi (zatarcie granic wewnątrzrodzinnych, sztywne wzory funkcjonowania, słaba autonomia członków rodziny) powodują, że dziewczęta nie okazują swoich uczuć oraz stanów emocjonalnych, ponieważ obawiają się, że ujawnienie ich może spowodować brak zrozumienia (w tym również lekceważenie) ze strony rodziny. Można przypuszczać, że ekspresja emocji u francuskich pacjentek była uboższa z powodu braku takich zachowań w rodzinie.

Różnice w zakresie poczucia kontroli oraz ekspresji złości u badanych pacjentek z bulimią wynikać mogą z odmiennego stylu wychowania w Polsce i we Francji. Czynniki związane z późniejszym okresem separacji od rodziców, jak i te uwarunkowane ekonomicznym i zależnościowym stylem wychowania w rodzinach polskich, mogą wpływać na doświadczanie większej niestabilności emocjonalnej (która przejawia się eskalacją uczuć negatywnych — eksterioryzacja złości), poczucia uległości oraz braku odpowiedzialności za siebie, swoje zachowania, działania (wiara w sprawowanie kontroli przez osoby znaczące). Dziewczęta narodowości francuskiej wychowywane są w warunkach bardziej sprzyjających gotowości do separacji od rodziny. Poza czynnikami społeczno-kulturowymi, istotne znaczenie dla różnic w zakresie poczucia kontroli i ekspresji złości mógł odegrać także czas trwania zaburzenia (w grupie polskiej wynosił on średnio 31,2 miesiąca, we francuskiej zaś 52,4 miesiąca).

W związku z tym, że przedstawione badania miały charakter pilotażowy, wymagają one dalszego sprawdzenia. Problemem dotychczasowych badań była mała liczebność grupy francuskiej oraz niejednorodny charakter grup klinicznych. Należy przypuszczać, że

uzyskane w przeszłości wyniki badań mogłyby przyczynić się do zrozumienia funkcjonowania na płaszczyźnie społecznej, indywidualnej oraz emocjonalnej osób z bulimią w Polsce i we Francji, oraz ukazać, jaką rolę odgrywają czynniki kulturowe w żarłoczności psychicznej (czy różnicują one wybrane zmienne osobowościowe u pacjentek odmiennych narodowości).

Wnioski

1. Przeprowadzone badania wykazują istotnie wyższe zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli w grupie polskich dziewcząt chorujących na bulimię, w porównaniu zarówno z pacjentkami francuskimi, jak i z grupą kontrolną.
2. Wyniki badania wskazują na odmienne formy wyrażania emocji negatywnych przez pacjentki z bulimią w porównaniu z grupami kontrolnymi: polska grupa uzewnętrznia złość, natomiast francuska uwewnętrznia ją.
3. Badaną polską grupę osób z żarłocznością psychiczną cechuje istotnie większa intensyfikacja emocji oraz impulsywność zachowań, wyrażająca się eksterioryzacją złości, aniżeli pacjentki z Francji.

Piśmiennictwo

1. Adame DD, Johnson TC. Physical fitness, body image, and locus of control in college freshman men and women. *Percept. Mot. Skills* 1989; 68: 400–402.
2. Fouts G, Vaughan K. Locus of control, television viewing, and eating disorder symptomatology in young females. *J. Adolesc.* 2002; 25: 307–311.
3. Silverstein B, Perdue L, Peterson B, Kelly E. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles* 1986; 14 (9/10): 519–532.
4. Wade T, Martin NG, Tiggemann M, Abraham S, Treloar SA, Heath AC. Genetic and environmental risk factors shared between disordered eating, psychological and family variables. *Pers. Individ. Differ.* 2000; 28: 729–740.
5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
6. Loas G, Dardennes R, Dhee–Perot P, Leclerc V, Fremaux D. Opérationnalisation du concept de «lieu de contrôle»: traduction et première étude de validation de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC: The internal powerful others and chance scale). *Ann. Med. Psychol.* 1994; 152 (7): 466–469.
7. Van Elderen T, Maes S, Komproe I, Van Der Kamp L. The development of an anger expression and control scale. *Brit. J. Health Psych.* 1997; 2: 269–281.
8. Brytek A. Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles. Niepublikowana praca doktorska. Université Paul Verlaine – Metz, France, 2005.
9. Lugli–Rivero Z, Vivas E. Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud Publica Mex.* 2001; 43(1): 9–16.
10. Peluso T, Ricciardelli LA, Williams RJ. Self–control in relation to problem drinking and symptoms of disordered eating. *Addict. Behav.* 1999; 24(3): 439–442.
11. Rost W, Neuhaus M, Florin I. Bulimia nervosa: sex role attitude, sex role behavior, and sex role related locus of control in bulimarexic women. *J. Psychosom. Res.* 1982; 26(4): 403–408.

12. Dagleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, de Silva P, Treasure J. Perceived control over events in the world in patients with eating disorders: a preliminary study. *Pers. Individ. Differ.* 2002; 31: 453–460
13. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with control. *Pers. Individ. Differ.* 2002; 32: 707–714.
14. Fassino S, Abbate–Daga G, Pierň A, Leombruni P, Rovera GG. Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychother. Psychosom.* 2003; 72(4): 203–210.
15. Fava M, Rappe SM, West J, Herzog DB. Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Res.*, 1995; 56(3): 205–212.
16. Waller G, Babbs M, Milligan R, Meyer C, Ohanian V, Leung N. Anger and core beliefs in the eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 34 (1): 118–124.

Adres: Zakład Psychologii Ogólnej
Uniwersytetu Śląskiego
ul. Grażyńskiego 53
40-126 Katowice