

MONIKA OLGA JAŃCZAK  <https://orcid.org/0000-0002-5739-1124>

Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań
Faculty of Psychology and Cognitive Science, Adam Mickiewicz University, Poznań
e-mail: monika.janczak@amu.edu.pl

MARTA ORNOCH

Centrum Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychoedukacji, Poznań
e-mail: marta.ornoch@pracownia-psychoterapii.pl

Mentalizacja, mechanizmy obronne i styl przywiązania u młodych kobiet z symptomami zaburzeń odżywiania

Mentalization, Defense Mechanisms, and Attachment Style in Young Women with Symptoms of Eating Disorders

Abstract

In this study, we aimed to investigate the pathomechanism of eating disorders (ED) by examining mentalizing, attachment, and defense mechanisms. We conducted a study with 85 young women who completed the ECR-R, MentS, DSQ-40, and EAT-26 questionnaires. Women displaying high ED symptoms showed increased attachment anxiety and avoidance, utilized more immature defense mechanisms, and had lower levels of self-reflective mentalizing compared to the control group. There were no significant differences in interpersonal mentalizing and motivation for mentalizing. Regression analysis revealed that predictors of ED included attachment anxiety, attachment avoidance, and self-reflective mentalizing, explaining 47% of the variance in ED symptoms. Additionally, self-reflective mentalizing mediated the relationship between attachment anxiety, attachment avoidance, and the severity of ED symptoms.

Keywords: mentalization, attachment, defense mechanisms, eating disorder

Słowa kluczowe: mentalizacja, przywiązanie, mechanizmy obronne, zaburzenia odżywiania

WPROWADZENIE

W literaturze podejmowane są próby zrozumienia zarówno patomechanizmu, jak i patogenezы zaburzeń odżywiania, a także weryfikacji skuteczności dostępnych metod leczenia (Kuipers i in., 2018; Zeeck i in., 2021). Aktualnie obserwuje się coraz większe zainteresowanie rolą przywiązania i mentalizacji w leczeniu pacjentów z zaburzeniami odżywiania, co częściowo jest spowodowane rosnącą popularnością podejścia

opartego na mentalizacji (*Mentalization Based Treatment*, MBT) w leczeniu tego typu zaburzeń, także w Polsce (Kordyńska i in. 2019). W artykule podejmujemy próbę wyjaśnienia patomechanizmu zaburzeń odżywiania z uwzględnieniem mentalizacji i jej związków z przywiązaniem, które do tej pory w polskiej literaturze badane były głównie w kontekście zaburzeń osobowości (Cierpiałkowska i Kaczmarek, 2022; Marszał, 2015) lub w populacji ogólnej (Marszał i Jańczak, 2018; Górska, 2018). Model ten został

uzupełniony o mechanizmy obronne, ze względu na wykazane w badaniach związku funkcjonowania obronnego z mentalizowaniem (Jańczak i in., 2023), a także znaczenie obronności dla funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania (Orsolini i in., 2020). Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie, czy można określić konfigurację stylu przywiązania, stosowanych mechanizmów obronnych oraz zdolności do mentalizacji, która miałaby istotne znaczenie dla występowania symptomów zaburzeń odżywiania.

W psychologii rozwojowej koncepcja przywiązania ma ugruntowaną pozycję, poczynając od klasycznych prac autora koncepcji, kończąc na ciągle zwiększającej się liczbie badań empirycznych na temat związków przywiązania z funkcjonowaniem dzieci, młodzieży i dorosłych (Bosmans i Borelli, 2022; Herstel i in., 2021). Według Johna Bowlby'ego (2007) potrzeba bliskości jest pierwotną, uwarunkowaną biologicznie potrzebą, stanowiącą podstawę zdolności do tworzenia więzi. Rozwój przywiązania wiąże się z internalizacją powtarzających się interakcji z opiekunem, dzięki czemu kształtują się wewnętrzne struktury postrzegania siebie i świata, tzw. modele operacyjne. Określony styl przywiązania kształtuje się w odpowiedzi na reakcje matki wobec potrzeb dziecka. Szeroka literatura z obszaru związków przywiązania z wystąpieniem psychopatologii wskazuje na występowanie pozabezpiecznych wzorców przywiązania u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania (metaanaliza w: Jewell i in., 2023; Tasca, Balfour, 2014). Na przykład Laporta-Herrero i in. (2020) podkreślają rolę przywiązania w kształtowaniu się obrazu ciała wśród młodzieży i zaznaczają, że pozytywny obraz ciała stanowi czynnik chroniący przed rozwojem zaburzeń odżywiania. Badanie w znaczący sposób podkreśla znaczenie bezpiecznego przywiązania zarówno dla tworzenia satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami, jak i dla zadowolenia z ciała, a tym samym jako czynnika chroniącego przed rozwojem zaburzeń odżywiania. Z kolei Redondo i Luyten (2018) wykazali związek pomiędzy pozabezpiecznym przywiązaniem a objawami zaburzeń odżywiania i obniżoną zdolnością do uważności (*mindfulness*). Analizy mediacyjne wykazały, że

uważność częściowo mediuje związek między pozabezpiecznym przywiązaniem a zaburzeniami odżywiania. W innym badaniu ci sami autorzy (2020) wykazali, że aleksytymia, a szczególnie trudność w identyfikacji uczuć, pełni rolę pośredniczącą między pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania a objawami zaburzeń odżywiania. Z kolei metaanaliza Cortés-García i in. (2019) wskazuje na pośredniczącą rolę dysregulacji emocjonalnej oraz objawów depresyjnych między pozabezpiecznym przywiązaniem a symptomami zaburzeń odżywiania. Te badania pozwalają przypuszczać, że także mentalizacja jako funkcja regulacyjna może pełnić rolę pośredniczącą pomiędzy pewną relacyjną dyspozycją (przywiązaniem) a psychopatologią (symptomami zaburzeń jedzenia).

Poszukiwania mediatorów związku między przywiązaniem a zaburzeniami odżywiania doprowadziło do dużego zainteresowania poziomem zdolności do mentalizacji w tej grupie klinicznej. Mentalizowanie to zdolność do rozumienia zachowań własnych i innych ludzi w kategoriach stanów umysłu (Bateman i Fonagy, 2019). Idąc za myślą autorów koncepcji, mentalizowanie można zdefiniować jako zdolność do patrzenia **na siebie z zewnątrz i na innych od wewnątrz**. Rozwój mentalizacji następuje w czasie pierwszych pięciu lat życia i zachodzi w kontekście relacji pomiędzy dzieckiem i głównym opiekunem, równoległe do internalizacji wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania. Zbudowanie ufnej relacji przywiązania zapewnia optymalny rozwój zdolności do mentalizowania, ponieważ dziecko uczy się tworzyć reprezentacje umysłowe własne i innych ludzi w odpowiedzi na powtarzające się doświadczenia z pierwotną figurą przywiązania. Literatura przedmiotu wskazuje, że obniżona zdolność do mentalizowania jest istotnym predyktorem rozwoju psychopatologii różnego typu (Cierpiątkowska i Górska, 2016; Allen i in., 2014) oraz ważnym czynnikiem pośredniczącym między przywiązaniem a wystąpieniem psychopatologii w późniejszym życiu (Hayden i in., 2019). Obecnie pojawia się coraz więcej badań dotyczących zdolności do mentalizacji u pacjentek cierpiących na zaburzenia jedzenia, ich wyniki nie są jednak

jednoznaczne. Dostępne dane świadczą o obniżonej zdolności do mentalizacji u pacjentek z anoreksją, w przypadku pacjentek z bulimią wyniki nie są konkluzywne. Problemem jest stosowanie w badaniach bardzo różnych metod do pomiaru mentalizacji, co powoduje, że mierzy się odmienne jej aspekty, które mogą odgrywać zróżnicowaną rolę w patomechanizmie zaburzeń psychicznych (Gagliardini i in., 2020; Jańczak, 2021a). W badaniu Kuipersa i in. (2016) odnotowano znaczącą różnicę w zdolności do mentalizowania pomiędzy pacjentkami z zaburzeniami odżywiania a grupą kontrolną. Z kolei metaanaliza Simonsena i in. (2020) wskazuje, że pacjentki z bulimią wypadają nieznacznie lepiej od pacjentek z anoreksją w zakresie mentalizacji mierzonej różnymi metodami, a zaburzenia mentalizacji w anoreksji dotyczyły głównie aspektu mentalizowania o sobie, nie dotyczyły natomiast mentalizowania o innych. Autorzy konkludują, że dla obrazu klinicznego zaburzeń odżywiania ma znaczenie cały profil mentalizacji, mierzący różne aspekty tej zdolności. Potwierdzają to badania Gagliardini i in. (2020) w których wykazano, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania mogą przejawiać zróżnicowane profile zaburzeń mentalizacji. Także badanie Brockmeyer z zespołem (2016) wykazało obniżoną zdolność do mentalizacji w aspekcie emocjonalnym, ale nie poznawczym, u pacjentek z anoreksją. Natomiast w badaniu Pedersen i in. (2012) nie wykazano istotnych różnic w średniej zdolności do mentalizacji mierzonej Skalą Funkcjonowania Refleksyjnego (SFR) między pacjentkami z bulimią a grupą kontrolną, chociaż zaobserwowano różnicę w rozkładzie wyników obu grup. Pacjentki z bulimią osiągały skrajne wskaźniki mentalizacji (bardzo wysokie lub bardzo niskie wyniki), natomiast grupa kontrolna uzyskała głównie średnie wartości poziomu mentalizacji. Autorzy wskazują, że jest to efekt przyjęcia dwóch różnych strategii radzenia sobie przez tę grupę pacjentek w okresie formowania się zdolności do mentalizacji w okresie wczesnodziecięcym: część z nich mogła wykazywać skłonność do zastanawiania się i próby zrozumienia zachowań ze strony opiekunów, dzięki czemu rozwinęła zdolność do mentalizacji, a część przeciwnie – wzbraniała się przed taką reflek-

sją, co uniemożliwiło rozwój mentalizowania. W późniejszym badaniu Pedersen i in. (2015) badane pacjentki z bulimią uzyskały wysokie wyniki zdolności do mentalizacji mierzonej SFR. Warto pamiętać, że ta skala ma tylko jeden wymiar i mierzy ogólny poziom mentalizacji, nie pozwalając na różnicowanie w zakresie różnych jej aspektów, np. mentalizowania o sobie lub o innych, co może ograniczać jej użyteczność w badaniach nad mentalizacją w zaburzeniach odżywiania. W badaniach Sacchetti z zespołem (2019), w których mierzono mentalizację innymi metodami niż SFR (kwestionariuszem, wywiadem i metodą wykonaniową), pacjentki z bulimią cechowały się znacznie obniżoną zdolnością do mentalizacji w porównaniu z grupą kontrolną. Z kolei badania nad skutecznością terapii opartej na mentalizacji w leczeniu zaburzeń odżywiania przynoszą zadowalające wyniki (Kelton-Locke, 2016; Kuipers i in., 2018, Zeeck i in., 2021), jednak mechanizm tej zmiany nie jest do końca poznany.

Mechanizmy obronne to automatyczne, psychologiczne reakcje jednostki na stresory zewnętrzne i wewnętrzne lub konflikty emocjonalne wywołane lękiem (McWilliams, 2009). Częste stosowanie mniej dojrzałych mechanizmów obronnych koreluje pozytywnie z występowaniem różnych form psychopatologii. Jak dotąd niewiele jest badań dotyczących stosowanych mechanizmów obronnych przez pacjentki z zaburzeniami odżywiania, wskazują one jednak na stosowanie mniej dojrzałych obron przez osoby z zaburzeniami łaknienia niż przez osoby zdrowe. Podobne wyniki uzyskał Rice (2016), podkreślając związek między stosowaniem niedojrzałych mechanizmów obronnych, zaburzeniami więzi i rozwojem symptomów zaburzeń jedzenia. Lenzo z zespołem (2021) potwierdzili stosowanie nieadaptacyjnych mechanizmów obronnych u osób z pozabezpiecznym wzorcem przywiązania, a także zaobserwowali pośredniczącą rolę niedojrzałych mechanizmów obronnych między stylami przywiązania a zaburzeniami jedzenia. Z kolei Aouad i in. (2021) przeprowadzili badania podłużne, mające na celu określenie związku między stosowanymi obronami a nasileniem zaburzeń odżywiania w ciągu 5 lat. Okazało się, że posługiwanie się

zarówno niedojrzałymi, jak i neurotycznymi mechanizmami obronnymi wpływało na odczuwany przez osoby badane dystres, jednak jedynie prymitywne mechanizmy obronne istotnie przewidywały nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania. W podłużnych badaniach Hay i in. (2010) stosowanie bardziej niedojrzałych mechanizmów obronnych wiązało się z wyższym poziomem symptomów zaburzeń odżywiania oraz gorszą jakością życia osób badanych po 2 latach od rozpoczęcia badania.

Przytoczone wyżej badania wskazują, że wystąpienie zaburzeń jedzenia może mieć związek z obniżonym poziomem zdolności do mentalizacji, pozabezpiecznym przywiązaniem i stosowaniem mało dojrzałych mechanizmów obronnych. Jednocześnie nie jest jasne, jakie są wzajemne relacje między tymi zmiennymi oraz jakie szczegółowe charakterystyki tych procesów mogą mieć związek z zaburzeniami jedzenia, np. który z aspektów mentalizacji i jaki rodzaj przywiązania ma znaczenie dla występowania symptomów zaburzeń jedzenia.

PROBLEM BADAWCZY

Celem badań było określenie związku między pozabezpiecznym przywiązaniem, zaburzeniami mentalizacji i rodzajem stosowanych mechanizmów obronnych a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania u kobiet we wczesnej dorosłości. O ile nam wiadomo, są to pierwsze badania, które uwzględniają wszystkie te zmienne w jednym modelu badawczym. Spodziewaliśmy się, że osoby z większym nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania będą przejawiały większy poziom lęku i unikania w przywiązaniu, większe zaburzenia mentalizacji i będą stosowały mniej dojrzałe formy mechanizmów obronnych niż osoby bez symptomów. Aby sprawdzić, czy style przywiązania, zdolność do mentalizacji i stosowane mechanizmy obronne są predyktorami zaburzeń odżywiania, przeprowadziliśmy analizę regresji. Dodatkowo sprawdziliśmy, czy zdolność do mentalizacji oraz poziom stosowanych mechanizmów obronnych będą pełnić rolę mediatora dla związku między przywiązaniem a zaburzeniami odżywiania.

METODA

W badaniu własnym zaburzenia odżywiania mierzono jako nasilenie symptomów zaburzeń jedzenia, co nie jest równoznaczne z diagnozą kliniczną. Zachowania anorektyczne i bulimiczne zostały zbadane na trzech wymiarach: *Odchudzanie*, *Bulimia i koncentracja na jedzeniu* oraz *Kontrola oralna*. W badaniu uwzględniono dwa wymiary pozabezpiecznych stylów przywiązania: *Lęk* oraz *Unikanie*. Mentalizacja została zbadana w trzech wymiarach: *Mentalizowanie o sobie*, *Mentalizowanie o innych* oraz *Motywacja do mentalizacji*. W badaniu zostały uwzględnione trzy poziomy dojrzałości stosowanych mechanizmów obronnych: *Dojrzałe mechanizmy obronne*, *Neurotyczne mechanizmy obronne* oraz *Niedojrzałe mechanizmy obronne*. Szczegółowy opis zmiennych i ich wskaźników zaprezentowano w tabeli 1.

Kwestionariusz Postaw Wobec Odżywiania (*The Eating Attitudes Test – EAT-26*; Garner i in., 1982; w adaptacji Włodarczyk-Bisagi i in., 1996) jest samoopisowym kwestionariuszem służącym do badania symptomów zaburzeń odżywiania, wykorzystywanym do wstępnej diagnozy w badaniach grupowych lub indywidualnych. Narzędzie składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera 26 pozycji, wobec których osoby badane ustosunkowują się, wybierając jedną odpowiedź z 6-stopniowej skali (1 – *nigdy*, 6 – *zawsze*), druga część zawiera zestaw 6 pytań dotyczących występowania u osób badanych symptomów zaburzeń odżywiania w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Oceny dokonuje się na trzech skalach – *Odchudzanie/Dieta* (*Dieting*), *Bulimia i koncentracja na jedzeniu* (*Bulimia and food preoccupation*) oraz *Kontrola oralna* (*Oral control*). Ustalony przez autorów punkt odcięcia na poziomie 20 punktów wskazuje na wysokie nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania i wysokie ryzyko występowania zaburzeń odżywiania. Rzetelność kwestionariusza w naszej próbie była wysoka i wynosiła: $\alpha = .92$ dla *Odchudzania*, $\alpha = .88$ dla *Bulimii i koncentracji na jedzeniu* i $\alpha = .80$ dla *Kontroli oralnej*. *Zrewidowana Skala Doświadczeń w Bliskich Związkach* (*Experience in Close Relationships-Revised – ECR-R*; Fraley, Waller i Brennan, 2000, w adaptacji Lubiew-

Tabela 1. Zmienne badawcze i ich wskaźniki oraz zastosowane narzędzia badawcze

Zmienna	Narzędzie	Wskaźnik	Opis
Zaburzenia odżywiania	Kwestionariusz Postaw Wobec Odżywiania (The Eating Attitudes Test – EAT-26)	Ochudzenie	tendencja do zachowań dietetycznych, unikania pokarmów
		Bulimia i koncentracja na jedzeniu	tendencja do zachowań bulimicznych, zwracania pokarmu, przeczyszczania oraz nadmiernego zaabsorbowania jedzeniem
		Kontrola oralna	tendencja do kontrolowania ilości spożywanego jedzenia i jego kaloryczności oraz odczucia / przypuszczenia związane z oceną innych na temat spożywanego jedzenia przez osobę badaną
Styl przywiązania	Zrewidowana Skala Doświadczeń w Bliższych Związkach – (Experience in Close Relationships-Revised – ECR-R)	Lęk	poziom zaabsorbowania związkiem i partnerem, troski, zachowań i potrzeby bliskości oraz niepewnego i negatywnego obrazu siebie oraz doświadczania ambiwalencji w sytuacjach poczucia subiektywnego zagrożenia
		Unikanie	poziomu unikania bliskości, odczuwanego dyskomfortu oraz braku otwartości w relacji z obiektem przywiązania
Mentalizacja	Skala Mentalizacji (The Mentalization Scale – MentS)	Mentalizowanie o sobie	zdolność do refleksji nad własnymi stanami umysłowymi
		Mentalizowanie o innych	zdolność do refleksji nad stanami umysłowymi innych osób
		Motywacja do mentalizacji	ogólna motywacja do refleksji nad stanami umysłowymi
Mechanizmy obronne	Kwestionariusz Mechanizmów Obronnych (Defense Style Questionnaire – DSQ-40)	Dojrzałe mechanizmy obronne	mechanizmy adaptacyjne: sublimacja, humor, antycypacja i stłumienie
		Neurotyczne mechanizmy obronne	mechanizmy o średnim charakterze dojrzałości: odczynianie, pseudoaltruizm, idealizacja, introjekcja
		Niedojrzałe mechanizmy obronne	mechanizmy prymitywne: projekcja, bierna agresja, acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja

Źródło: opracowanie własne.

skiej i in., 2016) przeznaczona jest do badania różnych indywidualnych w zakresie poziomu lęku i unikania w przywiązaniu. Składa się z 36 pytań, na które osoby badane odpowiadają przy użyciu 7-stopniowej skali (1 – *zdecydowanie się nie zgadzam*, 7 – *zdecydowanie się zgadzam*). Osoby cechujące się pozabezpiecznym przywiązaniem uruchamiają wtórne strategie przywiązaniowe – dezaktywację (wysokie wyniki na skali *Unikania*) lub hiperaktywację (wysokie wyniki na skali *Lęku*) systemu przywiązania. Wskaźniki rzetelności są bardzo wysokie: $\alpha = .94$ dla *Lęku* i $\alpha = .90$ dla *Unikania*. *Skala Mentalizacji* (*The Mentalization Scale – MentS*, Dimitrijević i in., 2017, w adaptacji Jańczak, 2021b) jest samoopisowym narzędziem do pomiaru mentalizacji i nawiązuje do wskaźników mentalizacji w ujęciu Fonagy’ego i jego zespołu. Narzędzie mierzy mentalizację jako cechę. Kwestionariusz składa się z 28 pozycji, do których osoby badane ustosunkowują się za pomocą 5-stopniowej skali (1 – *całkowicie nieprawdziwe*, 5 – *całkowicie prawdziwe*). Kwestionariusz zawiera trzy skale – *Mentalizowanie o innych*, *Mentalizowanie o sobie* i *Motywacja do mentalizowania*. Rzetelność narzędzia jest wysoka i wynosi $\alpha = .80$ dla *Mentalizowania o sobie*, $\alpha = .88$ dla *Mentalizowania o innych* i $\alpha = .82$ dla *Motywacji do mentalizowania*.

Kwestionariusz Mechanizmów Obronnych (*Defense Style Questionnaire – DSQ-40*; Andrews i in., 1993, w adaptacji Kokoszki i in., 2003) to samoopisowy kwestionariusz do pomiaru mechanizmów obronnych. Narzędzie zawiera 40 pytań, do których osoby badane ustosunkowują się w 9-stopniowej skali (1 – *zdecydowanie się nie zgadzam*, 9 – *zdecydowanie się zgadzam*). Składa się z trzech skal, mierzących dojrzałe, neurotyczne i niedojrzałe (prymitywne) mechanizmy obronne. Rzetelność jest wysoka i wynosi: $\alpha = 0,70$, $\alpha = 0,89$ i $\alpha = 0,82$ dla poszczególnych skal.

Grupa badana i procedura badania

Z uwagi na panującą pandemię wirusa SARS-CoV-2, zdecydowano o zdalnym przebiegu badania oraz doborze ochotniczym. Osób

z symptomami zaburzeń odżywiania poszukiwano za pomocą portalu społecznościowego, na grupach samopomocowych dla osób z zaburzeniami odżywiania. Badanie zostało również udostępnione na profilu społecznościowym Fundacji Światło dla Życia oraz na prowadzonej przez Fundację grupie *Zaburzenia odżywiania – grupa wsparcia*. Osób z grupy kontrolnej poszukiwano na ogólnodostępnych grupach dla kobiet i poprzez udostępnianie zaproszenia do udziału w badaniu wśród młodych kobiet metodą kuli śniegowej. Pozwoliło to na uzyskanie grupy zróżnicowanej pod względem symptomów zaburzeń odżywiania. Badanie zostało przeprowadzone między grudniem 2021 a lutym 2022. Osoby badane zapoznały się z informacją na temat badania i zostały poinformowane o jego anonimowości oraz możliwości wycofania się w dowolnym momencie jego trwania. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniu oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych, zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na pytania kwestionariusza EAT-26. Następnie badane ustosunkowywały się do pozycji kwestionariuszy ECR-R, DSQ-40 oraz MentS. Badanie trwało około 20–30 minut.

Badania przeprowadzono wyłącznie w grupie kobiet. Kryterium udziału był wiek od 18 do 25 lat oraz wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu. W badaniu uczestniczyły 94 osoby. Dziewięć osób zostało wykluczonych z badania (jedna osoba ze względu na płeć oraz osiem osób ze względu na wiek). Ostatecznie analizie poddano wyniki 85 młodych kobiet w wieku od 18 do 25 r.ż. ($M = 22,04$; $SD = 2,24$). Pięćdziesiąt siedem badanych kobiet (67,1% próby) ma wykształcenie średnie, 24 kobiety (28,2%) wykształcenie wyższe, wykształcenie zawodowe i podstawowe deklarowały 2 osoby (2,4%). Czterdzieści dwie kobiety (49,4% próby) mieszkają w dużym mieście od 150 do 500 tys. mieszkańców, 19 osób (22,4%) na wsi, 15 osób (17,6%) w mieście do 50 tys. mieszkańców, a 9 osób (10,6%) w mieście od 50 do 150 tys. mieszkańców. Osoby badane podzielono na dwie grupy – kryterialną i kontrolną. Do grupy kryterialnej zakwalifikowano 45 kobiet (52,94%) z wysokim nasileniem

symptomów zaburzeń odżywiania (wyniki EAT-26 równe lub wyższe od 20), natomiast do grupy kontrolnej przydzielono 40 kobiet (47,06%) z niskim poziomem symptomów zaburzeń odżywiania (wyniki EAT-26 poniżej 20). Wszystkie uczestniczki zgłosiły się dobrowolnie po zapoznaniu się ze szczegółowym opisem badania, a także udzieliły świadomej zgody na udział w badaniu. Badanie zostało przeprowadzone w zgodzie ze standardami etycznymi prowadzenia badań naukowych z udziałem ludzi.

WYNIKI

Obliczenia zostały wykonane w SPSS Statistics 27 oraz Jamovi 2.7. Ze względu na niezgodność większości zmiennych z rozkładem normalnym (istotność testu Shapiro–Wilka $< .05$), do dalszych analiz zastosowano testy nieparametryczne. Aby zbadać związek między stylami przywiązania, zdolnością do mentalizacji oraz stosowanymi mechanizmami obronnymi a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania, zastosowano analizę korelacji przy wykorzystaniu testu *rho* Spearmana. W celu sprawdzenia, czy osoby z grupy kryterialnej różnią się od osób z grupy kontrolnej stylami przywiązania, zdolnością do mentalizacji oraz stosowanymi mechanizmami obronnymi zastosowano test *U* Manna–Whitneya. Uzyskane dane poddano także analizie regresji metodą eliminacji wstecznej, następnie zastosowano analizę mediacji.

Analiza korelacji

Analiza korelacji wskazuje na umiarkowany, pozytywny związek między wskaźnikami pozabezpiecznego stylu przywiązania (zarówno lęku, jak i unikania) a symptomami zaburzeń jedzenia (odchudzaniem, kontrolą oralną i bulimią). Najsilniejszy związek dotyczy lęku w przywiązaniu i ogólnego nasilenia zaburzeń odżywiania ($r = .621$), najsłabszy, ale nadal istotny statystycznie związek dotyczy unikania w przywiązaniu i kontroli oralnej ($r = .250$). Generalnie wyniki wskazują, że wyższy po-

ziom lęku i unikania w przywiązaniu wiąże się z wyższymi wskaźnikami symptomów zaburzeń jedzenia.

Wyniki analizy korelacji pomiędzy nasileniem zaburzeń odżywiania a zdolnością do mentalizacji wskazują na ujemne korelacje pomiędzy mentalizowaniem o sobie a zaburzeniami odżywiania i ich wymiarami odchudzaniem, bulimią i koncentracją na jedzeniu oraz kontrolą oralną. Najsilniejszy związek występuje pomiędzy odchudzaniem a zdolnością do mentalizowania o sobie ($r = -.534$).

Analiza korelacji pomiędzy nasileniem zaburzeń odżywiania a mechanizmami obronnymi wykazała umiarkowane dodatnie korelacje pomiędzy niedojrzałymi mechanizmami obronnymi a zaburzeniami odżywiania (odchudzaniem, bulimią i kontrolą oralną), a także istotne słabe dodatnie korelacje pomiędzy neurotycznymi mechanizmami obronnymi a zaburzeniami odżywiania (odchudzaniem, bulimią i kontrolą oralną). Najsilniejszy związek występuje pomiędzy stosowaniem niedojrzałych mechanizmów obronnych a ogólnym nasileniem symptomów zaburzeń jedzenia ($r = .482$) oraz bulimią i koncentracją na jedzeniu ($r = .492$).

Różnice między grupami w zakresie mentalizacji, przywiązania i mechanizmów obronnych

Testy różnic między grupą kobiet z wysokim nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a grupą kontrolną wskazują na istotnie statystycznie różnice w zakresie przywiązania, stosowania niedojrzałych mechanizmów obronnych i mentalizowania o sobie. Kobiety z wysokim poziomem symptomów zaburzeń odżywiania przejawiały wyższy poziom lęku i unikania w przywiązaniu, stosowały więcej niedojrzałych mechanizmów obronnych oraz prezentowały niższy poziom mentalizowania o sobie niż osoby z grupy kontrolnej. Nie wykazano różnic w zakresie dojrzałych i neurotycznych mechanizmów obronnych oraz dwóch pozostałych aspektach mentalizowania: wnioskowania o stanach mentalnych innych osób i motywacji do mentalizowania.

Tabela 2. Współczynniki korelacji rho Spearmana między zmiennymi

Zmienna	M (SD)	Alfa Cronbacha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Zaburzenia odżywiania wynik ogólny	22.71 (17.25)	.94	—											
2. Odchudzenie	13.14 (10.00)	.92	.956***	—										
3. Bulimia i koncentracja na jedzeniu	5.20 (4.75)	.88	.867***	.764***	—									
4. Kontrola oralna	4.36 (4.56)	.80	.785***	.629***	.566***	—								
5. Lęk	4.18 (1.45)	.94	.621***	.592***	.535***	.492***	—							
6. Unikanie	3.45 (1.09)	.90	.431***	.415***	.452***	.250*	0.359***	—						
7. Dojrzałe mechanizmy obronne	38.61 (11.50)	.70	.044	.094	.035	-.074	-0.015	.011	—					
8. Neurotyczne mechanizmy obronne	36.48 (13.33)	.80	.261*	.215*	.194	.314**	0.445***	-.008	.192	—				

Zmienna	M (SD)	Alfa Cronbacha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9. Niedojrzałe mechanizmy obronne	106.67 (25.90)	.82	.482***	.442***	.492***	.341**	0.594***	.374***	.224*	.526***	—			
10. Mentalizacja wyśmiętk ogólny	98.41 (16.31)	.90	-.374***	-.380***	-.309**	-.258*	-0.160	-.457***	.186	.247*	-.148	—		
11. Mentalizowanie o sobie	23.62 (7.03)	.80	-.532***	-.534***	-.450***	-.375***	-0.477***	-.343**	-.077	-.242*	-.545***	.687***	—	
12. Mentalizowanie o innych	38.86 (7.29)	.88	-.211	-.208	-.189	-.144	0.011	-.422***	.348**	.362***	.104	.848***	.300***	—
13. Motywacja do mentalizowania	38.45 (5.92)	.82	-.079	-.089	-.054	-.048	0.117	-.296**	.285**	.510***	.150	.804***	.247*	.742***

* p < .05.

** p < .01.

*** p < .001

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Różnice międzygrupowe w zakresie przywiązania, mechanizmów obronnych i mentalizacji – test U Manna-Whitneya

Zmienna	Grupa				U Manna- Whit- neya	p	r
	Kontrolna (n=40)		Kryterialna (n=45)				
	M	SD	M	SD			
Lęk w przywiązaniu	3.42	1.08	4.86	1.42	356	<.001	.61
Unikanie w przywiązaniu	2.99	.90	3.87	1.09	481	<.001	.47
Dojrzałe mechanizmy obronne	38.45	9.97	38.76	12.81	890	.930	.01
Neurotyczne mechanizmy obronne	34.17	9.81	38.53	15.64	730	.134	.19
Niedojrzałe mechanizmy obronne	94.03	22.17	117.91	23.88	434	<.001	.52
Mentalizacja	105.48	13.59	92.13	16.08	462	<.001	.49
Mentalizowanie o sobie	27.78	6.02	19.93	5.72	315	<.001	.65
Mentalizowanie o innych	40.63	5.78	37.29	8.15	695	.070	.23
Motywacja do mentalizowania	39.13	5.31	37.87	6.41	787	.416	.10

M = średnia, SD = odchylenie standardowe, r = wielkość efektu, rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

Tabela 4. Wyniki analizy regresji metodą eliminacji wstecznej dla zmiennej symptomu zaburzeń odżywiania

Predyktor	β	t	p
Zaburzenia odżywiania			
Lęk w przywiązaniu	.43	4.59	<.001
Unikanie w przywiązaniu	.19	2.14	.035
Mentalizowanie o sobie	-.26	-2.85	.005
R ² = .47 ; F(3,81) = 25.6***			

*** p < .001. Podano skorygowane wartości współczynnika R²

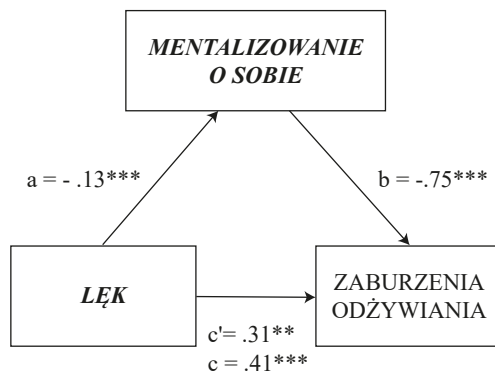
Wyniki analizy regresji i analizy mediacji

W celu weryfikacji, czy style przywiązania, zdolność do mentalizacji i stosowane mechanizmy obronne są predyktorami zaburzeń odżywiania, wykonano analizę regresji metodą eliminacji wstecznej dla zmiennej zależnej: *zaburzenia odżywiania* i zmiennych niezależnych: *lęku i unikania w przywiązaniu; dojrzałych neurotycznych i niedojrzałych mechanizmów obronnych oraz mentalizacji: o sobie, o innych i motywacji do mentalizowania*. W pierwszym kroku wprowadzono wszystkie predyktory, a następnie eliminowano zmienne tak, aby otrzymać model z najwyższą wartością współczynnika determinacji przy zachowaniu istotności parametrów. Na ostateczny model wyjaśniający zaburzenia odżywiania składają się: lęk i unikanie w przywiązaniu oraz mentalizowanie o sobie. Model ten wyjaśnia 47% wariacji zmiennej wyjaśnianej. Test Shapiro–Wilka wskazuje na spełnienie warunku o normalnym rozkładzie reszt ($W = .98, p > .05$) oraz braku współliniowości predyktorów ($VIF < 1.4$) dla tego modelu.

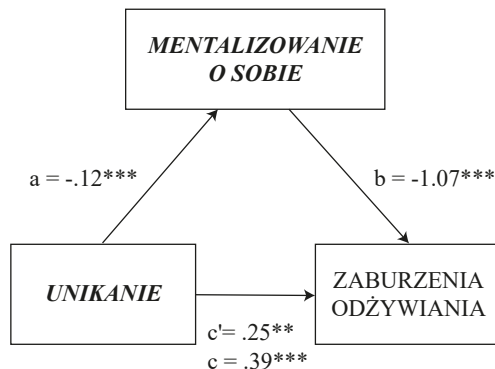
Przeprowadzone analizy mediacji pozwalają na stwierdzenie, że obniżona zdolność do mentalizowania w aspekcie autorefleksyjnym pełni rolę mediatora dla związku między przywiązaniem lękowym i unikającym a symptomami zaburzeń odżywiania. Analiza przedziałów ufności wraz z wartościami p dla obu testowanych modeli wskazują na istotność efektu pośredniego, ponieważ między dolnym (LLCI) a górnym (ULCI) przedziałem ufności nie jest zawarta wartość zero.

DYSKUSJA

Celem badania było określenie związku między pozabezpiecznym przywiązaniem, zaburzeniami mentalizacji i rodzajem stosowanych mechanizmów obronnych a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania u kobiet we wczesnej dorosłości. Wykazałyśmy, że istnieją różnice w zakresie tych zmiennych między osobami z wysokim nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a osobami, które nie doświadczają



$a*b = .096, SE = .03, LLCI = .029, ULCI = .164$
 $* < .05. ** < .01. *** < .001$



$a*b = .131, SE = .05, LLCI = .037, ULCI = .225$
 $* < .05. ** < .01. *** < .001$

takich trudności, oraz że mentalizowanie o sobie i pozabezpieczne przywiązanie (zarówno lęk, jak i unikanie) są predyktorami poziomu symptomów zaburzeń odżywiania. Analiza mediacji pokazała, że mentalizowanie o sobie pełni funkcję pośredniczącą między pozabezpiecznym przywiązaniem a nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania. Są to nowe i ważne rezultaty, ponieważ dotychczasowe badania skupiały się głównie na jednym aspekcie funkcjonowania pacjentek z zaburzeniami odżywiania – na przywiązaniu lub mentalizacji, nie odnosząc się do wzajemnej relacji między tymi zmiennymi (por. Lenzo i in., 2021).

Nasze badanie wpisuje się w nurt badań nad mentalizowaniem w kontekście przywiązania u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania, dodatkowo uzupełniając ten model o rodzaj stosowanych mechanizmów obronnych, co może przyczynić się do lepszego rozumienia patomechanizmu tych zaburzeń.

W naszych badaniach osoby z wysokim nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania przejawiały pozabezpieczne style przywiązania. Uzyskane wyniki korelacji wskazały na istotny związek o umiarkowanej sile między lękiem i unikaniem w przywiązaniu a wszystkimi symptomami zaburzeń odżywiania, tj. odchudzaniem, bulimią i koncentracją na jedzeniu oraz kontrolą oralną. Wykazano także istotne różnice w przywiązaniu między osobami z wysokim nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania a grupą kontrolną: kobiety z tej grupy cechowały się wyższym poziomem lęku i unikania w przywiązaniu. Wyniki analizy regresji wskazały, że zarówno przywiązanie o charakterze lękowym, jak i unikającym stanowią predyktory symptomów zaburzeń odżywiania. Ten wynik jest spójny z wynikami innych badań, gdzie pacjentki z zaburzeniami odżywiania przejawiały pozabezpieczne style przywiązania: unikający, lękowy i zdeorganizowany (metaanaliza w: Jewell i in., 2023; Tasca i Balfour, 2014). Ze względu na korelacyjny charakter badań nie możemy wnioskować o związkach przyczynowo-skutkowych w naszej grupie badanej, jest to jednak kolejne potwierdzenie modelu weryfikowanego także w badaniach podłużnych (Aouad i in., 2021; Hay i in., 2010), wskazującego na źródła zaburzeń jedzenia w pozabezpiecznej, niestabilnej relacji z opiekunem w wczesnych latach życia.

Nasze wyniki potwierdzają także związek między zdolnością do mentalizowania o sobie a wszystkimi symptomami zaburzeń odżywiania (odchudzaniem, bulimią i koncentracją na jedzeniu oraz kontrolą oralną). Kobiety z wysokim nasileniem symptomów zaburzeń jedzenia prezentują niższy poziom mentalizowania o sobie niż osoby z grupy kontrolnej, a wyniki analizy regresji wskazują, że obniżona zdolność do mentalizowania w aspekcie autorefleksyjnym jest predyktorem poziomu symptomów

zaburzeń odżywiania. Co ciekawe, inne aspekty zdolności do mentalizacji (mentalizowanie o innych i motywacja do mentalizowania) nie miały związku z symptomami zaburzeń jedzenia. Oznacza to, że osoby z wysokim nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania wykazują trudności w mentalizowaniu, ale tylko w aspekcie autorefleksyjnym, przy czym cechują się zachowaną zdolnością do mentalizacji w aspekcie interpersonalnym oraz zachowaną motywacją do mentalizowania. Mentalizacja w kontekście własnej osoby dotyczy osobistych uczuć i myśli, natomiast mentalizacja w kontekście innych osób dotyczy rozpoznawania i wnioskowania o stanach innych niezależnie od własnych przeżyć (Bateman i Fonagy, 2019). W literaturze klinicznej wskazuje się, że wspólną cechą dla pacjentek cierpiących na zaburzenia odżywiania są trudności w myśleniu o sobie i o swoich problemach, przy jednoczesnym nadmiernym skupieniu się na tym, co myślą inni (Lawrence, 2021). Z kolei analiza mediacji wykazała, że obniżona zdolność do mentalizacji autorefleksyjnej pełni pośredniczącą rolę między przywiązaniem unikającym i lękowym a zaburzeniami odżywiania. Być może trudne doświadczenia relacyjne z figurą przywiązania spowodowały specyficzny dla tej grupy badanych sposób radzenia sobie z brakiem poczucia bezpieczeństwa: odcięcie się od rozpoznawania i refleksji nad własnymi stanami psychicznymi. Brak kojącej, bezpiecznej, wewnętrznej figury rodzicielskiej przyczynia się zatem do zablokowania zdolności do rozpoznawania własnego umysłu i uczuć, co zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń jedzenia. Może być też tak, że symptomy zaburzeń odżywiania są używane jako nieprzystosowane strategie radzenia sobie w celu przezwyciężania trudności emocjonalnych i interpersonalnych wynikających z niezdolności do rozumienia zachowań w kategoriach stanów psychicznych (Sacchetti i in., 2019). Zaobserwowana mediacja nie była jednak mediacją całkowitą, co oznacza, że istnieje także bezpośredni związek między pozabezpiecznym przywiązaniem a symptomami zaburzeń jedzenia. Te wyniki wskazują na potrzebę badania mentalizacji z uwzględnieniem różnych jej aspektów, a w przypadku zaburzeń jedzenia – szczególnie dymensji Ja-inni.

W odniesieniu do mechanizmów obronnych uzyskane wyniki wykazały, że wszystkie symptomy zaburzeń jedzenia (odchudzanie, bulimia i koncentracja na jedzeniu oraz kontrola oralna) umiarkowanie pozytywnie korelują z prymitywnymi mechanizmami obronnymi, takimi jak np. dewaluacja, rozszczepienie, projekcja, bierna agresja, somatyzacja, izolacja, przemieszczenie, dysocjacja i *acting out*. Testy różnic potwierdziły, że kobiety z wysokim nasileniem symptomów zaburzeń odżywiania stosują więcej niedojrzałych mechanizmów obronnych niż kobiety bez takich objawów. Podobne wyniki uzyskali inni badacze (Orsolini i in., 2020; Rice, 2016; Aouad i in., 2021; Hay i in., 2010). Prawdopodobnie to dzięki prymitywnym mechanizmom obronnym możliwe jest utrzymywanie zniekształconego obrazu siebie i własnego ciała. Zgodnie z modelem osobowości Kernberga (1967), stosowanie prymitywnych obron może wskazywać także na towarzyszącą zaburzeniom jedzenia patologiczną strukturę osobowości z cechami borderline lub narcystycznymi, dla których charakterystyczna jest duża impulsywność, wysoki poziom auto-agresji i tendencja do *acting outów*. Nie było to przedmiotem naszych badań, jednak inni badacze wskazują na wysoką współwystępowalność zaburzeń odżywiania w grupie osób z zaburzeniami osobowości (Sacchetti i in., 2019). Co ciekawe, w analizie regresji mechanizmy obronne nie były istotnym predyktorem zaburzeń odżywiania, co oznacza, że tracą one znaczenie w modelu ujmującym także mentalizowanie i przywiązanie. Te wyniki w pewnym stopniu potwierdzają tezę, że między mentalizowaniem a uruchamianymi obronami istnieje pewna dynamiczna zależność, której proste badania korelacyjne nie są w stanie uchwycić

(por. Jańczak i in., 2023). Ostatecznie jednak nasze wyniki wskazują na pewien związek między stosowaniem prymitywnych mechanizmów obronnych a występowaniem symptomów zaburzeń jedzenia.

OGRANICZENIA BADAŃ WŁASNYCH

Badanie miało charakter kwestionariuszowy, dostarczając jedynie informacji bazujących na samoopisie. W przyszłości należałoby zróżnicować metody badawcze, uwzględniając np. metody wykonaniowe do badania mentalizacji (por. Jańczak, 2021a), a wywiad lub ocenę kliniczną – do badania przywiązania i mechanizmów obronnych. Ze względu na brak dostępu do grupy klinicznej, spowodowany m.in. przez pandemię COVID-19, badania przeprowadzono na grupie osób z symptomami zaburzeń odżywiania określonymi na podstawie testu przesiewowego. Przyszłe badania powinny potwierdzić zaobserwowane zależności w klinicznej grupie pacjentek z diagnozą zaburzeń odżywiania. Ponadto badanie miało charakter korelacyjny, co uniemożliwia wnioskowanie przyczynowo-skutkowe o badanych zmiennych. Wreszcie, badana grupa była stosunkowo mała, co było spowodowane brakiem dostępu do większej liczby osób badanych w ograniczonym czasie. Ze względu na małą grupę badaną nie mogliśmy zastosować bardziej zaawansowanych metod statystycznych, np. analizy ścieżek. Reasumując, rekomendujemy replikację uzyskanych przez nas wyników na większej próbie, w tym także w grupie klinicznej, z zastosowaniem bardziej zróżnicowanych metod badawczych.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2014) *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Andrews, G., Singh, M., Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246–256.
- Aouad, P., Hay, P., Foroughi, N., Cosh, S. M., Mannan, H. (2021). Associations between defence-style, eating disorder symptoms, and quality of life in community sample of women: a longitudinal exploratory study.

- Frontiers in Psychology*, 12. Pobrane z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.671652> [dostęp: 2.05.2023].
- Bateman, A., Fonagy, P., American Psychiatric Association Publishing (red.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (Second edition). American Psychiatric Association Publishing.
- Bora, E., Köse, S. (2016). Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A specific impairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 49(8), 739–740.
- Bosmans, G., Borelli, J.L. (2022). Attachment and the development of psychopathology: introduction to the special issue. *Brain Sciences* 12(2), 174.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brockmeyer, T., Pellegrino, J., Münch, H., Herzog, W., Dziobek, I., Friederich, H.-C. (2016). Social cognition in anorexia nervosa: Specific difficulties in decoding emotional but not nonemotional mental states. *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 883–890.
- Cierpiąkowska, L., Górska, D. (red.). (2016). *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiąkowska, L., Kaczmarek, J. (2022). Organizacja osobowości borderline a mentalizacja aktywowana przez bodźce społeczne. *Polskie Forum Psychologiczne*, 3, 273–290.
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 14(3), artykuł e0213099.
- Dias, P., Soares, I., Klein, J., Cunha, J. P. S., Roisman, G. I. (2011). Autonomic correlates of attachment insecurity in a sample of women with eating disorders. *Attachment & human development*, 13, 155–167.
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Dimitrijević, A. A., Marjanović, Z. J. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., Brennan, K. A. (2000). Experiences in Close Relationships Questionnaire—Revised, [Database record]. APA PsycTests.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Wydanie II zgodne z DSM-5*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., Garfinkel, P. E. (1982). Eating Attitudes Test (EAT-26). *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Gagliardini, G., Gullo, S., Tinozzi, V., Baiano, M., Balestrieri, M., Todisco, P., Schirone, T., Colli, A. (2020). Mentalizing subtypes in eating disorders: a latent profile analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, artykuł 564291.
- Górska, D. (2018). Fluctuations of mentalization in the context of relational stimuli and representational contents. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(4), 279–291.
- Hay, P., Buttner, P., Mond, J., Paxton, S. J., Rodgers, B., Quirk, F., Darby, A. (2010). Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders. *European eating disorders review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18(4), 281–295.
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Gaugeler, R., Senft, B., Andreas, S. (2019). Mentalization as mediator between adult attachment and interpersonal distress. *Psychopathology*, 52(1), 10–17.
- Herstell, S., Betz, L. T., Penzel, N., Chechelniczki, R., Filihagh, L., Antonucci, L., Kambeitz, J. (2021). Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 190–201.
- Jańczak, M. (2021a). *What's on your mind? A Guide for Mentalization Assessment in Adults*. Poznań: Wydawnictwo Rys.
- Jańczak, M. (2021b). Polish adaptation and validation of The Mentalization Scale (MentS) – A self-report measure of mentalizing. *Psychiatria Polska* 6(55), 1257–1274.
- Jańczak, M. O., Soroko, E., Górska, D. (2023). Metacognition and defensive activity in response to relational–emotional stimuli in borderline personality organization. *The Journal of Psychotherapy Integration*, 33(1), 86–101.

- Jewell, T., Apostolidou, E., Sadikovic, K., Tahta-Wraith, K., Liston, S., Simic, M., Eisler, I., Fonagy, P., Yorke, I. (2023). Attachment in individuals with eating disorders compared to community controls: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(5), 888–908.
- Kelton-Locke, S. (2016). Eating disorders, impaired mentalization and attachment Implications for child and adolescent family treatment. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 15(4), 337–356.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organisation. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, Article 15.
- Kokoszka, A., Roman, J., Bryła, L., Grabowski, A. (2003). Związki poprawy objawowej ze zmianą mechanizmów obronnych w trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych. Doniesienia wstępne. *Psychoterapia*, 1(124), 55–60.
- Kordyńska, K. K., Kostecka, B., Kucharska, K. (2019) Walk a mile in my shoes. Mentalising ability in patients with eating disorders – literature review. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 14(1), 24–31. <https://doi.org/10.5114/nan.2019.87728>.
- Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A., Bekker, M. H. J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorders patients. *Attachment & Human Development*, 18(3), 250–272.
- Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A., Bekker, M. H. J. (2018). Is reduction of symptoms in eating disorder patients after 1 year of treatment related to attachment security and mentalization? *Eating Disorders*, 26(3), 263–269.
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., Cortijo-Alcarria, M. C., Santed-Germán, M-A. (2020). Attachment, body appreciation, and body image quality of life in adolescents with eating disorders. *Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1763112>.
- Lawrence, M. (2021). *Anorektyczny umysł Psychoanalityczna perspektywa w leczeniu zaburzeń odżywiania*. Warszawa: Wydawnictwo Imago Montage.
- Lenzo, V., Sardella, A., Barberis, N., Isgrò, C., Torrisi, R., Giunta, S., Petralia, M., C., Verrastro, V., Quattriani, M., C. (2021). The interplay of attachment styles and defense mechanisms on eating disorders risk: Cross-sectional observation in the community population. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(6), 296–303.
- Lubiewska, K., Głogowska, K., Mickiewicz, K., Wojtyńkiewicz, E., Izdebski, P., Wiśniewski, C. (2016). Skala Experience in Close Relationships-Revised: Struktura, rzetelność oraz skrócona wersja skali w polskiej próbie. *Psychologia Rozwojowa*, 21(1), 49–63.
- Marszał, M. (2015). *Mentalizacja w kontekście przywiązania. Zdolność do rozumienia siebie i innych u osób z osobowością borderline* Warszawa: Difin.
- Marszał, M., Jańczak, A. (2018). Emotion dysregulation, mentalization and romantic attachment in the non-clinical adolescent female sample. *Current Psychology*, 37(4), 894–904.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Orsolini, L., Oriani, G., Giacomoni, S., Amato, G., Mari, M., Volpe, U. (2020). Personality features and defense styles in subjects affected with eating disorders: focus on anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychology and Psychotherapy Research*, 7, 98–106.
- Pedersen, S. H., Lunn, S., Katznelson, H., Poulsen, S. (2012). Reflective Functioning in 70 Patients Suffering From Bulimia Nervosa. *European eating disorders review: The Journal of the Eating Disorders Association*. 20(4), 303–310.
- Pedersen, S. H., Poulsen, S., Lunn, S. (2015). Eating disorders and mentalization: high reflective functioning in patients with bulimia nervosa. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(4), 671–694.
- Redondo, I., Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(3), 202–223.
- Redondo, I., Luyten, P. (2020). Alexithymia mediates the relationship between insecure attachment and eating disorder symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 39, 491–508 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00381-0>.
- Rice, T. (2016). On targeting Emotion Regulation Deficits in Eating Disorders through Defense Analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 15(4), 319–336.

- Sacchetti, S., Robinson, P., Bogaardt, A., Clare, A., Ouellet-Courtois, C., Luyten, P., Bateman, A., Fonagy, P. (2019). Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC Psychiatry* 19(134).
- Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Grøntved, S., Kjaersdam Telléus, G. (2020) The mentalization profile in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal Psychiatry*, 74(4), 1–12.
- Tasca, G. A., Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *The British Journal of Medical Psychology*, 74, 497–505.
- Włodarczyk-Bisaga, K., Dolan, B. (1996). A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*, 26(5), 1021–1032.
- Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., Geiger, V., Meier, A. F., Walcher, P., Lahmann, C., Hartmann, A. (2021). Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders – A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 29, 783–801.