

Ariadna Romejko-Borowiec

ZABURZENIA ODŻYWIANIA SIĘ JAKO SPECYFICZNY SPOSÓB ROZWIĄZANIA KRYZYSU TOŻSAMOŚCI PŁCIOWEJ

EATING DISORDERS AS A SPECIFIC SOLVING OF THE SEXUAL IDENTITY CRISIS

Zakład Psychoterapii Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Aleksandrowicz

*Jedzenie i seksualność
są połączone w nieświadomości*

Menniger [1]

**eating disturbances
identity crisis**

Autorka prezentuje wyniki badań własnych, które sugerują istnienie powiązań między występowaniem u młodych kobiet zaburzeń odżywiania a ich negatywnym stosunkiem do sfery seksualnej i do mężczyzn oraz zaniechaniem zachowań seksualnych. Wyciąga wnioski odnośnie do kierunku terapii zaburzeń odżywiania, która koncentrować się winna na przygotowaniu pacjentek do odpowiedzialnego podejmowania ról dorosłej kobiety. Polegać mogłaby z jednej strony na wzmocnieniu emocjonalnych i psychicznych zasobów pacjentek, a z drugiej strony na budowaniu bardziej spójnego obrazu kobiecości oraz bardziej jednoznacznych i wyważonych postaw wobec sfery seksualnej i płci przeciwnej.

Summary: This article is dedicated to the subject of eating disorders in the context of sexual development of women in adolescence and early adulthood. Epidemiological and symptomatological data on eating disorders was reviewed and results of empirical studies on the sexuality of females with eating disorders as well as several theoretical concepts dedicated to these disorders were analysed. The results of our study, which included 73 females with eating disorders has been also presented. Methods used in the study: Life Check List, and Sentence Completion Test (SCT), a Self-rating Scale on Eating Disorders (FSE). The results suggest a comorbidity of eating disorders and negative attitude towards both sexuality and males neglecting sexual behaviour.

Wprowadzenie

Zaburzeniami odżywiania się: anoreksją lub bulimią psychiczną z roku na rok dotknięty jest coraz wyższy procent populacji kobiet w wieku młodzieńczym. Pierwsze objawy najczęściej pojawiają się w okresie dorastania, którego momentem krytycznym jest kryzys tożsamości płciowej. Polega on na konfrontacji ze zmianami zachodzącymi w ciele i z nowymi rolami społecznymi właściwymi dla dorosłej kobiety. Zdaniem wielu badaczy

pacjentki z zaburzeniami odżywiania się przejawiają trudność w zaakceptowaniu tych zmian, co odzwierciedlają symptomy ich choroby [2, 3, 4]. Celem potwierdzenia tej hipotezy przytoczone zostaną dane empiryczne oraz przeanalizowane koncepcje teoretyczne, ponadto zaprezentowane zostaną wyniki badań własnych.

Występowanie i rozprzestrzenienie zaburzeń odżywiania się w ostatnich latach

Aktualna klasyfikacja zaburzeń odżywiania się wg DSM-IV dzieli je na dwie samodzielne jednostki chorobowe: anoreksję psychiczną (307.1) oraz bulimię psychiczną (307.51). Dodatkowo wyróżnia podtypy anoreksji: 1) restrykcyjny i 2) bulimiczny (napady jedzenia z epizodami lub bez epizodów przeczyszczania się) oraz podtypy bulimii: 1) typ przeczyszczający oraz 2) typ nie przeczyszczający.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania zaburzeń odżywiania się wskazują, że ich początek najczęściej ma miejsce między 13. a 25. rokiem życia, a ich największe nasilenie między 14. a 18. r.ż., a więc w okresie, na który przypada kryzys tożsamości płciowej [6]. Zaburzenia odżywiania się notuje się od 10 do 20 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn [7].

Z kolei dane o ich rozprzestrzenieniu pokazują, że występują one głównie w społeczeństwach zdominowanych przez kulturę Zachodu, a ich nasilenie stopniowo i regularnie wzrasta od lat 70. Narzuca się zatem pytanie o to, co takiego wyróżnia kulturę zachodnią. Jak dotąd, próbowano odpowiedzieć na to pytanie odwołując się do występującego w niej konfliktu między tradycyjnym modelem kobiecości — prezentowanym często przez matki chorych, w którym ważne znaczenie w rozwoju tożsamości kobiety mają więzy społeczne, zaangażowanie emocjonalne, oddanie i troska — a nowym ideałem społecznym kobiety asertywnej, niezależnej emocjonalnie i samodzielnej finansowo. W efekcie młode kobiety narażone są na kryzys, a nawet zaprzeczenie rodzącej się w nich kobiecości, ponieważ jest ona w oczywistej sprzeczności z aktualnymi wzorcami społecznymi [8]. Jednym z przejawów negacji kobiecości są zaburzenia odżywiania się. Ponadto kultura Zachodu przywiązuje olbrzymią wagę do wyglądu, który często stanowi o wartości człowieka. Jak wiadomo, właśnie osiągnięcie idealnej sylwetki jest bezpośrednim powodem odchudzania się, od którego często rozpoczynają się zaburzenia odżywiania się. Co więcej, występują one przede wszystkim tam, gdzie kulturowy wzorzec identyfikacji płciowej jest niespójny, a silny nacisk położony jest na atrakcyjność fizyczną. Dane te pośrednio wspierają hipotezę o powiązaniu zaburzeń odżywiania się z rozwojem sfery seksualnej.

Seksualność pacjentek z zaburzeniami odżywiania się w badaniach empirycznych

Badania empiryczne seksualności kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania się mają już swoją półwieczną historię. Liczne z nich wskazują, że chorobie tej towarzyszą dysfunkcje sfery płciowej, zarówno w zakresie tworzenia relacji intymnych, jak i aktywności seksualnej. Kay i Leigh [9] na przykład badali, jaki jest stosunek kobiet chorych na anoreksję do seksualności i stwierdzili, że większość z nich odczuwała obojętność wobec zainteresowania okazywanego im przez mężczyzn lub wręcz niechęć. W 1969 roku Dally

[10] stwierdził *ex post* u 40 proc. pacjentek występowanie zakłopotania i lęku w związku z seksualnością i rolą kobiecą jeszcze przed wystąpieniem choroby. Również badania Palazzoli [11] wskazywały na zahamowania seksualne bazujące na lękach pacjentek związanych z dorastaniem, a Crisp [12] i Sours [13] sygnalizowali obawy pacjentek z zaburzeniami odżywiania się dotyczące zachowań seksualnych. W 1990 roku Hsu [14] zwrócił uwagę na to, że zaburzeniom odżywiania się może towarzyszyć wiele dysfunkcji seksualnych, co potwierdzili kolejni badacze. W badaniach Raboch i Faltus [15] przynajmniej 80 proc. chorych na anoreksję miało ubogie życie seksualne. Wyniki badań Turnbull i wsp. [16] również potwierdziły, iż istnieją istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu rozwoju psychoseksualnego między chorymi na zaburzenia odżywiania się a populacją normalną. Chorzy wykazują znaczne opóźnienia, co jest najsilniej obecne w przypadku osób cierpiących na anoreksję restrykcyjną.

Powiązania zaburzeń odżywiania się z seksualnością w koncepcjach teoretycznych

Wielu terapeutów pracujących z chorymi na zaburzenia odżywiania się zdaje sobie sprawę z różnorodności obaw, dotyczących seksualności i związków płciowych, jakie mają te pacjentki. Mimo że obawy te ukryte są pod zewnętrznymi przejawami zaburzeń, a pacjentki niechętnie dzielą się swymi problemami seksualnymi, nie da się ukryć, że często prowadzą niesatysfakcjonujące życie seksualne. Te powtarzające się od lat obserwacje kliniczne znajdują odzwierciedlenie nie tylko w przytoczonych wyżej wynikach badań empirycznych, ale i w licznych rozważaniach teoretycznych. Bardzo interesującą koncepcję seksualności osób z zaburzeniami odżywiania się osadzoną w nurcie psychodynamicznym, przedstawiła w 1995 roku K. J. Zerbe [17]. Jej zdaniem większość pacjentek odczuwa poczucie winy związane ze swoją seksualnością. Mają zbyt silne superego. Ponadto ich problemem są lęki identyfikacyjne i obawy dotyczące utraty granic w relacji intymnej. Chore obawiają się utraty siebie w nie kontrolowanej symbiozie. Równocześnie Zerbe poddaje krytyce hipotezy tłumaczące omawiane dysfunkcje zmianami na poziomie hormonalnym wynikłymi z długiego okresu niedożywienia (niski poziom testosteronu). Jej zdaniem zaburzenia endokrynologiczne i stan niedożywienia nie stanowią wystarczającego uzasadnienia dysfunkcji seksualnej. Praktyka kliniczna sugeruje bowiem, że większość pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, którzy mają takie dysfunkcje, ma jeszcze inne problemy stanowiące ich przyczyny.

Zerbe jako jedna z pierwszych zauważa powiązanie między sferą odżywiania się a sferą seksualną, co jest szczególnie istotne dla niniejszej pracy. Podkreśla, że świadoma odmowa jedzenia, napady obżarstwa czy też przeczyszczania się, w społeczeństwie, w którym pożywienie jest stosunkowo łatwo dostępne, może być oznaką powiązania między dwiema najbardziej podstawowymi czynnościami życiowymi — jedzeniem i kochaniem się. W istocie, jedzenie jest często utożsamiane z byciem kochanym i kochaniem; z kolei odmowa jedzenia i odrzucanie tego, co w nim zdrowe, jest utożsamiane z odrzucaniem miłości lub ukochanego [17].

Warto wspomnieć, że już w 1973 roku Wiktor Szyryński [2] dostrzegł inne powiązanie sfery seksualnej i żywieniowej. Zauważył on, że w przypadku dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się duże znaczenie dla nasilenia ich objawów ma lęk przed zajściem w ciążę,

którą symbolizują jedzenie i przybieranie na wadze. Lęk ten jego zdaniem znajduje również wyraz w ich fantazjach o „oralnym zapłodnieniu”.

Z kolei Suzanne Abraham i Derek Llewellyn-Jones [6] bazując na własnych badaniach i obserwacjach klinicznych przedstawili hipotezę związku między stosunkiem do jedzenia w zaburzeniach odżywiania się a podejmowanymi zachowaniami seksualnymi. Ich zdaniem osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania się prezentują cztery typy zachowań seksualnych skorelowane z różnymi rodzajami zaburzeń odżywiania się, a także pewnymi cechami osobowości. Wyróżnili oni następujące grupy: 1) negującą seksualność, 2) niepewną jej; 3) bierną i 4) aktywną seksualnie. Choć autorzy nie mówią o tym wprost, zauważyć można już w samych nazwach tych grup pewną zbieżność z podgrupami diagnostycznymi opisanymi w DSM-IV, a przytoczonymi na wstępie niniejszej pracy.

Podobne opinie prezentuje w książce *Anoreksja, bulimia, otyłość* Jablow [18]. Jej zdaniem istnieje różnica w aktywności seksualnej między chorymi na anoreksję a osobami o skłonnościach bulimicznych, mianowicie druga z grup jest znacznie bardziej zainteresowana podejmowaniem takich kontaktów. Wielu autorów [por. 2, 3, 4] zwraca uwagę na to, że osoby chore na zaburzenia odżywiania się obawiają się i — w konsekwencji — uchylają się od dojrzałości, niezależności oraz przyjmowania ról społecznych, a szczególnie tych związanych ze sferą seksualną.

Analiza i interpretacja symbolicznego i funkcjonalnego znaczenia symptomów zaburzeń odżywiania się w praktyce klinicznej często wskazuje na silny związek tych chorób z rozwojem sfery seksualnej. Zanik i nieregularność cykli menstruacyjnych oraz obojętność do nich stosunek obserwowane u osób z anoreksją i bulimią psychiczną można interpretować jako wyraz niechęci do własnej seksualności i sposób odroczenia dorosłości. Pozostaje to w zgodzie z tym, co deklarują pacjentki, zaprzeczając istnieniu jakichkolwiek potrzeb seksualnych. Z kolei spadek wagi ciała u dziewcząt z anoreksją, owocujący zanikiem kobiecych kształtów, można rozumieć jako negację zewnętrznych cech kobiecości, wynikającą z potrzeby zamrożenia rozwoju psychoseksualnego. Symptomy obecne w sferze behawioralnej i poznawczej, takie jak: poczucie braku atrakcyjności własnego ciała, jego skrajna dewaluacja i często postrzeganie go jako coś wrogiego, obcego, co połączone jest z niską samooceną i pełną koncentracją na zachowaniach związanych z jedzeniem, owocują wycofaniem się z kontaktów damsko-męskich, inaczej mówiąc — chronią przed nimi. Zmiany w sferze emocjonalnej takie, jak: apatia, rozdrażnienie, impulsywność, poczucie winy czy niepokój dodatkowo obniżają poczucie własnej wartości i dystansują w relacjach z ludźmi. Wszystkie wyżej wymienione objawy wiążą się z zanikiem lub negacją potrzeb seksualnych, lękiem lub brakiem zainteresowania płcią przeciwną i seksualnością oraz wycofaniem się i niechęcią do podejmowania ról i zadań społecznych związanych z płciowością.

W prezentowanej pracy nacisk położony jest na adaptacyjną funkcję symptomów zaburzeń odżywiania się, patrząc bowiem na konsekwencje objawów w sferze fizycznej, społecznej i seksualnej, dostrzec można, że utrudniają one realizację zadań rozwojowych, przed jakimi staje młoda kobieta. Można zadać sobie jednak pytanie odmienne, w jakim stopniu symptomy te pozwalają chorym uniknąć konfrontacji ze wspomnianymi wyżej trudnymi zadaniami, stanowiącymi część kryzysu tożsamości płciowej. A zatem przystosowawczą funkcją zaburzeń odżywiania się mogłoby być odroczenie tego kryzysu

i związanych z nim zadań aż do momentu, gdy chore będą w stanie sprostać im w zdrowy i świadomy sposób.

Badania własne. Hipotezy

Przytoczone powyżej koncepcje teoretyczne, wyniki badań empirycznych i obserwacje kliniczne nie są wystarczająco jednoznaczne i nasuwają wiele pytań. Dlatego podjęto próbę znalezienia odpowiedzi na niektóre z nich na drodze własnych badań empirycznych.

Po pierwsze — postanowiono sprawdzić, czy osoby z zaburzeniami odżywiania się przejawiają większe od osób zdrowych nasilenie konfliktu wewnętrznego w odniesieniu do życia płciowego oraz płci przeciwnej (H.1.). A jeśli tak, to czy istnieje zależność między nasileniem tych konfliktów a natężeniem symptomów (H.2.).

Po drugie — jeśli rzeczywiście symptomy zaburzeń odżywiania się pozwalają na odroczenie konfrontacji z trudami ról dorosłych kobiet, to prawdziwe powinny okazać się poniższe hipotezy. Symptomy zaburzeń odżywiania się powinny odbić się na tym, kiedy i jak chore podejmują role płciowe. Założono zatem, że osoby z zaburzeniami odżywiania się, w porównaniu z osobami zdrowymi, podejmują życie płciowe później i kontynuują je z mniejszą regularnością (H.3.). Sprawdzono także, czy — zgodnie z przewidywaniami — im większe jest nasilenie symptomów zaburzeń odżywiania się, tym mniejsza jest aktywność seksualna chorych (H.4.).

Następnie uwzględniając aspekt społeczny roli kobiety postawiono hipotezę, że młode kobiety z zaburzeniami odżywiania się rzadziej wступują zarówno w związki małżeńskie, jak i związki nieformalne, oraz rzadziej, od zdrowych rówieśnic, mają potomstwo (H.5.).

Metoda

Osoby badane i przebieg badań

1. Grupa pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (GB)

Badaniami objęto kolejne 73 pacjentki w wieku od 19 do 32 lat (średnia wieku — 24), które zgłosiły się do Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic i Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego między 1996 a 2002 rokiem z powodu zaburzeń odżywiania się. U wszystkich tych pacjentek stwierdzono występowanie zaburzeń odżywiania się na podstawie wywiadu psychiatrycznego wg kryteriów DSM-IV. W skład tej grupy wchodziło 9 osób z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej, 23 osoby z anoreksją bulimiczną, 9 osób z bulimią bez przeczyszczania się i 32 osoby z bulimią z o typie przeczyszczającym (DSM-IV). Badane otrzymały testy w dniu zgłoszenia się na terapię.

2. Grupa kontrolna (GK)

Grupę kontrolną stanowiło 31 kobiet, ochotniczek, w wieku od 21. do 30. roku życia (średnia wieku — 25), u których wykluczono występowanie zaburzeń odżywiania się.

Zastosowane metody

W badaniach dokonano pomiaru następujących zmiennych:

- Natężenie wybranych symptomów zaburzeń odżywiania się określono za pomocą Skali Zaburzeń Odżywiania się (FSE) R. Hettinger i B. Jager (1990). Brano pod uwagę: wskaźnik BMI, natężenie lęku przed przytyciem, nieregularność cykli menstruacyjnych,

poczucie własnej atrakcyjności, regularność spożywania posiłków, częstość utraty kontroli podczas napadów jedzenia, częstość przekonania, że niektóre części ciała są zbyt grube, ważność osiągnięcia pożądanej wagi.

- Zachowania seksualne oraz zachowania związane z podejmowaniem ról płciowych oceniono na podstawie Ankiety Życiorysowej Katedry Psychoterapii CM UJ.
- Postawę wobec płci przeciwnej i życia płciowego określono za pomocą Testu Zdań Niedokończonych Josepha M. Sacksa i Levy Sidneya. W interpretacji, zgodnie z celem badań, wykorzystano dwie kategorie testu: stosunek do mężczyzn i stosunek do życia płciowego. Analizowano wypowiedzi badanych pod kątem stopnia nasilenia konfliktu wewnętrznego w danym obszarze. Dokonywali tego niezależnie trzech sędziowie kompetentni (1 psycholog i 2 psychoterapeutów doświadczonych w analizie TZN — pracowników Zakładu Psychoterapii SU) stosując trzystopniową skalę od 0 do 2, gdzie 0 oznaczało brak konfliktu, a 2 — silny konflikt. Do analizy wyników wykorzystano następujące metody statystyczne:
- test istotności różnic między dwoma wskaźnikami struktury do badania różnic między grupami,
- test korelacji rang R. Spearmana do oceny siły współzależności.

Wyniki

Zgodnie z przewidywaniami wyniki badań potwierdziły istnienie związku między zaburzeniami odżywiania się a zahamowaniami w sferze seksualnej. Analiza wyników TZN pokazuje, że osoby chore znacznie częściej niż osoby zdrowe przejawiają wewnętrznie sprzeczne lub ambiwalentne postawy w sferze seksualnej, co potwierdza hipotezę H.1. Np. tylko co dziesiąta chora (i połowa kobiet zdrowych) ma niekonfliktowy stosunek do mężczyzn; więcej wyników prezentuje tabela 1.

Tabela 1

Nasilenie konfliktowego stosunku do mężczyzn oraz do życia płciowego
(TZN w ocenie 3 sędziów kompetentnych) w grupie osób z zaburzeniami odżywiania się (ZO) i w grupie kontrolnej (GK)

		0 — brak konfliktu	1 — odcinki konflikt	2 — silny konflikt
Stosunek do mężczyzn	ZO (N=73)	8,24%**	34,48%	57,27%*
	GK (N=31)	51,61%**	25,81%	22,58%*
Stosunek do życia płciowego	ZO (N=73)	15,44%*	49,31%	34,25%*
	GK (N=31)	45,17%*	48,38%	6,45%*

Istotne statystycznie różnice między grupami oznaczono jak następuje: * $p < 0,005$; ** $p < 0,001$

Zestawienie występowania i nasilenia symptomów zaburzeń odżywiania się z nasileniem konfliktu wewnętrznego w odniesieniu do sfery seksualnej i płci przeciwnej (TZN) częściowo potwierdza hipotezę H.2. (tabela 2). Szczególnie istotna okazała się obserwacja,

że im większą wagę chore przykładają do osiągnięcia pewnej masy ciała (sylwetki), tym bardziej zaburzony jest ich stosunek do mężczyzn i życia płciowego.

Tabela 2

Współwystępowanie natężenia symptomów zaburzeń odżywiania się i nasilenia konfliktowego stosunku do mężczyzn oraz do życia płciowego (TZN) w grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania się (N = 73)

	Nasilenie konfliktowego stosunku do mężczyzn	Nasilenie konfliktowego stosunku do życia płciowego
Częstość przeżycenia, że niektóre części ciała są zbyt grube	$R = -0,26^*$	$R = -0,171$
Uciążliwość i gnębienie pojędźni	$R = -0,27^*$	$R = -0,316^*$

Wyniki istotne statystycznie oznaczono *

R – współczynnik korelacji Spearmana

Analiza odpowiedzi na pytania dotyczące rozwoju sfery seksualnej, zamieszczone w Ankiecie Życiorysowej, wykazała, że u 38,36 proc. chorych nie doszło jeszcze do współżycia seksualnego, co istotnie statystycznie ($p < 0,01$) różni tę grupę od osób z grupy kontrolnej (12,90 proc.). Ponadto aż 65,75 proc. osób z zaburzeniami odżywiania się i tylko 19,35 proc. zdrowych ($p < 0,001$) nie prowadziło życia seksualnego w momencie badania. Wyniki te potwierdzają zasadność hipotezy H.3.

Zgodnie z hipotezą H.4. zaobserwowano, że im mniej regularny był cykl menstruacyjny kobiet z zaburzeniami odżywiania się, tym później rozpoczynały one współżycie, tym mniej miały partnerów seksualnych i częściej oceniały swoje życie seksualne jako nieudane (tabela 3). Z kolei im częściej badane miały wrażenie, że podczas napadu jedzenia tracą kontrolę, tym wcześniej rozpoczynały współżycie i tym więcej miały partnerów seksualnych. Obrazuje to, jak utrata kontroli w zakresie jedzenia współgra z rozluźnieniem kontroli popędu seksualnego, co jeszcze raz potwierdza ścisły związek obu sfer.

Co interesujące, nie zaobserwowano korelacji wskaźnika BMI, lęku przed przytyciem z żadnym z wymiarów dotyczących sfery seksualnej w omawianej grupie. Tłumaczyć można to faktem, że osoby badane nie stanowią pod tym względem grupy jednorodnej, szczególnie wskaźnik BMI różni się znacznie w anoreksji i bulimii psychicznej, i inaczej w tych dwóch grupach związany jest z nasileniem objawów.

Tak jak przypuszczano (H.5.), grupy badawcza i kontrolna różnią się tempem podejmowania społecznych ról kobiecych. Istotnie ($p < 0,05$) mniej młodych kobiet z zaburzeniami odżywiania się (26,44 proc.) niż zdrowych (35,48 proc.) wyszło za mąż. Nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic między grupami w liczbie posiadanych dzieci. Wynik ten jednak trudno uznać za miarodajny, ponieważ wśród przebadanych w obu grupach kobiet mniej niż 10 proc. miało potomstwo; najwyraźniej wskazane byłoby porównanie grup kobiet starszych.

Tabela 3

Korelacje wybranych objawów zaburzeń odżywiania się z zachowaniami seksualnymi

	NIeregularność cykli menstruacyjnych	Porzucenie własnej talerzownicy	Regularność spożycia posiłków	Częstość kontrolowania masy ciała	BMI
Wiek, w którym nastąpił pierwszy stosunek seksualny	$R = -0,345^*$	$R = -0,161$	$R = 0,176$	$R = -0,209$	$R = 0,104$
Liczba partnerów seksualnych	$R = -0,236^*$	$R = -0,150$	$R = 0,312^*$	$R = -0,313^*$	$R = -0,005$
Regularność spożycia posiłków	$R = -0,188$	$R = -0,105$	$R = 0,016$	$R = -0,249^*$	$R = -0,119$
Jakość zaburzeń w seksualności	$R = -0,346^*$	$R = -0,162$	$R = -0,038$	$R = -0,169$	$R = 0,011$

Wyniki istotne statystycznie oznaczono *

Wnioski

Wyniki badań potwierdzają istnienie zależności między zaburzeniami odżywiania się a dysfunkcjami w sferze seksualnej. Ponadto pozwalają sądzić, że symptomy zaburzeń odżywiania się umożliwiają chorym na dłuższy czas uniknąć podjęcia wymagających ról kobiecych. Można zatem wnioskować, iż zaburzenia odżywiania się stanowią jeden ze sposobów rozwiązania kryzysu tożsamości płciowej. Jest to rozwiązanie specyficzne i nietrwale, polegające na unikaniu i odroczeniu konfrontacji z rolami dorosłej kobiety. Jednakże może być to rozwiązanie przystosowawcze, jeśli dojrzejąca dziewczyna nie dysponuje zasobami koniecznymi do podjęcia tych ról i konfrontacja z nimi mogłaby okazać się dla niej destrukcyjna.

Z powyższych rozważań wynika, że terapia zaburzeń odżywiania się koncentrować się winna na przygotowaniu pacjentek do owocnej konfrontacji z rolami dorosłej kobiety. Polegać mogłaby, z jednej strony, na wzmacnianiu, potrzebnych do tej konfrontacji, emocjonalnych i psychicznych, zasobów pacjentek, a z drugiej strony — na budowaniu bardziej spójnego obrazu kobiecości oraz bardziej jednoznacznych i wyważonych postaw wobec sfery seksualnej i płci przeciwnej.

Piśmiennictwo

1. Menninger KA. Love against hate. New York: Harcourt Brace; 1942.
2. Szyryński W. Anorexia nervosa and psychotherapy. Am. J. Psychother. 1973; 4: 492—505.
3. Slade PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Brit. J. Clin. Psychol. 1982; 21: 167—179.
4. Apfeldorfer G. Anoreksja, Bulimia, Otyłość. Katowice: Wydawnictwo Książnica; 1999
5. Diagnostic and statistical manual. Fourth edition — reverse. Washinhton DC: American Psychiatric Association; 1987.
6. Abraham S, Llewellyn-Jones D. Bulimia i anoreksja. Warszawa: Prószyński i S-ka; 1999.

7. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences — clinical psychiatry. Eight Edition. New York: Williams & Wilkins; 1998, s. 720—731.
8. Steiner-Adair C. The body politic: Normal female adolescent development and the development of eating disorders. W: Gilingan C, Lyons NP, Hanmer T.J, red. Making connections. London: Harvard University Press; 1990.
9. Kay DWK, Leigh D. The natural history, treatment, and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *J. Ment. Sc.* 1954; 100: 411—430.
10. Dally P. Anorexia nervosa. Philadelphia: Grune & Stratton; 1969.
11. Palazzoli MS. Self-starvation: From the individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New York: Jason Aronson; 1998.
12. Crisp AH. Anorexia nervosa: Let me be. London: Academic Press; 1980.
13. Sours JA. Starving to death in a sea of objects: The anorexia nervosa syndrome. New York: Jason Aronson; 1980.
14. Hsu LKG. Eating disorders. New York: Guilford Press; 1990.
15. Raboch J, Faltus F. Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 84: 9—11.
16. Turnbull SJ, Schmidt U, Troop N, Tiller J, Todd G, Treasure JL. Predictors of outcome for bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 1997; 21: 17—22.
17. Zerbe KJ. The emerging sexual self of the patient with an eating disorder: implications for treatment. *Eat. Dis. J. Treat. Prev.* 1995; 3: 197—215.
18. Jablow M. Anoreksja, bulimia, otyłość. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.

Adres: Zakład Psychoterapii Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
ul. Lenartowicza 14
31-138 Kraków

