

TRAUMA I DYSOCJACJA W ZABURZENIACH JEDZENIA

TRAUMA AND DISSOCIATION IN EATING DISORDERS

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk, prof. nadzw. ŚAM

**dissociation
eating disorders
trauma**

Artykuł wskazuje na związki różnego rodzaju traumatycznych doświadczeń z występowaniem zaburzeń jedzenia. Autor sugeruje konieczność uwzględniania w leczeniu całego spektrum doświadczeń urazowych, w tym trudniejszych do uchwycenia dla pacjenta form nadużycia lub zaniedbania emocjonalnego. Dysocjacja jest tu rozpatrywana jako mechanizm pośredniczący pomiędzy traumą i objawami zaburzeń jedzenia.

Summary. Dissociation is defined as a disruption in the usually integrated functions of consciousness, memory, identity or perception of the environment. It has been described as manifesting in experiences of amnesia, absorption, depersonalization and derealization. Dissociation has been found in varying levels in the general population. However, pathological dissociation in adults was found to be linked with childhood trauma. Research findings have revealed relations among past trauma, dissociation, and trauma-related distress like posttraumatic stress disorder, borderline personality disorder or eating disorders. This presentation provides a review of research concerning presence and significance of dissociation in eating disorders with respect to traumatic experiences.

Przyczyny powstawania zaburzeń jedzenia nie zostały dotychczas określone w sposób spójny i przekonujący. Jest tak z dwu powodów: same w sobie są one grupą zróżnicowaną, a ponadto mają charakter zespołu klasyfikowanego objawowo, który może mieć w różnych przypadkach różne przyczyny. Czynniki mogące wpływać na rozwinięcie się zaburzeń jedzenia można podzielić na socjokulturowe, rodzinne oraz indywidualne. W tej ostatniej grupie umieszczane są czynniki przyczynowe, związane z urazowymi doświadczeniami w dzieciństwie, a także dorosłości [1].

Największe zainteresowanie badaczy wzbudzało znaczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie (childhood sexual abuse, CSA) jako czynnika przyczynowego zaburzeń jedzenia. Pope i Hudson [2] dokonali w 1992 roku przeglądu prac na ten temat z lat osiemdziesiątych oraz początku dziewięćdziesiątych. Wyniki okazały się bardzo zróżnicowane. W zależności od stosowanych kryteriów szacowano częstość CSA wśród pacjentek z bulimią od 7% (wąskie kryteria, Lacey i wsp. 1990 [za: 2]) do 69% (szerokie kryteria, Folsom i wsp. 1989 [za: 2]). Rozbieżności w tej kwestii dotyczą również danych o populacji ogólnej, w której szacowano częstość CSA od 27% (wąskie kryteria, grupa 670 osób, Finkelhor i wsp. 1990 [za: 22]) do 59% (pośrednie kryteria, grupa 470 osób, Russel i wsp. 1986 [za: 22]). Pope i Hudson konkludują swój przegląd stwierdzeniem braku uzasadnienia dla hipotezy, iż CSA jest czynnikiem ryzyka bulimii.

Niemal dziesięć lat później dokonano metaanalizy danych dotyczących związku CSA z zaburzeniami jedzenia. Na podstawie 53 badań stwierdzono niewielką dodatnią korelację $r = 0,1$ [3]. Rozbieżność wyników uzasadniano metodologicznymi różnicami w definicji zarówno CSA, jak i zaburzeń jedzenia. Postawiono również hipotezę, że na wystąpienie zaburzeń jedzenia w mniejszym stopniu ma wpływ samo nadużycie, a w większym — stopień jego ciężkości [4, 5]. Założenie to jednak później nie zostało potwierdzone [6, 7].

Stało się jasne, że nadużycie seksualne samo w sobie nie stanowi wyraźnego czynnika przyczynowego zaburzeń jedzenia, zwrócono więc większą uwagę na kontekst jego występowania oraz na zależności pomiędzy różnymi formami traumy. W związku z tym w badaniach z lat dziewięćdziesiątych XX wieku i późniejszych uwzględniano również takie formy urazów psychicznych, jak nadużycie fizyczne (childhood physical abuse, CPA), nadużycie emocjonalne (childhood emotional abuse, CEA) oraz zaniedbanie emocjonalne (emotional neglect, EN) i fizyczne (physical neglect, PhN). Zbadano również znaczenie znęcania się przez rówieśników w dzieciństwie, a także związek traumy w wieku dorosłym — nadużycia seksualnego (adult sexual abuse, ASA) oraz dyskryminacji — z zaburzeniami jedzenia. Liczba prac oceniających szersze spektrum doświadczeń traumatycznych jest mimo to bardzo ograniczona. Niewiele jest również prac porównujących różne typy zaburzeń jedzenia pod względem traumatycznych doświadczeń. Poniżej zaprezentowano pokrótce prace, które obejmują szersze spektrum urazowych doświadczeń w dzieciństwie i w wieku dorosłym u osób z zaburzeniami jedzenia.

Wonderlich i wsp. zbadali występowanie zaburzeń jedzenia wśród osób, które doświadczyły nadużycia seksualnego w dzieciństwie oraz jako dorosłe osoby [8]. Występowanie i nasilenie zaburzeń jedzenia oceniano za pomocą Eating Disorder Examination (EDE) oraz SCID. Stwierdzono wyraźnie większą częstość ich występowania, zarówno w nasileniu klinicznym, jak i subklinicznym u osób, które doświadczyły nadużycia seksualnego w dzieciństwie. Najbardziej narażone na wystąpienie zaburzeń jedzenia były osoby, które doświadczyły zarówno CSA, jak i gwałtu w dorosłym życiu. Sugeruje to, że doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie zwiększa podatność na uraz, jakim jest gwałt w późniejszym, dorosłym życiu. Większe ryzyko zaburzeń jedzenia przy współwystępowaniu różnych form traumy potwierdzone zostało również przez innych autorów [9, 10].

Striegel-Moore i wsp. [11] w grupie 162 dorosłych pacjentów z zespołem gwałtownego objadania się (binge eating disorder, BED) stwierdzili większą częstość nadużycia seksualnego, nadużycia fizycznego oraz znęcania się przez rówieśników (*bullying by peers*) w porównaniu z kontrolną grupą osób zdrowych. Znęcanie się przez rówieśników zostało zdefiniowane jako zagrożenie przemocą lub faktyczne fizyczne zagrożenie ze strony rówieśników w dzieciństwie.

W swoim badaniu 80 osób z bulimią, porównywanych do zdrowych osób z grupy kontrolnej, Rorty i wsp. [10] nie zauważyli różnic w częstości nadużycia seksualnego, stwierdzili natomiast większą częstość nadużycia fizycznego, psychologicznego oraz kombinacji różnych form nadużycia (*multiple abuse*) u pacjentek z bulimią. Do badania różnych form nadużycia używali kwestionariuszy. Nadużycie psychologiczne było badane za pomocą kwestionariusza PSY (maternal and paternal psychological abuse) uwzględniającego takie formy nadużycia, jak: obrażanie, krzyczenie, krytykowanie, stwierdzenia wywołujące poczucie winy, zawstydzanie w obecności innych. Odpowiada to pojęciu

nadużycia emocjonalnego w innych badaniach. Nadużycie psychologiczne było najczęstszą formą nadużycia zarówno w grupie osób z bulimią, jak i również u osób zdrowych (43,8% vs 30%). Żadnych urazowych doświadczeń nie podawało jedynie niespełna 19% pacjentek z bulimią i niemal połowa osób zdrowych.

Grave i wsp. [12] zbadali częstość traumy w różnych podgrupach zaburzeń jedzenia uwzględniając incest, nadużycie seksualne przez osobę spoza rodziny, nadużycie fizyczne, nadużycie psychologiczne oraz utratę członka rodziny. Wśród badanych, 46,2% pacjentek z zaburzeniami jedzenia miało w wywiadzie urazowe doświadczenia, zatem mniej niż w innych podobnych pracach [10, 13]. Największa ich częstość dotyczyła anoreksji o typie żarłoczno-wydalającym (63,6%), bulimii (58%) oraz BED (50%). Częstość traumy u pacjentek z anoreksją restrykcyjną była zbliżona do jej częstości w grupie kontrolnej osób zdrowych (20% vs 14%). Związek traumy z symptomatologią bulimiczną, a nie restrykcyjną, potwierdzany jest również przez innych autorów [5, 15]. Autorzy szczególnie wiążą te objawy z nadużyciem seksualnym oraz fizycznym. Nadużycie psychologiczne w badaniu Grave'a i wsp. [12] również było związane z symptomatologią bulimiczną (anoreksja, typ żarłoczno-wydalający, bulimia, BED — odpowiednio 18%, 29% 10%), natomiast nie stwierdzono jego występowania w anoreksji restrykcyjnej.

Grilo i Masheb [13] w 2001 roku zbadali 145 pacjentów z zespołem gwałtownego objadania się za pomocą Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Jest to kwestionariusz wypełniany samodzielnie przez pacjenta, obejmujący takie formy złego traktowania (*maltreatment*) w dzieciństwie, jak nadużycie seksualne, emocjonalne, fizyczne oraz zaniedbanie emocjonalne i fizyczne. Zaobserwowano wyraźną różnicę pomiędzy grupą badaną a kontrolną (osoby zdrowe), jeśli chodzi o emocjonalne zaniedbanie: 69% vs 21,1%, a także emocjonalne nadużycie 59,3% vs 24,1%. Trzecim co do częstości rodzajem traumy w grupie z zaburzeniami jedzenia było zaniedbanie fizyczne — 48,6%, w porównaniu z 12,2% w grupie kontrolnej. Wystąpienie jakiegokolwiek formy złego traktowania u osób z BED oceniono na 82,8% w porównaniu z 42,8% u osób z populacji ogólnej. Nie licząc zależności zaniedbania fizycznego i stosowania ograniczeń dietetycznych, urazowe doświadczenia nie były związane z nasileniem objawów lub wagą. Nadużycie emocjonalne było natomiast związane z nasileniem objawów depresyjnych, niższą samooceną oraz niezadowoleniem z własnego ciała (*body dissatisfaction*). Nie stwierdzono czasowego związku między traumą a początkiem zaburzeń. W później opublikowanej pracy [14] ci sami autorzy stwierdzają, iż emocjonalne nadużycie jest jedyną formą traumy dziecięcej związaną z występowaniem zaburzeń osobowości w tej grupie pacjentów.

W 1999 roku Kent, Waller i Dagnan [7] zbadali w nieklinicznej populacji 236 studentek związek pomiędzy różnymi formami urazowych doświadczeń a psychopatologią dotyczącą jedzenia. Do oceny występowania różnych form nadużycia lub zaniedbania w dzieciństwie wykorzystano The Child Abuse and Trauma Scale (CATS), natomiast Eating Disorder Examination służył ocenie psychopatologii odżywiania się. Po uwzględnieniu wzajemnych zależności pomiędzy urazowymi doświadczeniami, stwierdzono, iż nadużycie emocjonalne było jedyną formą nadużycia związaną z postawami i objawami behawioralnymi zaburzeń jedzenia. Podobnie jak w pracy Grilo i Masheba [13], nie stwierdzono znaczenia wieku, w którym miało miejsce nadużycie, dla nasilenia psychopatologii.

Hart i Waller, badając w 2002 roku [6] niewielką grupę ($n = 23$) pacjentek z bulimią, wykazali związek ciężkości traumy z nasileniem psychopatologii, jednak dotyczyło to postaw bulimicznych oraz zachowań kompensacyjnych, i ujemną zależność w przypadku napadów objadania się (im cięższa trauma, tym mniejsze nasilenie napadów objadania się). Zależność ta nie osiągnęła jednak istotności statystycznej.

Podsumowując wyniki badań dotyczących różnych form traumatycznych doświadczeń w zaburzeniach jedzenia, można wysnuć kilka wniosków. Różne formy traumy najczęściej współwystępują ze sobą i badanie ich w sposób izolowany nie daje pełnego obrazu możliwych przyczyn zaburzeń jedzenia. Prawdopodobnie centralne znaczenie dla psychopatologii jedzenia w ogóle mają mniej uchwytnie formy traumy dziecięcej, takie, jak emocjonalne nadużycie, natomiast konkretnie dla symptomatologii bulimicznej podkreślane jest znaczenie traumy związanej z kontaktem fizycznym, a więc szczególnie CSA oraz CPA. Nie jest jasne natomiast, w jaki sposób wystąpienie traumy przekłada się później na powstanie zaburzeń jedzenia, szczególnie, iż wyniki badań nie wskazują na jednoznaczność zależności pomiędzy nimi.

Starano się znaleźć czynniki, które pośredniczyłyby w tej zależności, jednak początkowo większość prac dotyczyła nadużycia seksualnego w dzieciństwie. Waller [16] jako czynnik pośredniczący podaje zaburzenie osobowości typu borderline, Pitts & Waller [17] — samoocznianie, Vanderlinden i wsp. [18] dysocjację, a w późniejszym badaniu Wonderlich i wsp. [8] — impulsywność behawioralną oraz używanie narkotyków. W badaniu Murray i Waller z 2002 roku [19] czynnikiem pośredniczącym pomiędzy incestem a zaburzeniami jedzenia było poczucie wstydu.

W wyżej wspomnianej pracy, Kent i wsp. [7] starali się ustalić, jakie czynniki pośredniczą w relacji nadużycie emocjonalne — zaburzenia jedzenia. Dysocjacja (określana na podstawie DES, Dissociative Experiences Scale) oraz lęk (ocenywany za pomocą HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale) okazały się pośredniczyć w tej zależności, natomiast depresja nie miała takiego znaczenia.

Gershuny i Thayer [20] widzą bulimię jako jedną z form zaburzeń związanych z traumą, obok PTSD oraz zaburzeń osobowości typu borderline, przy czym w tej zależności między nimi pośredniczy wg nich dysocjacja. Dysocjacja jest tradycyjnie postrzegana jako mechanizm związany z urazowymi doświadczeniami, dlatego też jej występowanie i znaczenie w przypadku zaburzeń jedzenia zostanie omówione bardziej szczegółowo.

Dysocjacja

Dysocjacja jest definiowana jako częściowa lub całkowita utrata normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Może być rozpatrywana jako zmienna ilościowa lub jakościowa. W tym drugim przypadku wyróżniane są dwie grupy w populacji: o znacznym oraz o niewielkim nasileniu dysocjacji (*high-and low-dissociators*). Dysocjacja niepatologiczna obejmuje takie zjawiska, jak absorpcja (*absorption*) lub marzenia na jawie (*imaginative involvement*), natomiast patologiczna — obejmuje amnezję lub dysocjacyjne zmiany osobowości (*identity confusion / alteration*).

Szerokie rozumienie tego pojęcia stymulowało rozwój koncepcji różnicujących w jego obrębie. Wyróżniono oddzielenie (*detachment*), co odpowiada pierwszemu typowi dysocjacji wg Cardeña oraz Browna [za: 21]. Ten typ dysocjacji obejmuje depersonalizację oraz derealizację. Jego istotą jest poczucie odcięcia, oddzielenia od siebie lub świata zewnętrznego. Podkreślane jest pokrewieństwo tych objawów ze zjawiskami dysocjacyjnymi występującymi w przebiegu PTSD.

Drugim rodzajem dysocjacji jest podział (*compartmentalization*) — odpowiada on drugiemu typowi dysocjacji wg Cardeña oraz Browna [za: 21]. Obejmuje takie zjawiska, jak konwersja, amnezja dysocjacyjna; niekiedy do tej grupy zaliczana jest również fuga oraz dysocjacyjne zaburzenie osobowości. Charakteryzuje się niezdolnością do kontrolowania czynności lub procesów poznawczych, które zwykle takiej kontroli podlegają, przy czym czynności te lub procesy same w sobie zasadniczo przebiegają prawidłowo.

Klasyfikacje psychiatryczne nie porządkują wystarczająco grupy zaburzeń dysocjacyjnych. DSM-IV odróżnia zaburzenia dysocjacyjne od zaburzeń konwersyjnych. Również z powodów metodologicznych dysocjacja zostaje zawężana do objawów raczej psychicznych niż somatycznych, gdyż najczęściej stosowana w badaniach skala samooceny DES (Dissociative Experiences Scale) praktycznie nie uwzględnia objawów konwersyjnych. Pozostaje to w kontraście do początków badań nad dysocjacją, kiedy to objawy historyczne były w centrum zainteresowania badaczy.

Holenderscy autorzy, jak Ellert Nijenhuis [22], podkreślają wspólny mechanizm zaburzeń dysocjacyjnych sensu stricto oraz zaburzeń konwersyjnych. W związku z tym proponują odróżnienie dysocjacji somatoformicznej, odpowiadającej konwersji, od dysocjacji psychologicznej (lub psychoformicznej, choć pojęcie to nie przyjęło się szerzej), obejmującej depersonalizację, derealizację oraz amnezję.

Rozwój koncepcji teoretycznych dysocjacji pozostaje w ścisłym związku z rozwojem narzędzi służących do jej pomiaru. Przykładem tego jest stworzenie przez E. Nijenhuisa kwestionariusza badającego dysocjację somatoformiczną. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) obejmuje 20 pozycji odnoszących się do somatycznych objawów dysocjacyjnych, dotyczących narządów zmysłów, oraz takich jak globus hystericus lub znieruchomienie (*behavioral freezing*). Powstała również wersja tego kwestionariusza do badania przesiewowego, obejmująca 5 pozycji (SDQ-5).

Dysocjacja psychologiczna z kolei najbardziej adekwatnie odzwierciedlana jest w najpowszechniej używanym kwestionariuszu służącym do badania dysocjacji: Dissociative Experiences Scale (DES) autorstwa E.M. Bernstein i F.W. Putnama [23]. Skala ta składa się z 28 pozycji opisujących doświadczenia o charakterze dysocjacyjnym, których częstość określana jest w nasileniu 0 do 100%. Uzyskiwany jest wynik w przedziale od 0 do 100. Podskale to amnezja, absorpcja i depersonalizacja. Waller i wsp. [31] użyli w swoim badaniu nowszej wersji kwestionariusza DES (DES II), a także wyodrębnionych z niego ośmiu pozycji, lepiej niż całość skali różnicujących dysocjację o klinicznym i nieklinicznym nasileniu. Te wybrane pozycje nazwane zostały DES-Taxon. Istnieje również wersja DES przeznaczona dla adolescentów (A-DES).

Jeszcze jednym narzędziem używanym w badaniach jest Dissociation Questionnaire (DIS-Q), kwestionariusz samooceny wypełniany przez pacjenta, obejmujący 63 pozycje, podzielone na cztery podskale: amnezja, absorpcja (epizody wzmożonej koncentracji),

utrata kontroli (impulsywność), dezorganizacja lub zmiana tożsamości — *identity confusion* (depersonalizacja, derealizacja, osobowość mnoga).

Dysocjacja w zaburzeniach jedzenia

Wielu autorów podaje większe nasilenie dysocjacji oraz częstsze występowanie dysocjacji o patologicznym nasileniu u osób z zaburzeniami jedzenia, w porównaniu z osobami zdrowymi. McCallum i wsp. [24] wykorzystując wywiad strukturyzowany (kryteria DSM-III-R) ocenili częstość zaburzeń dysocjacyjnych w grupie 38 pacjentek na 29%. Osobowość wieloraką stwierdzono u 10%, a depersonalizację u 18% pacjentek. Średni wynik w DES wyniósł 15,43 (SD 13,7), natomiast średni wynik DES u osób z traumą w wywiadzie (seksualną, fizyczną) wyniósł 18,46 w porównaniu z 9,6 u osób bez takiego wywiadu. Największa różnica dotyczyła podskali amnezji. W badaniu Demitracka i wsp. [25] osoby zdrowe w grupie kontrolnej uzyskiwały w DES 6,4.

Vanderlinden i wsp. [26] w grupie 98 pacjentek z zaburzeniami jedzenia oszacowali częstość występowania dysocjacji o klinicznym nasileniu na 12%. W badaniu wykorzystali DIS-Q (punkt odcięcia 2,9). Ponadto na podstawie wywiadu i kwestionariusza wypełnianego przez pacjentki ustalili, że 25% badanych miało traumatyczne doświadczenia w swoim życiu i większe nasilenie dysocjacji w porównaniu z osobami bez traumy. Podobnie jak w badaniu McCallum i wsp. [24] najczęstszą formą dysocjacji związaną z urazami była amnezja.

Grave i wsp. [12] zbadali za pomocą DIS-Q 106 pacjentek z zaburzeniami jedzenia oddziału stacjonarnego. Stwierdzili wyższy poziom dysocjacji w grupie zaburzeń jedzenia w porównaniu z grupą zdrowych studentek. Powyżej punktu odcięcia (2,9) znalazło się więcej osób z grupy badanej (22, 6%) w porównaniu z osobami zdrowymi (3,3%) lub pacjentami ze schizofrenią (10%).

Brown i wsp. [27] w roku 1999, wykorzystując DIS-Q, ocenili nasilenie dysocjacji w grupie 117 pacjentek leczonych w warunkach oddziału stacjonarnego obecnie ($n = 38$) lub w przeszłości ($n = 79$) z powodu zaburzeń jedzenia. W badaniu tym powyżej punktu odcięcia znalazło się 11% pacjentek, a średni wynik uzyskany przez nie to 2,10 dla pacjentek z oddziału stacjonarnego oraz 2,15 dla pacjentek ambulatoryjnych. Uwzględniono występowanie nadużycia seksualnego, zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym, a także nadużycia fizycznego w dzieciństwie. Wyższy ogólny wynik w DIS-Q korelował z obiema formami nadużycia seksualnego, natomiast nadużycie fizyczne było związane jedynie z podskalą dezorganizacji tożsamości (*identity confusion*).

Nijenhuis i wsp. [28] używając SDQ 20 oraz SDQ 5, badali nasilenie dysocjacji oraz częstość jej występowania w nasileniu klinicznym w różnych grupach pacjentów psychiatrycznych, w tym w grupie 50 pacjentów z zaburzeniami jedzenia. Średni wynik w SDQ 20 w tej grupie pacjentów to 27,7 (SD 8,77). Powyżej punktu odcięcia w SDQ 5 (8 punktów lub więcej) znalazło się aż 40% pacjentów z grupy zaburzeń jedzenia. Badania te wskazują na większe nasilenie dysocjacji oraz częstszą dysocjację patologiczną u pacjentów z zaburzeniami jedzenia w porównaniu z osobami zdrowymi. Dysocjacja była bardziej nasiloną u osób, które w wywiadzie miały traumatyczne doświadczenia. Objawem dysocjacyjnym,

najściślej z nimi związanym, była amnezja, chociaż w pracach tych nie uwzględniano występowania dysocjacji somatoformicznej.

Jako że zaburzenia jedzenia nie są grupą jednorodną, należy spodziewać się również zróżnicowania pod względem występowania dysocjacji. Tak jest w istocie. Vanderlinden i wsp. [18] badając za pomocą DIS-Q grupę 53 pacjentek z zaburzeniami jedzenia stwierdzili różnice w wynikach uzyskiwanych w różnych typach zaburzeń jedzenia. Pacjentki z bulimią oraz podtypem bulimicznym anoreksji uzyskały wyniki wyższe niż pacjentki z restrykcyjną anoreksją, chociaż różnica ta była znamienna statystycznie jedynie dla skali utraty kontroli DIS-Q. Podobne wyniki podają Brown i wsp. [27]. Spośród grup diagnostycznych zaburzeń jedzenia, jedynie podtyp bulimiczny anoreksji korelował z podskalą utraty kontroli DIS-Q. Poza tym nie stwierdzono różnic w nasileniu dysocjacji między rodzajami zaburzeń jedzenia.

Z kolei Waller i wsp. [31] użyli nowszej wersji kwestionariusza DES (DES II) oraz DES-Taxon (punkt odcięcia odpowiednio 30 i 20 punktów). Zbadali 170 ambulatoryjnych pacjentów z zaburzeniami jedzenia (17 restrykcyjna anoreksja, 37 bulimiczna anoreksja, 99 bulimia, 17 BED). Zarówno wynik ilościowy DES, jak i liczba przypadków powyżej punktu odcięcia były największe w grupie anoreksji o typie żarłoczno-wydalającym. Bulimia oraz anoreksja restrykcyjna charakteryzowały się niższym i podobnym do siebie nasileniem dysocjacji, a w grupie BED nasilenie było podobne lub niższe niż w grupie osób zdrowych.

Podobne wyniki podają Grave i wsp. [12]. Zbadali za pomocą DIS-Q 106 pacjentek z zaburzeniami jedzenia oddziału stacjonarnego (30 anoreksja restrykcyjna, 22 anoreksja typ bulimiczny, 24 bulimia, 30 BED). Najwyższy wynik DIS-Q stwierdzono w grupie anoreksji o typie bulimicznym oraz bulimii, a najniższy w grupie BED oraz u osób z grupy kontrolnej.

Waller i wsp. [29] zbadali 131 pacjentek z różnych grup zaburzeń jedzenia (21 anoreksja restrykcyjna, 40 anoreksja bulimiczna, 70 bulimia) za pomocą kwestionariuszy DES II oraz SDQ. W obu kwestionariuszach pacjentki z zaburzeniami jedzenia uzyskały wyniki wyższe niż osoby zdrowe z grupy kontrolnej. Stwierdzono różnice pomiędzy grupami zaburzeń jedzenia. Najniższe wyniki uzyskały pacjentki z anoreksją restrykcyjną, natomiast pacjentki z bulimią oraz anoreksją o typie bulimicznym miały od nich wyższy wynik. Pacjentki z anoreksją o typie bulimicznym uzyskały najwyższy wśród trzech grup wynik w SDQ 20. Przemawia to za lepszą zdolnością dyskryminacyjną dysocjacji somatoformicznej niż psychologicznej.

Nasilenie dysocjacji nie jest więc związane z zaburzeniami jedzenia samymi w sobie, lecz przede wszystkim z rodzajem objawów tych zaburzeń: największe jest ono u pacjentek z objawami bulimicznymi, najmniejsze u pacjentek z anoreksją oraz BED.

Dysocjacja a objawy zaburzeń jedzenia

McCallum i wsp. podają występowanie objawów dysocjacyjnych w trakcie epizodów objadania się i zachowań kompensacyjnych u 74% pacjentek z zaburzeniami jedzenia. Są to takie doznania, jak: wyłączenie uwagi w czasie słuchania innych, „zapatrzenie się” w przestrzeń bez świadomości upływającego czasu, pogrążenie w fantazjach z poczuciem

ich rzeczywistości, głośne mówienie do siebie. Swirsky i Mitchell [30] opisują epizod objadania się jako moment zawężenia lub zupełnego ograniczenia przeżywania, odrętwienia, po którym następuje odzyskanie kontroli poprzez zachowania kompensacyjne.

Co ciekawe, w przeciwieństwie do sugestii Kim McCallum i wsp. [24], Diane Swirsky i Valore Mitchell [30], Waller i wsp. [29] wykazali, że żadna miara dysocjacji nie koreluje z epizodami objadania się. Wsparciem dla tej obserwacji są również generalnie niskie wyniki dysocjacji u pacjentów z napadami objadania się bez zachowań kompensacyjnych (BED). Zarówno dysocjacja somatoformiczna, jak i psychologiczna związane są natomiast z intensywnymi ćwiczeniami fizycznymi, dysocjacja zaś somatoformiczna — z używaniem środków przeczyszczających, moczopędnych oraz odchudzających. W badaniu tym dysocjacja nie była związana z prowokowaniem wymiotów. Innymi słowy: dysocjacja jest związana raczej z zachowaniami kompensacyjnymi o powolnym działaniu (*slow-acting*).

Funkcja objawów bulimicznych i ich związek ze stanami dysocjacyjnymi pozostają w ścisłej zależności od rozumienia roli dysocjacji w traumie. Gershuny i Thayer [20] postulują, że w sytuacji traumy, a szczególnie traumy o charakterze kontaktowym, obecne są lęki przed utratą kontroli oraz przed śmiercią, i że to one właśnie muszą zostać zdysocjowane. Freyd i de Prince [31] z kolei twierdzą, że to, co ulega dysocjacji, to najczęściej uczucia zagrażające niezbędnej trwałości relacji z rodzicem lub z kimś z bliskiej rodziny. Z pewnością odgrywa to kluczową rolę w przypadku incestu, w którym wykazano większe znaczenie amnezji niż w razie nadużycia seksualnego przez osobę spoza rodziny. Podkreślane jest znaczenie adaptacyjne dysocjacji w sytuacji traumy. Kiedy nie jest możliwa reakcja walki lub ucieczki, jedyną możliwością, jaka pozostaje, jest odcięcie przeżywania, szczególnie w przypadku traumy seksualnej lub fizycznej. Jednak jeśli taki mechanizm radzenia sobie z emocjami ma charakter przewlekły, utrudnia poznawcze i emocjonalne opracowanie wydarzenia i zwiększa związany z nim dystres.

Uczucia pojawiające się w związku z doznaną w przeszłości traumą są przytłaczające i zagrażają fragmentacją. Zaktywizowanie ich przez jakieś bodźce powoduje uruchomienie behawioralnych mechanizmów obronnych, a mianowicie epizodów objadania się oraz zachowań kompensacyjnych. Te z kolei umożliwiają poradzenie sobie z trudnymi uczuciami poprzez mechanizm dysocjacji towarzyszący tym objawom. Rolą objawów bulimicznych byłaby więc indukcja dysocjacji. Istnieje również alternatywna hipoteza, zakładająca, że objawy bulimiczne służą przerwaniu stanu o charakterze dysocjacji.

Indukcja stanów dysocjacyjnych w objawach bulimicznych może mieć uchwytne podłoże biologiczne: w epizodach przejadania się — zmiany glikemii, w długich ćwiczeniach fizycznych — uwalnianie się endorfin, w prowokowaniu wymiotów, stosowaniu środków przeczyszczających i moczopędnych — przejściowe zmiany elektrolityczne.

Powracając do kwestii znaczenia dysocjacji jako czynnika pośredniczącego, można podsumować ją konkluzją dotyczącą związku traumy kontaktowej z dysocjacją somatoformiczną w przypadku objawów bulimicznych oraz traumy emocjonalnej (lub niezwiązanej z kontaktem fizycznym) z dysocjacją psychologiczną, jeśli chodzi o niebehawioralne objawy zaburzeń jedzenia [32]. Stwierdzenia te wymagają jednak ugruntowania, gdyż niektóre prace podają sprzeczne wyniki w tym zakresie.

Omówienie znaczenia dysocjacji dla objawów zaburzeń jedzenia należy uzupełnić jeszcze kilkoma słowami dotyczącymi objawów anorektycznych. Stosunkowo niewiele

wiadomo na ten temat. Nasilenie dysocjacji w tej grupie jest podobne do jej nasilenia w grupie nieklinicznej, nie jest też związane z traumą. Farrington i wsp. [33] badali dysocjację w grupie nastolatków z anoreksją restrykcyjną (n = 20), grupie klinicznej różnych zaburzeń (n = 19) oraz osób zdrowych (n = 210) używając wersji DES przeznaczonej dla adolescentów (A-DES). Nasilenie dysocjacji było podobne we wszystkich trzech grupach. Autorzy stwierdzają jednak, że dysocjacja w grupie anoreksji związana jest przede wszystkim z określonymi elementami psychopatologii, innymi niż w pozostałych grupach, a mianowicie z wrogością, myśleniem paranooidalnym oraz nadwrażliwością w relacjach interpersonalnych.

Podsumowanie

Nie pozostawia większych wątpliwości to, że istnieje związek pomiędzy traumą a zaburzeniami jedzenia. Z dużym przekonaniem można również stwierdzić, że w zasadzie związek ten dotyczy objawów bulimicznych, a ściślej rzecz biorąc — niektórych rodzajów zachowań kompensacyjnych.

To, co budzi wątpliwości to fakt, że przecież nie u wszystkich osób z objawami bulimicznymi znajdująca jest w historii życia trauma. Od 20% do 50% pacjentek w badaniach nie podawało takiej informacji. Być może wynika to z samej natury zjawisk dysocjacyjnych — mianowicie wybiórczej amnezji dotyczącej tych wydarzeń. Pacjenci częściej podają traumę w wywiadzie, gdy pytanie o nią zadawane jest po korzystaniu z psychoterapii, niż przed jej rozpoczęciem. Z drugiej strony terapeuci oraz badacze borykają się z problemem fałszywych wspomnień dotyczących nadużycia.

Jak zaznaczono na wstępie, zaburzenia jedzenia mają charakter polietiologiczny, zatem oprócz traumy również inne czynniki powodują, że u danej osoby rozwijają się zaburzenia określonego typu lub też nie rozwijają się w ogóle. Połowa ofiar nadużycia nie prezentuje objawów psychopatologicznych [34]. Stwierdzono również, że w grupie nieklinicznej osoby z CSA w wywiadzie nie różnią się pod względem nasilenia dysocjacji od osób bez takiego wywiadu, różnią się natomiast używaniem w większym stopniu mechanizmu projekcji [34]. Wskazywałoby to na znaczenie dysocjacji w powstawaniu psychopatologii u osób z traumą w wywiadzie.

Są również białe plamy w naszej wiedzy na omawiany temat. Stosunkowo niewiele wiadomo o znaczeniu dysocjacji oraz jej związku z traumą u pacjentek z restrykcyjną postacią anoreksji. Potwierdzenia wymaga wykazany w niektórych badaniach związek traumy emocjonalnej z dysocjacją psychologiczną, a także związek traumy kontaktowej z dysocjacją somatoformiczną oraz objawami bulimicznymi. Niewiele jest również danych o zależności między dysocjacją a somatyzacją u pacjentek z zaburzeniami jedzenia również, chociaż wykazywano ich ścisły związek w innych grupach pacjentów [34].

Istnieje również aspekt kliniczny powyżej cytowanych prac. Wiedza dotycząca związku traumy z zaburzeniami jedzenia wskazuje na konieczność uwzględniania całego spektrum doświadczeń urazowych u pacjentów z zaburzeniami jedzenia, gdyż znaczna ich większość miała takie w historii swojego życia. Nie chodzi zatem tylko o nadużycie seksualne lub fizyczną przemoc, lecz trudniejsze do uchwycenia dla pacjenta formy nadużycia lub za-

niedbania emocjonalnego, które najczęściej dopiero w trakcie korzystania z psychoterapii zostają zreflektowane w sposób wpływający na zdrowienie.

Piśmiennictwo

1. Polivy J, Heman CP. Causes of eating disorders. *An. Rev. Psychol.* 2002; 53: 187–213.
2. Pope HG, Hudson JI. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am. J. Psychiatr.* 1992; 149: 455–463.
3. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 31(2): 136–150.
4. Nagata T, Kiririke N, Iketani T, Kawarada Y, Tanaka H. History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: relationship with dissociation and impulsive behaviours. *Psychol. Med.* 1999; 29: 935–942.
5. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Brit. J. Psychiatry* 1991; 159: 664–671.
6. Hartt J, Waller G. Child abuse, dissociation and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 923–938.
7. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25(2): 159–167.
8. Wonderlich SA, Crosby R, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Haseltine B. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int. J. Eat. Disord.* 2001; 30(4): 401–412.
9. Kent A, Waller G. Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clin. Psychol. Rev.* 2000; 20(7): 887–903.
10. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatr.* 1994; 151(8): 1122–1126.
11. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *Am. J. Psychiatr.* 2002; 159 (11): 1902–1907.
12. Grave RD, Oliosi M, Todisco P, Bartocci C. Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Dissoc.* 1996; 9(4): 274–281.
13. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes. Res.* 2001; 9: 320–325.
14. Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 183–188.
15. Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA. Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992; 85(2): 136–142.
16. Waller G. Sexual abuse and eating disorders. Borderline personality disorder as a mediating factor? *Brit. J. Psychiatry* 1993; 162: 771–775.
17. Pitts C, Waller G. Self-denigratory beliefs following sexual abuse: association with the symptomatology of bulimic disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 13(4): 407–410.
18. Vanderlinden J, Spinhoven P, Vandereycken W, van Dyck R. Dissociative and hypnotic experiences in eating disorder patients: an exploratory study. *Am. J. Clin. Hypn.* 1995; 38(2): 97–108.
19. Murray C, Waller G. Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32: 186–191.

20. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena and trauma-related distress: a review and integration. *Clin. Psychol. Rev.* 1999; 19(5): 631–657.
21. Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter ECM, Frasquilhi F, Oakley DA. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 25: 1–23.
22. Nijenhuis ER. Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *J. Trauma & Dissoc.* 2000; 1(4): 7–33.
23. Carlson EB, Putnam FW. An update on dissociative experiences scale. *Dissoc.* 1993; 1: 16–27.
24. McCallum KE, Lock J, Kulla M, Rorty M, Wetzel RD. Symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissoc.* 1992; 5(4): 227–235.
25. Demitrack MA, Putnam FW, Brewerton TD, Brandt HA, Gold PW. Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *Am. J. Psychiatr.* 1990; 147: 1184–1188.
26. Vanderlinden J, Vandereycken W, van Dyck R, Vertommen H. Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 13(2): 187–193.
27. Brown L, Russell J, Thornton Ch, Dunn S. Dissociation, abuse and the eating disorders: Evidence from an Australian population. *Austr. New Zealand J. Psychiatr.* 1999; 33: 521–528.
28. Nijenhuis ER, van Dyck R, Spinhoven P, van der Hart O, Chatrou M, Vanderlinden J, Moene F. Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Aust. N. Z. J. Psychiatr.* 1999; 33 (4): 511–20.
29. Waller G, Babbs M, Wright F, Potterton C, Meyer C, Leung N. Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behav. Res. Ther.* 2003; 41(5): 619–627.
30. Swirsky D, Mitchell V. The binge-purge cycle as a means of dissociation: somatic trauma and somatic defense in sexual abuse and bulimia. *Dissoc.* 1996; 9(1): 18–27.
31. Freyd JJ, DePrince AP. Perspectives on memory for trauma and cognitive processes associated with dissociative tendencies. *J. Aggress. Maltreatm. Trauma* 2001; 4(2): 137–163.
32. Waller G, Hamilton K, Elliott P, Lewendon J, Stopa L, Waters A, Kennedy F, Lee G, Pearson D, Kennerley H, Hargreaves I, Bashford V, Chalkley J. Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *J. Trauma & Dissoc.* 2000; 1(4): 81–98.
33. Farrington A, Waller G, Neiderman M, Sutton V, Chopping J, Lask B. Dissociation in adolescent girls with anorexia: relationship to comorbid psychopathology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002; 190(11): 746–751.
34. Hall JM. Dissociative experiences of women child abuse survivors. A selective constructivist review. *Trauma, Violence & Abuse* 2003; 4(4): 283–308.

Adres: Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚIAM
ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice