



## Zaburzenia odżywiania a doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie – przegląd badań

*Eating disorders and the experience of sexual abuse in childhood – a review of research literature*

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA, JOLANTA ŻOGA, ANNA GRZYWA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Praca jest przeglądem badań dotyczących związku pomiędzy wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a późniejszym występowaniem zaburzeń odżywiania (*anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*).

**Poglądy.** W większości przedstawionych badań taki związek ujawniono. Jednoczesne doświadczenie również innych rodzajów przemocy wpływa na głębokość zaburzeń. Jako psychopatologiczny mechanizm powstawania zaburzeń odżywiania wymieniana jest chęć redukcji cierpienia oraz próby odzyskania kontroli nad swoim ciałem.

**Wnioski.** Problem wymaga uwagi w praktyce klinicznej.

### SUMMARY

**Background.** A review is presented of research on the relationship between sexual abuse in childhood and eating disorders (*anorexia nervosa* and *bulimia nervosa*) in later life.

**Review.** In a majority of reviewed studies such a relationship was found. Eating disorder severity was associated with experiencing also other kinds of violence in the same period. The need for distress reduction and attempts at regaining control over own body are regarded as a psychopathological mechanism underlying eating disorders.

**Conclusions.** The problem should be taken into account in clinical practice.

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania / przemoc w dzieciństwie / wykorzystanie seksualne

**Key words:** eating disorders / child maltreatment / sexual abuse

---

Od późnych lat osiemdziesiątych XX wieku w literaturze przedmiotu podejmującej problem etiologii zaburzeń odżywiania zaczęły pojawiać się doniesienia wiążące to zjawisko z doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie [1, 2, 3, 4] i związek ten stał się ważnym, choć kontrowersyjnym przedmiotem badań.

Współwystępowanie wykorzystania seksualnego i zaburzeń odżywiania jest szczególnie istotne u kobiet: z jednej strony zaburzenie odżywiania się występuje 9 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn [5], a z drugiej strony – kobiety są obciążone o wiele większym poziomem ryzyka wykorzystania seksualnego niż mężczyźni. Przyjmuje się, że ok. 20–30% pacjentek z zaburzeniami odżywiania się było ofiarą takich traumatycznych sytuacji [6, 7, 8]. Zwraca się uwagę, że doświadczenia te mają znaczenie dla kształtowania się poczucia własnej wartości, identyfikacji ze społeczną rolą kobiety, akceptacji własnego ciała i seksualności [9]. Biorąc pod uwagę rolę wstydu w odniesieniu do seksualności i ciała, który jest ewidentny u kobiet z zaburzeniami jedzenia [10, 11], wykorzystanie seksualne jest jedną z prawdopodobnych przyczyn tych zaburzeń.

W przeglądzie badań z pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku, będącym częścią projektu prowadzonego przez *University of North Dakota* we współpracy z *Medical University of South Carolina*, skupiono się na kilku, najczęściej pojawiających się kwestiach odnoszą-

cych się do związku pomiędzy wykorzystaniem seksualnym a zaburzeniami odżywiania [12]. Przede wszystkim rozważono istnienie związku pomiędzy wykorzystaniem seksualnym a bulimią. Badania porównujące rozpowszechnienie zgłaszania przemocy seksualnej w próbie klinicznych kobiet z bulimią oraz grupie kontrolnej przyniosły nieco sprzeczne rezultaty. O ile Steiger i Zanko [13] wykazali, że kobiety z postacią bulimiczną anoreksji i kobiety z bulimią o normalnej wadze zgłaszały znacząco więcej doświadczeń przemocy seksualnej w dzieciństwie niż badane z grupy kontrolnej, to Rorty, Yager i Rossotto [14] związku tego nie znaleźli. Podkreślić jednak należy, że ci ostatni wykazali, że przemoc seksualna w połączeniu z innymi rodzajami przemocy dziecięcej (tj. fizyczną lub psychiczną) wiązała się istotnie z *bulimia nervosa*.

Z kolei badania porównujące ofiary przemocy w dzieciństwie z grupą kontrolną bez takich doświadczeń przyniosły pewne potwierdzenie związku przemocy i zaburzeń odżywiania się. Według Wonderlicha i wsp. [15], zgłaszanie objawów diagnostycznych dla bulimii (zgodne z DSM-III-R) było bardziej prawdopodobne dla ofiar przemocy seksualnej niż dla badanych z grupy kontrolnej. Mallinckrodt, McCreary i Robertson [16] wykazali, że zaburzenie odżywiania było częstsze u kobiet wykorzystanych przed 14 rokiem życia w porównaniu tymi, które nie doświadczyły przemocy lub doświadczyły jej po 14 roku życia. Pribor

i Dinwiddie [17], których badanie nie wykazało różnic statystycznie istotnych, zwrócili uwagę na fakt, że odsetek 23% bulimii u ofiar przemocy seksualnej (w stosunku do 4% u badanych z grupy kontrolnej) był wyższy niż oczekiwano na podstawie wcześniejszych badań. W przypadku porównań grupy kobiet z nie-kliniczną bulimią z grupą kontrolną bez zaburzeń, siedem z ośmiu badań znalazło znaczący związek pomiędzy wywiadem wskazującym na wykorzystanie seksualne w dzieciństwie a zaburzeniami odżywiania [15, 18, 19, 20, 21, 22, 23]. Kinzl, Traweger, Guenther, Biebl [24] nie znaleźli związku pomiędzy przemocą seksualną w dzieciństwie i zgłaszaną symptomatologią zaburzeń. Według omawianego przeglądu, istnieją pewne dowody sugerujące, że doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie wykazuje silniejszy związek z bulimią niż anoreksją [13, 17, 18, 25], choć z drugiej strony dwa badania nie znalazły różnicy pomiędzy grupami bulimicznymi i anorektycznymi [26, 27].

Odpowiadając na pytanie, czy przemoc seksualna doświadczona w dzieciństwie jest specyficznym czynnikiem ryzyka dla zaburzeń odżywiania się, omawiany przegląd stwierdza, że nie ma dowodu sugerującego taką swoistość. I tak, w sześciu badaniach stwierdzono istnienie silnego dowodu na to, że związek pomiędzy doświadczeniem przemocy seksualnej i zaburzeń odżywiania jest niespecyficzny [17, 18, 28, 29, 30]. Co więcej, gdy badano wskaźniki różnych zaburzeń psychiatrycznych wśród ofiar wykorzystania seksualnego, zaburzenia odżywiania się były jedynie jednym z wielu zaburzeń związanych z wcześniejszym doznaniem przemocy.

Badano również związek przemocy seksualnej z dotkliwością zaburzeń odżywiania się, konkludując, że w chwili obecnej nie ma dowodu potwierdzającego taką hipotezę. Dodać należy interesujący rezultat Waller, Halek i Crisp [31], którzy wykazali, że wśród kobiet z restrykcyjną postacią anoreksji doświadczenie przemocy seksualnej w jakimkolwiek wieku wiązało się z większą intensywnością korzystania z leków przeczyszczających. Ponadto, Waller, Ruddock i Pitts [32] stwierdzili, że zarówno wśród kobiet z bulimią, jak i z anoreksją wykrycie doświadczonej przez nie w dzieciństwie przemocy seksualnej prognozowało częstsze prowokowanie wymiotów.

Wykorzystanie seksualne może wpływać na naturę i objawy zaburzeń odżywiania się [25]. Zerbe [33], na przykład, opisał kobietę, u której żądanie seksu oralnego przez ojca wytworzyło wstręt do oralnej symulacji męskich narządów płciowych, które konkretyzowała w symptomie przeczyszczania. Dla tej klientki, jedzenie powtarzało traumę: „Ojciec zmuszał ją do «jedzenia mięsa», więc uznała ten produkt żywnościowy za szczególnie nie do zniesienia” (s. 204). Rozważano również, czy doświadczenie przemocy seksualnej u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się ma związek z częstością współwystępowania innych stanów chorobowych. W konkluzji autorzy stwierdzają, że większość dowodów sugeruje, że u osób z zaburzeniami odżywiania się zgłaszających doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie występuje wyższy poziom patologii psychiatrycznej w porównaniu do tych bez tego doświadczenia – związek ten znaleziono w pięciu na sześć badań włączonych do omawianego przeglądu [14, 18, 28, 34]. Należały do nich zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe,

zaburzenia zachowania, różne formy zaburzeń osobowości oraz choroby psychiczne. Autorów przeglądu interesowało również, czy inne formy przemocy są związane z zaburzeniami odżywiania się. W odpowiedzi na to pytanie stwierdzili, że wstępne dane sugerują, że inne formy traumy mogą być związane z zaburzeniami odżywiania się, przytaczając dla przykładu badania sugerujące związek przemocy z doświadczeniem przemocy fizycznej [14, 35], jak też przemocy psychicznej [14] w dzieciństwie.

Kent i wsp. [36] systematycznie badali osoby z różnymi doświadczeniami przemocy i zaniedbania w dzieciństwie (seksualne, fizyczne, emocjonalne) w odniesieniu do postaw wobec zaburzonego odżywiania się. Pomimo, że wszystkie formy maltretowania w dzieciństwie były związane z ogólną psychopatologią odżywiania, krzywdzenie emocjonalne miało istotny, niezależny udział. Ponadto, patologia odżywiania się była związana z historią wykorzystania pośrednio. Jej bezpośrednią przyczyną był niepokój i dysocjacja związane z wykorzystaniem. Warto również dodać, że badania pacjentek oddziałów psychiatrycznych wykazują, że doświadczenie więcej niż jednej formy przemocy w dzieciństwie (tj. zarówno przemocy seksualnej, jak i fizycznej) ma bardziej szkodliwy wpływ niż jednej [37, 38].

Autorzy przeglądu zwrócili uwagę na fakt, że badania nad związkiem doświadczeń traumatycznych i zaburzeń odżywiania się sugerują, że zaburzenia odżywiania mogą być częścią szerszej reakcji na traumę [20, 34]. Jon G. Allen [39] w swojej praktyce terapeutycznej mniej koncentruje się na etiologii, a bardziej na bieżącej funkcji zachowania związanego z zaburzonym odżywianiem się. Przedstawia on zaburzenia odżywiania się (jak również nadużywanie substancji i samookaleczenie się) jako desperacką próbę zredukowania cierpienia. Również wielu innych klinicystów i badaczy [20, 33, 36, 40] wypowiada się na temat roli, jaką zachowanie związane z zaburzeniami odżywiania odgrywa w regulowaniu cierpienia emocjonalnego. Rorty i Yager [41] opisali w jaki sposób dotkliwie maltretowanie i zaniedbanie w dzieciństwie może przyczyniać się do rozwoju zespołu pourazowego, w którym zaburzenia jedzenia mogą mieć swoją przyczynę. Rozpatrując zaburzone zachowania związane z odżywianiem się jako środek regulowania stresu i bolesnych stanów emocjonalnych, autorzy ci dowodzili, że używanie środków przeczyszczających jest motywowane nie tylko poprzez cel cofnięcia efektów objadania się, ale także poprzez tkwiące w przeczyszczaniu się możliwości zredukowania napięcia i odbudowania poczucia równowagi. Odnotowali także, że objadanie się jest często związane ze stanami dysocjacyjnymi. W tym kontekście Zerbe [33] wypowiadał się na temat odczucia spokoju u klientów bulimicznych po epizodzie przeczyszczenia, „jak gdyby byli unieruchomieni w kokonie” [tamże, s. 220]. Rorty i Yager [41] zwrócili uwagę na fakt, że po dysocjacyjnym doświadczeniu objadania się, przeczyszczanie może posłużyć do powrotu poczucia stabilności emocjonalnej. Swirsky i Mitchell [42] prosili kobiety z bulimią z wywiadem maltretowania seksualnego w dzieciństwie i bez niego, aby opisały swe subiektywne doświadczenia w różnych punktach cyklu „objadanie się – przeczyszczanie”. Większość kobiet opisywała stany dysforii przed objadaniem się i około połowa czuła uspokojenie, ulgę podczas objadania się. Zakończenie objadania się zawsze przynosiło powrót do dysforii (np. odczu-

cia winy i wstydu, jak również obrzydzenia i nienawiści do samego siebie). Po przeczyszczeniu większość kobiet zgłaszała poczucie ulgi i uspokojenia, ale i poczucie kontroli.

Zgodnie z tezą Heatherzona i Baumeistera [43], że zaburzenia jedzenia wspierają ucieczkę od samoświadomości, Swirsky i Mitchell [42] odnotowali: „uczestnicy wielokrotnie wspominali, iż podczas objadania się «nic nie istnieje oprócz jedzenia»” (s. 24). Pomimo, że różnice pomiędzy kobietami z wywiadem potwierdzającym molestowanie seksualne i bez takiego wywiadu były ogólnie minimalne, poziom niepokoju i nienawiści do samej siebie po objadaniu się i przed przeczyszczeniem był wyższy w grupie maltretowanej.

Rorty i Yager [41] scharakteryzowali przeczyszczenie jako „formę agresji wobec siebie”, którą połączyli z wstydem ciała, poczuciem braku wartości i odrazą do samego siebie (s. 779), związanymi z historią molestowania. Wskazali, że zaburzenia odżywiania nie tylko dostarczają sposobu radzenia sobie ze zniszczonym poczuciem własnej wartości, ale także organizuje system znaczenia i tożsamości. W obliczu wysoce sprzecznych wymagań co do żeńskiego sukcesu we współczesnym społeczeństwie, kobiety, którym brakuje wewnętrznego poczucia celu, są bardziej podatne na przyzwajanie sobie tego, co oferuje kultura: transcendencję ciała uzyskiwaną poprzez samokontrolę podstawowych potrzeb. W kulturze, która prezentuje pogoń za wysmukłością, jako słasnym życiowym celem, kobiety te odnajdują system znaczeń dla swojej tożsamości, myśli i działań.

Porównanie kobiet z symptomami i bez symptomów zaburzenia odżywiania przeprowadzone przez Mallinckrotda i wsp. [16], wykazało związek z zaburzeniami odżywiania się u wszystkich, u których zanotowano historię kazirodztwa. Jak oczekiwano, doświadczenie kazirodztwa było związane z relatywnie słabszym przywiązaniem emocjonalnym, niższym poczuciem samo-skuteczności, i niższym poczuciem wsparcia społecznego. Kobiety z zaburzeniami odżywiania, które doświadczyły kazirodztwa, wykazywały najwięcej trudności w dziedzinie przywiązania emocjonalnego i kompetencji towarzyskich. Odnotowano również mniejszą serdeczność i oparcie w relacji do ich matek, słabsze przywiązanie w dzieciństwie, mniejsze dostrzeganie wsparcia społecznego i bardziej ograniczone kontakty towarzyskie. Jak wskazał Zerbe [10], pomimo że inni właściwie postrzegają zaburzenia odżywiania jako autodestrukcję, z punktu widzenia klienta zaburzenie takie jest próbą ochrony samego siebie. Zerbe sugeruje interpretację z perspektywy traumy: „Kiedy trzymasz się daleko od jedzenia, część siebie czuje, że żyje. Czujesz, że masz kontrolę nad swoim własnym życiem” (s. 324).

Heatherzon i Baumeister [43] dowiedli w badaniach, że napad żarłoczości (sam lub jako objaw bulimii) osłabia awersyjne stany poprzez wspieranie ucieczki z samoświadomości. Postrzegają oni żarłoczość jako część stylu radzenia sobie z problemem. Kobiety przejawiające napady żarłoczości mają wysokie oczekiwania wobec siebie, ale są zarówno podatne na niskie poczucie własnej wartości, jak i negatywną samoocenę. Wysoki poziom samoświadomości wiąże się z niepokojem, depresją i uogólnioną udręką. Samoświadomość jest bolesna i trudna do kontrolowania. Objadanie się jest strategią skupienia uwagi na najbliższym bodźcu ze środowiska i usiłowania zabloko-

wania samoświadomości. Tym samym napady żarłoczości są sposobem odwrócenia uwagi od negatywnych emocji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Goldfarb L. Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia, and compulsive overeating: Three case reports. *Int J Eat Disord* 1987; 6: 675–80.
2. Root MPP, Fallon P. The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *J Interpers Viol* 1988; 3: 161–73.
3. Sloan G, Leichner P. Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders? *Can J Psychiatry* 1986; 31: 656–60.
4. Wooley SC, Kearney-Cooke A. Intensive treatment of bulimia and body – image disturbance. W: Brownell K, Foreyt J, red. *Handbook of Eating Disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. New York: Basic Books; 1986: 479.
5. Zerbe KJ. *Women’s mental health in primary care*. Philadelphia: Saunders; 1999.
6. Calam R, Slade P. Eating patterns and unwanted sexual experiences. W: Dolan B, Gitzinger I, red. *Why Women? Gender Issues and Eating Disorders*, European Council on Eating Disorder. London: 1991.
7. Lask B, Bryant-Waugh R. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33 (1): 281–300.
8. Wren B, Lask B. *Aetiology*. W: Lask B, Bryant-Waugh R, red. *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Hove, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1993.
9. Józefik B. *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się*. W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999.
10. Zerbe KJ. Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bull Menninger Clin* 1993; 57: 319–27.
11. Zerbe KJ. The emerging sexual self of the patient with an eating disorder: Implications for treatment. *Eat Disord* 1995; 3: 197–215.
12. Fallon P, Wonderlich SA. Sexual abuse and other forms of trauma. W: Gorner DM, Garfinkel PE. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press; 1997: 394–414.
13. Steiger H, Zanko M. Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups. *J Interpers Viol* 1990; 5: 74–86.
14. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1122–6.
15. Wonderlich S, Donaldson MA, Carson DK, Station D, Gertz L, Leach LR, Johnson M. Eating disturbance and incest. *J Interpers Viol* 1996; 11: 195–207.
16. Mallinckrodt B, McCreary BA, Robertson AK. Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies. *J Couns Psychology* 1995; 42: 178–86.
17. Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric correlates of incest in childhood. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 52–6.
18. Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA. Long term effects of introfamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 8: 136–42.
19. Calam RM, Slade PD. Sexual experiences and eating problems in female undergraduates. *Int J Eat Disord* 1989; 8: 391–7.
20. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG, O’Neil PM. The National Women’s Study: Relationship of victimization and post-traumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 213–28.
21. Hastings T, Kern J. Relationships between bulimia. Childhood sexual abuse, and family environment 1994; 15 (2): 103–11.

22. Miller DAF, McCluskey-Fawcett K, Irving LM. The relationship between childhood sexual abuse and subsequent onset of bulimia nervosa. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 305–14.
23. Smolak L, Levine MP, Sullins E. Are child sexual experiences related to eating disordered attitudes and behaviors in a college sample? *Int J Eat Disord* 1990; 9: 167–78.
24. Kinzl JF, Traweger C, Guenther V, Biebl W. Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1127–31.
25. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 664–71.
26. Hall RCW, Tice L, Beresford TP, Woolery B, Hall AK. Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics* 1989; 30: 73–9.
27. Palmer RL, Oppenheimer R, Dignon A, Chaloner D, Howells K. Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders. An extended series. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 699–703.
28. Folsom V, Krahn D, Nairn K, Gold L, Demitrack MA, Silk KR. The impact of alcohol and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: A comparison of eating disordered and psychiatric inpatients. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 249–57.
29. Palmer RL, Oppenheimer R. Childhood sexual experiences with adults: A comparison of women with eating disorders and those with other diagnoses. *Int J Eat Disord* 1992; 12: 359–64.
30. Stuart GW, Laria MT, Ballenger JC, Lydiard B. Early family experiences of women with bulimia and depression. *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4: 43–52.
31. Waller G, Halek C, Crisp AH. Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa: Evidence from two separate case series. *J Psychosom Res* 1993; 37: 873–9.
32. Waller G, Ruddock A, Pitts C. When is sexual abuse relevant to bulimic disorders? The validity of clinical judgements. *Eur Eat Disord Rev* 1993; 1: 143–51.
33. Zerbe KJ. *The body betrayed: Women, eating disorders, and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
34. Vanderlinden J. *Dissociative Experiences, Trauma and Hypnosis*. Eburon Publishers, Oude Delft; 1993.
35. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1665–71.
36. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role for emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *Int J Eat Disord* 1999; 25: 159–67.
37. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Kroll PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1426–30.
38. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 887–92.
39. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
40. Van der Kolk BA, Fisler RE. Child abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin* 1994; 58: 145–68.
41. Rorty M, Yager J. Histories of childhood trauma and complex-posttraumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 773–91.
42. Swirsky D, Mitchell V. The binge-purge cycle as a means of dissociation: Somatic trauma and somatic defense in sexual abuse and bulimia. *Dissociation* 1996; 9: 18–27.
43. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull* 1991; 110: 86–108.

*Adres: Dr Marta Makara-Studzińska, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,  
ul. Głuska 1, 20-439 Lublin*