



## Obraz własnego ciała a seksualność kobiet z zaburzeniami odżywiania się

*Subjective body image and sexuality in women with eating disorders*

ANNA SAROL-KULKA<sup>1</sup>, ZENON KULKA<sup>2</sup>

Z: 1. Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
2. Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem pracy było sprawdzenie związku obrazu własnego ciała z seksualnością kobiet z zaburzeniami odżywiania się.

**Metoda.** Zbadano 100 kobiet z czego 50 kobiet z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego oraz 50 kobiet z rozpoznaniem żarłoczności psychicznej leczonych w Klinice Nerwic w Warszawie, w Klinice Nerwic i Ośrodku Leczenia Nerwic w Krakowie oraz w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Odżywiania w Gliwicach. Do oceny seksualności i obrazu własnego ciała zastosowano „Inwentarz seksuologiczny” (HRK) i „Kwestionariusz seksuologiczny” (KSK). Zastosowano też „Inwentarz zaburzeń odżywiania się (EDI) i kwestionariusz kliniczny dotyczący zaburzeń odżywiania.

**Wyniki.** Kobiety z anoreksją częściej niż kobiety z bulimią oceniały swoje ciało jako całkowicie nieatrakcyjne. Korelacje zmiennej obrazu własnego ciała ze zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności uwidoczniły następujące związki: kobiety z anoreksją, które nie akceptowały swojego ciała, rzadziej miały sny erotyczne, w późniejszym wieku zaczynały interesować się płcią odmienną, później zakochały się i decydowały na pierwszy pocałunek, rzadziej podejmowały kontakty seksualne, częściej też dostrzegały negatywne strony swojej seksualności. Natomiast kobiety z bulimią, które nie akceptowały swojego ciała miały mniejszą ilość związków z mężczyznami, rzadziej odczuwały potrzebę kontaktu seksualnego i miały fantazje seksualne, częściej nie odczuwały podniecenia podejmując kontakty seksualne, zaś po stosunku odczuwały napięcie lub złość na partnera.

**Wnioski.** (1) Negatywny obraz własnego ciała u kobiet z anoreksją w większym stopniu wpływał hamująco na przejawy ich seksualności niż u kobiet z bulimią. (2) Negatywna ocena własnego ciała powodowała u kobiet z anoreksją negowanie własnej seksualności a u kobiet z bulimią osłabienie ich popędu seksualnego.

### SUMMARY

**Objectives.** The aim of the reported study was to investigate the relationship between subjective body image and sexuality in women with eating disorders.

**Methods.** Participants in the study were 100 women: 50 with anorexia and 50 with bulimia treated in the Department of Neurotic Disorders in Warsaw, in the Clinic and Center for Treatment of Neurotic Disorders in Cracow, and in the Center for Treatment of Eating Disorders in Gliwice. They were examined using a Sexological Inventory (HRK) and Sexological Questionnaire (to assess sexuality and body image), Eating Disorders Inventory (EDI), and a clinical questionnaire to measure eating disorders.

**Results.** Women with anorexia more often assessed their body as totally unattractive than did those with bulimia. An analysis of correlations between body image variables and various aspects of sexuality revealed the following relationships: anorectic women who did not accept their body had their first kiss at an older age, less often had erotic dreams, started to be interested in the opposite sex and fell in love at a later age, less frequently had sexual contacts, and more often perceived negative aspects of their sexuality. On the other hand, bulimic women who did not accept their body had less numerous relationships with men, less often experienced a need for sexual contact and had sexual fantasies, more frequently experienced no excitation during sexual contacts, and after the intercourse felt tense or were angry with their partner.

**Conclusions.** (1) Negative body image in women with anorexia inhibited their sexuality more than was the case with bulimic women; (2) Negative appraisal of their own body resulted in a negation of their sexuality in anorectic women, and reduced libido in those with bulimia.

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenie odżywiania się / obraz własnego ciała / seksualność

**Key words:** eating disorders / body image / sexuality

---

Seksualność człowieka jest jednym z zasadniczych czynników motywujących ludzi do nawiązywania kontaktów i więzi interpersonalnych. Seksualność jest wrodzoną, naturalną potrzebą i funkcją organizmu ludzkie-

go, podobnie jak oddychanie, procesy trawienia i inne. Człowiek rodzi się z seksualnym potencjałem fizjologicznym, który ulega kształtowaniu przez doświadczenia życiowe. Seksualność jest więc uwarunkowana

zintegrowanym oddziaływaniem czynników biologicznych, psychicznych i społeczno-kulturowych. Zaburzenia seksualne występują wówczas, gdy ta wrodzona funkcja ulegnie zahamowaniu czy zniekształceniu lub też gdy pozostaje w skrajnej dysharmonii z pozostałymi sferami osobowości człowieka. Dzieje się tak w przypadku zaburzeń odżywiania.

Anoreksja najczęściej rozpoczyna się między 13–14 oraz 17–25 rokiem życia, może się też rozpocząć przed okresem dojrzewania. Zaburzenie polega na dążeniu do ograniczenia masy ciała, wyraźnie poniżej norm przyjętych w odniesieniu do wieku i wzrostu, przy jednoczesnej nieprawidłowej ocenie własnego wyglądu i współistnieniu lęku przed przybraniem na wadze, co powoduje drastyczne ograniczenia w przyjmowaniu pożywienia. Prowadzi to do zaburzeń miesiączkowania lub zatrzymania miesiączki, a w skrajnych przypadkach do wyniszczenia i zgonu.

Bulimia dotyczy zazwyczaj kobiet ok. 25 roku życia, ale coraz częściej pojawia się u dziewcząt 16–18-letnich. Zaburzenie polega na powtarzających się epizodach objadania się, z następczym dążeniem do szybkiego zmniejszenia masy ciała poprzez prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, stosowanie diuretyków i leków hamujących apetyt oraz podejmowanie głodówek. Po napadzie żarłoczości pacjentka czuje się winna, pojawia się wstyd i przekonanie o niskiej wartości.

Istotnym elementem obrazu psychopatologicznego obu tych chorób jest zaburzony obraz własnego ciała. Kobiety z anoreksją mają tendencję do postrzegania swojego ciała jako większego a ich ocena normalnej sylwetki kobiet różni się znacznie od oceny dokonanej przez zdrowe kobiety. U kobiet z bulimią zazwyczaj występuje niezadowolenie i negatywny stosunek emocjonalny zarówno do całego ciała, jak i poszczególnych jego części. Negatywny obraz własnego ciała może odgrywać rolę w funkcjonowaniu seksualnym kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Chociaż związek pomiędzy obrazem własnego ciała a seksualnością może wydawać się oczywisty, zaskakująco mało badań przeprowadzono w celu znalezienia punktów wspólnych tych dziedzin.

W latach dziewięćdziesiątych wzrosło w świecie zainteresowanie seksualnością kobiet z zaburzeniami odżywiania się [1, 2]. Z badań wynika, że kobiety z zaburzeniami odżywiania się mają zaburzony obraz własnego ciała oraz duże problemy z odbiorem własnej seksualności. Większość badań dotyczy głównie kobiet z anoreksją [3, 4, 5]. Dlatego ważne wydaje się przyjrzenie się tym problemom w odniesieniu do kobiet z anoreksją oraz bulimią, również w populacji polskiej.

## CEL

Sprawdzenie związku obrazu własnego ciała z seksualnością kobiet z zaburzeniami odżywiania się.

## OSOBY BADANE

Przebadano 100 kobiet, z czego 50 kobiet z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego oraz 50 kobiet z rozpoznaniem: żarłoczości psychicznej leczonych w Klinice Nerwic w Warszawie, w Klinice Nerwic i Ośrodka Leczenia Nerwic w Krakowie oraz w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Odżywiania w Gliwicach.

## Charakterystyka socjodemograficzna

Tablica 1. Charakterystyka socjodemograficzna 100 zbadanych pacjentek.

Zmienna socjo-demograficzna	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Wiek						
19–21	12	24	15	30	27	27
22–24	16	32	20	40	36	36
25–27	15	30	12	24	27	27
28–30	5	10	2	4	7	7
Powyżej 30 lat	2	4	1	2	3	3
Stan cywilny						
Panna	46	92	43	86	89	89
Zamężna	4	8	7	14	11	11
Wykształcenie						
Podstawowe	2	4	1	2	3	3
Zasadnicze zawodowe	1	2	5	10	6	6
Średnie	23	46	22	44	45	45
Pomaturalne	9	18	12	24	21	21
Wyższe	15	30	10	20	25	25
Miejsce zamieszkania						
Wieś	9	18	4	8	13	13
Miasto < 20 tys.	4	8	6	12	10	10
Miasto 20–50 tys.	17	34	8	16	25	25
Miasto 50–100 tys.	5	10	4	8	9	9
Miasto 100–200 tys.	4	8	5	10	9	9
Miasto > 200 tys.	11	22	23	46	34	34

Analiza zmiennych społeczno-demograficznych pokazuje, że w badanej grupie przeważały kobiety w wieku 19–27 lat – 90 osób (90%) (tabl. 1). Stanu wolnego było 89 kobiet (89%), przeważały kobiety bezdzietne – 93 (93%). Najwięcej badanych miało średnie wykształcenie (45%), zaledwie 9 kobiet (9%) miało wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe. Jednakże 39 kobiet (39%) studiowało, a 8 (8%) uzupełniało wykształcenie średnie. Jedna trzecia kobiet (33%) pracowała, a 19 kobiet (19%) nie uczyło się i nie pracowało. Pomiedzy grupą kobiet z anoreksją i bulimią nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie wieku, wykształcenia, aktywności zawodowej, stanu cywilnego czy liczby posiadanych dzieci. Natomiast obie grupy różniły się istotnie statystycznie miejscem zamieszkania (test M-W  $p < 0,01$ ). Około połowa kobiet z bulimią i około jedna czwarta kobiet z anoreksją zamieszkiwała w mieście powyżej 200 tys. ludności. W mieście od 20 tys. do 50 tys. ludności zamieszkiwało 34% kobiet z anoreksją i 16% kobiet z bulimią.

**METODA**

Do badań posłużyły następujące kwestionariusze: *Inwentarz seksuologiczny* (HRK) do badania dotychczasowych zachowań i doświadczeń seksualnych w życiu badanych kobiet, *Kwestionariusz seksuologiczny* (KSK, w wersji zmodyfikowanej na użytek tych badań) do oceny aktywności seksualnej badanych kobiet oraz ich stosunku do seksu, własnego ciała i własnej seksualności, *Inwentarz zaburzeń odżywiania się* (EDI) opracowany przez Garnera i Garfinkela w 1979 r. do diagnostyki zaburzeń odżywiania oraz *Kwestionariusz kliniczny* do diagnostyki zaburzeń odżywiania (KK).

Analiza statystyczna polegała na obliczeniu liczebności i procentów, istotności różnic za pomocą testów  $\chi^2$ , Manna-Whitneya (M-W) oraz t-Studenta, oraz korelacji za pomocą współczynnika tau Kendalla. Jako kryterium istotności różnic i korelacji przyjęto  $p < 0,05$ .

**WYNIKI BADAŃ**

**Kwestionariusz kliniczny**

Nie było różnic istotnych statystycznie pomiędzy kobietami z bulimią i anoreksją w przypadku odczuwania przerażenia na myśl o byciu grubą, jak i zadowolenia ze swojej figury. Wystąpiły różnice istotne statystycznie (test  $\chi^2$ ,  $p < 0,01$ ) pomiędzy obu grupami w przypadku ciągłego myślenia o byciu szczupłą (10,87) oraz odbioru pewnych części ciała jako zbyt grube (13,28). Kobiety z anoreksją najczęściej podawały, że za grube są uda, biodra, pośladki; kobiety z bulimią zaś, że za grube są uda, pośladki, biodra, łydki, twarz (tabl. 2).

Kobiety z anoreksją najczęściej w celu schudnięcia stosowały ścisłą dietę, głodziły się lub intensywnie

Tablica 2. Obraz swojego ciała u 100 zbadanych pacjentek

Obraz swojego ciała	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Przerażenie na myśl o byciu grubą	42	84	49	98	91	91
Ciągłe myślenie o byciu szczuplejszą	23	46	39	78	62	62
Zadowolenie ze swojej figury	10	20	8	16	18	18
Poczucie, że jakaś część ciała jest za gruba	34	68	48	96	82	82
Za gruba twarz	10	20	17	34	27	27
Za grube ręce	8	16	12	24	20	20
Za grube dłonie	4	8	7	14	11	11
Za grube biodra	25	50	31	62	56	56
Za grube pośladki	22	44	35	70*	57	57
Za grube uda	28	56	39	78*	67	67
Za grube łydki	13	26	25	50*	38	38

Test  $\chi^2$ : \*  $p < 0,01$

gimnastykowały, kobiety z bulimią zaś wymiotowały, przyjmowały leki przeczyszczające lub stosowały ścisłą dietę (tabl. 3).

Tablica 3. Sposoby na schudnięcie

Sposoby na schudnięcie	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Wymioty	0	0	49	98*	49	49
Leki przeczyszczające	16	32	23	46	39	39
Leki moczopędne	4	8	4	8	8	8
Ścisła dieta	44	88	24	48*	68	68
Głodzenie	35	70	13	26*	48	48
Intensywna gimnastyka	32	64	13	26*	45	45

Test  $\chi^2$ : \*  $p < 0,01$

Brak miesiączki występował u 30% kobiet z anoreksją i 86% z bulimią, zaś tylko 20% kobiet z anoreksją i 46% z bulimią miesiączkowały regularnie. W przeszłości okresy zatrzymania miesiączki występowały u 88% kobiet z anoreksją i 78% z bulimią (tabl. 4).

Tablica 4. Czas trwania zatrzymania miesiączki

Czas trwania zatrzymania miesiączki	Anoreksja		Bulimia		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nigdy	6	12	10	20	16	16
Do 6 miesięcy	13	26	26	52	39	39
Od 6 do 12 miesięcy	12	24	5	10	17	17
Od 12 do 24 miesięcy	8	16	2	4	10	10
Powyżej 2 lat	11	22	7	14	18	18

**Inwentarz zaburzeń odżywiania się**

Analiza statystyczna kwestionariuszy objawowych (tabl. 5) potwierdziła trafności rozpoznań klinicznych, zgodnie z którymi nastąpił podział na grupę kobiet z anoreksją i bulimią.

Tablica 5. Wskaźniki objawowe

Wskaźniki objawowe	Anoreksja N = 50		Bulimia N = 50	
	średnia	SD	średnia	SD
Dążenie do chudnięcia	26,58**	10,0	33,22	7,8
Bulimia	16,22**	8,1	29,26	7,4
Perfekcjonizm	23,04	6,2	24,16	5,5
Nieakceptacja swojego ciała	36,76*	10,7	41,90	9,4
Nieefektywność	39,70	6,4	41,02	7,3
Nieufność	25,72	5,6	26,56	6,8
Nieświadomość uczuć	37,58*	7,9	41,20	8,2
Niedojrzałość	28,00	7,3	26,88	7,7

Test t-Studenta: \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

### Inwentarz seksuologiczny

Wystąpiły różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą kobiet z anoreksją a grupą kobiet z bulimią dotyczące: liczby związków z mężczyznami (M-W 2,063), wieku, w jakim po raz pierwszy doświadczyły pieszczot swoich piersi przez mężczyznę (M-W 2,687), wieku, w jakim po raz pierwszy doświadczyły pieszczot swoich narządów płciowych przez mężczyznę (M-W 1,995), wieku, w jakim odbyły pierwszy kontakt seksualny (M-W 1,873), liczby dotychczasowych partnerów seksualnych (M-W 2,699).

### Kwestionariusz seksuologiczny

Wystąpiły różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą kobiet z anoreksją a grupą kobiet z bulimią dotyczące: występowania snów erotycznych (chi-kwadrat 16,10) i fantazji seksualnych (chi-kwadrat 6,85), częstości odczuwania potrzeb kontaktu seksualnego (Mann-Whitney 3,041), częstości podejmowania masturbacji (Mann-Whitney 3,257), jak i odczuć po niej (Mann-Whitney 3,366), odczuć przy podejmowaniu kontaktów seksualnych (Mann-Whitney 2,182), dostrzegania negatywnych stron swojej seksualności (chi-kwadrat 8,208), oczekiwanych zmian w życiu seksualnym (chi-kwadrat 14,45), oceny swojego życia seksualnego (Mann-Whitney 2,369), oceny swojego ciała (Mann-Whitney 2,705).

Negatywne strony swojej seksualności dostrzegają 84% kobiet z bulimią i 58% z anoreksją. Dotyczyły one:

trudności z uzyskaniem orgazmu – u 30% kobiet z bulimią i 8% z anoreksją, trudności z podnieceniem się – u 14% kobiet z bulimią i 6% z anoreksją, lęku przed inicjacją seksualną – 22% kobiet z bulimią jak i anoreksją.

### Korelacje między obrazem własnego ciała a seksualnością

Za pomocą współczynnika tau Kendalla korelowano wskaźnik nieakceptacji swojego ciała z Inwentarza EDI ze zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności – kwestionariusze HRK i KSK (tabl. 6).

U kobiet z anoreksją wskaźnik ten korelował istotnie statystycznie z: wiekiem pierwszego pocałunku (–0,22), z występowaniem snów erotycznych (0,35), podejmowaniem kontaktów seksualnych z mężczyznami (–0,21), częstością podejmowania kontaktów seksualnych (–0,21).

U kobiet z bulimią wskaźnik ten korelował z: liczbą związków z mężczyznami (–0,23), odczuciami występującymi przy podejmowaniu kontaktów seksualnych (–0,21), odczuciami występującymi podczas kontaktu seksualnego (–0,21), negatywnymi stronami własnej seksualności (–0,22), oczekiwaniami zmian w swoim życiu seksualnym (–0,21).

Następnie analizowano korelacje (tau Kendalla) między oceną własnego ciała (zmienna z kwestionariusza KK) a zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności wg kwestionariuszy HRK i KSK (tabl. 7).

U kobiet z anoreksją ocena własnego ciała korelowała istotnie z występowaniem snów erotycznych

Tablica 6. Korelacje wskaźnika nieakceptacji swojego ciała z przejawami seksualności

Zmienne określające różne przejawy seksualności	Wskaźnik nieakceptacji swojego ciała	
	bulimia	anoreksja
Początek zainteresowania się chłopcami	–0,08	–0,03
Pierwsza randka	–0,10	–0,11
Pierwszy pocałunek	–0,22*	–0,03
Pierwsze zakochanie	–0,08	0,17
Pierwszy dłuższy związek	–0,11	–0,10
Ilość związków z mężczyznami	–0,06	–0,23*
Pierwszy kontakt seksualny	–0,12	–0,10
Częstość odczuwania potrzeby kontaktu seksualnego	0,12	0,08
Występowanie snów erotycznych	0,35*	0,16
Występowanie fantazji seksualnych	0,10	0,09
Podejmowanie kontaktów seksualnych	–0,21*	–0,11
Częstość podejmowania kontaktów seksualnych	–0,21*	0,03
Częstość masturbacji	0,01	–0,15
Odczucia przy podejmowaniu kontaktów seksualnych	–0,14	–0,21*
Sposoby uzyskiwania orgazmu	0,02	0,13
Częstość występowania orgazmów podczas snu	–0,14	0,06
Odczucia występujące po kontakcie seksualnym	–0,09	–0,21*
Negatywne strony swojej seksualności	0,11	–0,22*
Oczekiwanie zmian w swoim życiu seksualnym	–0,06	–0,21*
Ocena swojego życia seksualnego	–0,08	–0,08

Współczynnik tau Kendalla: \*  $p < 0,05$

Tablica 7. Korelacje wskaźnika oceny własnego ciała z przejawami seksualności

Zmienne określające różne przejawy seksualności	Wskaźnik nieakceptacji swojego ciała	
	bulimia	anoreksja
Początek zainteresowania się chłopcami	-0,28*	-0,05
Pierwsza randka	-0,17	0,12
Pierwszy pocałunek	-0,21*	0,16
Pierwsze zakochanie	-0,24*	0,02
Pierwszy dłuższy związek	-0,01	0,06
Liczba związków z mężczyznami	-0,16	-0,05
Pierwszy kontakt seksualny	0,02	0,03
Częstość odczuwania potrzeby kontaktu seksualnego	0,19	0,40**
Występowanie snów erotycznych	0,42**	0,17
Występowanie fantazji seksualnych	0,18	0,26*
Podjęmowanie kontaktów seksualnych	-0,19	-0,06
Częstość podejmowania kontaktów seksualnych	0,14	0,12
Częstość masturbacji	0,02	-0,08
Odczucia przy podejmowaniu kontaktów seksualnych	-0,06	-0,27*
Sposoby uzyskiwania orgazmu	0,03	0,12
Częstość występowania orgazmów podczas snu	-0,17	-0,08
Odczucia występujące po kontakcie seksualnym	-0,06	-0,17
Negatywne strony swojej seksualności	0,26*	0,06
Oczekiwanie zmian w swoim życiu seksualnym	-0,05	-0,12
Ocena swojego życia seksualnego	0,04	0,01

Współczynnik tau Kendalla: \* p<0,05 \*\* p<0,01

Tablica 8. Korelacje wskaźnika odczuwania przerażenia *na myśl, że mogłabym być gruba* z przejawami seksualności.

Zmienne określające różne przejawy seksualności	Wskaźnik odczuwania przerażenia <i>na myśl, że mogłabym być gruba</i>	
	bulimia	anoreksja
Początek zainteresowania się chłopcami	-0,08	-0,02
Pierwsza randka	-0,18	-0,18
Pierwszy pocałunek	-0,19	-0,18
Pierwsze zakochanie	0,04	-0,09
Pierwszy dłuższy związek	-0,14	0,06
Ilość związków z mężczyznami	-0,04	-0,15
Pierwszy kontakt seksualny	-0,16	-0,21
Częstość odczuwania potrzeby kontaktu seksualnego	0,25*	0,03
Występowanie snów erotycznych	0,11	0,10
Występowanie fantazji seksualnych	0,26*	0,07
Podjęmowanie kontaktów seksualnych	-0,25	-0,16
Częstość podejmowania kontaktów seksualnych	0,18	0,13
Częstość masturbacji	0,17	0,09
Odczucia przy podejmowaniu kontaktów seksualnych	-0,21	-0,03
Sposoby uzyskiwania orgazmu	0,24	-0,01
Częstość występowania orgazmów podczas snu	-0,35**	0,06
Odczucia występujące po kontakcie seksualnym	-0,22	-0,04
Negatywne strony swojej seksualności	-0,01	0,12
Oczekiwanie zmian w swoim życiu seksualnym	0,03	0,13
Ocena swojego życia seksualnego	-0,14	-0,07

Współczynnik tau Kendalla: \* p<0,05 \*\* p<0,01

Tablica 9. Korelacje wskaźnika ciągłego myślenia o tym *aby być szczupłą* z przejawami seksualności

Zmienne określające różne przejawy seksualności	Wskaźnik ciągłego myślenia o tym <i>aby być szczupłą</i>	
	bulimia	anoreksja
Początek zainteresowania się chłopcami	0,00	-0,02
Pierwsza randka	-0,06	-0,27*
Pierwszy pocałunek	-0,11	-0,19
Pierwsze zakochanie	-0,10	0,27*
Pierwszy dłuższy związek	0,15	-0,13
Ilość związków z mężczyznami	0,06	-0,24*
Pierwszy kontakt seksualny	0,04	-0,11
Częstość odczuwania potrzeby kontaktu seksualnego	0,20	0,06
Występowanie snów erotycznych	0,36**	0,28*
Występowanie fantazji seksualnych	0,19	0,12
Podjęcie kontaktów seksualnych	0,00	-0,09
Częstość podejmowania kontaktów seksualnych	-0,04	0,10
Częstość masturbacji	-0,15	-0,03
Odczucia przy podejmowaniu kontaktów seksualnych	-0,07	-0,23
Sposoby uzyskiwania orgazmu	0,08	0,18
Częstość występowania orgazmów podczas snu	-0,09	0,00
Odczucia występujące po kontakcie seksualnym	-0,10	-0,30*
Negatywne strony swojej seksualności	0,22	0,17
Oczekiwanie zmian w swoim życiu seksualnym	-0,11	-0,16
Ocena swojego życia seksualnego	-0,02	-0,14

Współczynnik tau Kendalla: \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Tablica 10. Korelacje wskaźnika zadowolenia ze swojej figury z przejawami seksualności.

Zmienne określające różne przejawy seksualności	Wskaźnik zadowolenia ze swojej figury	
	bulimia	anoreksja
Początek zainteresowania się chłopcami	0,24*	0,19
Pierwsza randka	0,03	0,19
Pierwszy pocałunek	-0,03	0,10
Pierwsze zakochanie	0,05	-0,21
Pierwszy dłuższy związek	-0,20	0,17
Ilość związków z mężczyznami	0,20	0,24*
Pierwszy kontakt seksualny	-0,09	0,01
Częstość odczuwania potrzeby kontaktu seksualnego	0,07	-0,16
Występowanie snów erotycznych	0,07	-0,20
Występowanie fantazji seksualnych	0,18	-0,06
Podjęcie kontaktów seksualnych	-0,02	-0,08
Częstość podejmowania kontaktów seksualnych	0,05	0,02
Częstość masturbacji	0,12	0,16
Odczucia przy podejmowaniu kontaktów seksualnych	0,06	0,39**
Sposoby uzyskiwania orgazmu	-0,01	-0,18
Częstość występowania orgazmów podczas snu	0,28*	0,05
Odczucia występujące po kontakcie seksualnym	0,01	0,30**
Negatywne strony swojej seksualności	-0,21	-0,09
Oczekiwanie zmian w swoim życiu seksualnym	0,11	0,25*
Ocena swojego życia seksualnego	-0,02	0,11

Współczynnik tau Kendalla: \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

(0,42), a u kobiet z bulimią z częstością odczuwania potrzeby odbycia stosunku seksualnego (0,40).

Ponadto, u kobiet z anoreksją ocena własnego ciała korelowała istotnie z: wiekiem początku zainteresowania się chłopcami (-0,28), wiekiem pierwszego zakochania (-0,24), wiekiem pierwszego pocałunku z mężczyzną (-0,21), negatywnymi stronami swojej seksualności (0,26). Natomiast u kobiet z bulimią z: występowaniem fantazji seksualnych (0,26), odczuciami występującymi przy podejmowaniu kontaktów seksualnych (-0,26).

Z kolei, korelowano zmianą *odczuwanie przerażenia na myśl, że mogłabym być gruba* (z kwestionariusza KK) – ze zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności wg kwestionariuszy HRK i KSK (tabl. 8).

U kobiet z anoreksją zmienna ta korelowała (tau Kendalla) z: częstością odczuwania potrzeb odbycia stosunku seksualnego (0,25), występowaniem fantazji seksualnych (0,26), częstością występowania orgazmów podczas snu (-0,351). U kobiet z bulimią nie stwierdzono korelacji istotnych statystycznie tej zmiennej z przejawami seksualności.

Kolejną zmienną korelowaną (tau Kendalla) ze zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności wg kwestionariuszy HRK i KSK było *ciągłe myślenie o tym, aby być szczupłą* (zmienna z kwestionariusza KK) (tabl. 9).

U kobiet z anoreksją zmienna ta korelowała istotnie z: występowaniem snów o treści erotycznej (0,36). U kobiet z bulimią zmienna ta korelowała z: wiekiem pierwszej randki (-0,27), wiekiem pierwszego zakochania (0,25), liczbą związków z mężczyznami (-0,24), występowaniem snów o treści erotycznej (0,28), odczuciami występującymi po stosunku seksualnym (-0,30).

Wreszcie, analizowano zadowolenie ze swojej figury (wg KK) ze zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności (kwestionariusze HRK i KSK) (tabl. 10).

U kobiet z anoreksją zmienna ta korelowała (tau Kendalla) istotnie z: wiekiem początku zainteresowania się chłopcami (0,24), częstością występowania orgazmów podczas snu (0,28). U kobiet z bulimią zmienna ta korelowała z: odczuciami występującymi przy podejmowaniu kontaktów seksualnych (0,39), odczuciami występującymi po kontakcie seksualnym (0,30), oczekiwaniami zmian w swoim życiu seksualnym (0,25), liczbą związków z mężczyznami (0,24).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Analiza statystyczna obrazu swojego ciała wykazała, iż kobiety z anoreksją częściej niż kobiety z bulimią oceniały swoje ciało jako całkowicie nieatrakcyjne. Korelacje wskaźnika braku akceptacji własnego ciała ze zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności uwiaryściły następujące związki: kobiety z anoreksją, które nie akceptowały swojego ciała, w późniejszym wieku decydowały się na pierwszy pocałunek, rzadziej miały sny erotyczne oraz rzadziej podejmowały kon-

takty seksualne, natomiast kobiety z bulimią, które nie akceptowały swojego ciała miały mniejszą ilość związków z mężczyznami, przy podejmowaniu kontaktów seksualnych nie odczuwały podniecenia, a po stosunku odczuwały napięcie lub złość na partnera.

Korelacje zmiennej oceny własnego ciała ze zmiennymi określającymi różne przejawy seksualności uwiaryściły następujące związki: kobiety z anoreksją, które oceniały swoje ciało jako nieatrakcyjne rzadziej miały sny erotyczne, w późniejszym wieku zaczynały interesować się płcią odmienną, później zakochiwały się i decydowały na pierwszy pocałunek, częściej też dostrzegały negatywne strony swojej seksualności, natomiast kobiety z bulimią, które oceniały swoje ciało jako nieatrakcyjne rzadziej odczuwały potrzebę kontaktu seksualnego i miały fantazje seksualne, częściej nie odczuwały podniecenia podejmując kontakty seksualne.

Analiza wskaźnika braku akceptacji własnego ciała oraz zmiennej oceny własnego ciała wykazała, iż obraz własnego ciała u kobiet z anoreksją wpływa w większym stopniu hamująco na ich przejawy seksualności niż u kobiet z bulimią. U kobiet z anoreksją negatywna ocena własnego ciała powodowała negowanie własnej seksualności, czego konsekwencją było wycofanie się z zainteresowania i bliskości z mężczyzną, a szczególnie unikanie aktywności seksualnej pomimo dojrzałości biologicznej. Natomiast u kobiet z bulimią negatywna ocena własnego ciała wpływała głównie na kontakty seksualne z mężczyznami; osłabiała ich popęd seksualny i powodowała, iż stosunek płciowy był mniej chciany i częściej odczuwany jako przykre doświadczenie.

Związek pomiędzy negatywnym obrazem własnego ciała a seksualnością wykazały badania Faitha i Schare'a [6] oraz Ackarda i Petersona [7], którzy stwierdzili, że obraz własnego ciała wpływa na doświadczenia seksualne kobiet. Wiederman i Pryor [1] przebadali grupę 221 kobiet z bulimią stwierdzając, iż brak akceptacji swojego ciała nie ma związku z inicjacją seksualną, ale ma znaczący związek z podejmowaniem masturbacji oraz nieznaczny z małą lub brakiem satysfakcji ze współżycia seksualnego. Można więc przyjąć, że przynajmniej u części kobiet z zaburzeniami odżywiania brak akceptacji swojego ciała może powodować unikanie aktywności seksualnej. Badania katamnetyczne kobiet leczonych z powodu zaburzeń odżywiania się, które nie wykazywały już objawów chorobowych ujawniły, iż problem zaburzonego obrazu swojego ciała jest częstym objawem i ustępuje jako ostatni. Wskutek tego u kobiet, które miały zaburzenia odżywiania się nadal występują dysfunkcje seksualne pomimo pozornego wyzdrowienia [2, 8, 9].

## WNIOSKI

1. Negatywny obraz własnego ciała u kobiet z anoreksją w większym stopniu wpływał hamująco na przejawy ich seksualności niż u kobiet z bulimią.

2. Negatywna ocena własnego ciała powodowała u kobiet z anoreksją negowanie własnej seksualności, a u kobiet z bulimią osłabienie ich popędu seksualnego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Wiederman MW, Pryor T. Body dissatisfaction and sexuality among women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997; 21 (4): 361–5.
2. Morgan CD, Wiederman MW, Pryor TL. Sexual functioning and attitudes of eating disordered women: a follow up study. *J Sex Marital Ther* 1995; 21 (2): 67–77.
3. Buvat-Herbaut M, Hebbinekuys P, Lemarie P, Buvat J. Attitudes towards weight, body image, eating, menstruation, pregnancy and sexuality in 81 cases of anorexia nervosa compared with 288 normal control girls. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 45–59.
4. Crisp AH. *Anorexia nervosa: let me be*. London: 1980.
5. Beumont PJV, Burrows GD, Casper RC. *Handbook of eating disorders*. Amsterdam: 1987.
6. Faith MS, Schare ML. The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives*.
7. Ackard DM, Peterson CB. Association between puberty and disorder eating, body image, and other psychological variables. *Int J Eat Disord* 2000; 29 (2): 187–94.
8. Beresin EV, Gordon C, Herzog DB. The process of recovering from anorexia nervosa. *J Am Acad Psychoanal* 1989; 17: 103–30.
9. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Why and how do women recover from bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 249–60.

*Adres: Dr Anna Sarol-Kulka, Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*