

## Wybrane zagadnienia z etiologii i patogenезы zaburzeń odżywiania się<sup>1</sup>

*Some problems of eating disorders etiology and pathogenesis*

KATARZYNA WŁODARCZYK-BISAGA

*Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie*

**STRESZCZENIE** *Opisano przegląd koncepcji etiologicznych zarówno jadłowstrętu psychicznego jak i bulimia nervosa. Przedstawione teorie uwzględniają wpływ czynników indywidualnych psychologicznych, rodzinnych i społeczno-kulturowych na powstanie i przebieg zaburzeń odżywiania się.*

**SUMMARY** *An overview of theoretical explanations of both anorexia nervosa and bulimia nervosa etiology is presented in the paper. In the theories individual, psychological, familial and socio-cultural factors affecting the onset and course of eating disorders are taken into account.*

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania się / czynniki indywidualne / rodzina / czynniki społeczno-kulturowe  
**Key words:** eating disorders / individual factors / family / socio-cultural factors

---

W ciągu ostatnich dekad w krajach zachodnich zanotowano ogromny wzrost zainteresowania schorzeniami z kręgu zaburzeń odżywiania się. Wielu autorów podziela pogląd, iż kilka różnych czynników współistnieje u podłoża występowania tych zaburzeń. *Wieloczynnikowy model etiologii jadłowstrętu psychicznego* zaproponowali Garfinkel i Garner (1980) oraz Katz (1985). Taki model w sposób najpełniejszy uwzględnia rolę różnych czynników, mających udział w powstawaniu choroby. Wymienia się wśród nich czynniki indywidualne, rodzinne oraz społeczno-kulturowe. Wskazuje się też na istnienie pewnej predyspozycji fizjologicznej, która obejmowałaby temperament, nasilenie odczuwania głodu oraz poziom aktywności (Yates, 1989). Wydaje się, iż wówczas gdy osoba posiadająca pewną istotną predyspozycję rozpoczyna odchudzanie w określonych warunkach społeczno-kulturowych może się ono przerodzić w

nieprzerwany, samowzmacniający się proces, który kieruje się własną psychopatologią i patofizjologią.

### JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY

#### Czynniki indywidualne

##### 1. Hipoteza choroby afektywnej

Po raz pierwszy Cantwell i wsp. (1976) postawili hipotezę o związku pomiędzy jadłowstrętem psychicznym a chorobą afektywną. Wielu klinicystów zarówno zorientowanych biologicznie jak i psychodynamicznie przyjęło z zainteresowaniem hipotezę, która postuluje, że jadłowstręt psychiczny jest jedną z chorób maskujących depresję. Wskazywano (Jimerson i wsp., 1990), że u chorych występuje obniżony poziom metabolitów serotoniny. Zjawisko to obserwowano w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz w miejscach wiązania imipraminy na płytkach krwi po podaniu ago-

---

<sup>1</sup> Aspekty biologiczne zaburzeń odżywiania się stanowią przedmiot oddzielnego opracowania i zostały pominięte w tej pracy. Opracowanie to jest fragmentem rozprawy doktorskiej na temat: "Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się wśród uczniów szkół średnich, studentek i robotnic".

nistów serotoniny. Stan przewlekłego głodzenia jest tylko częściowo odpowiedzialny za te zmiany. Z obniżeniem poziomu serotoniny w OUN wiążą się trzy rodzaje objawów psychiatrycznych: wzrost łaknienia, obniżenie nastroju i nasilenie impulsywnych zachowań. Na tej podstawie przypuszcza się, że zaburzenia w regulacji przekazywania układu serotoninergecznego stanowią wspólne ogniwo łączące zaburzenia odżywiania się i depresję.

Z praktyki klinicznej wiadomo, że obniżenie nastroju często towarzyszy chorobom somatycznym, zwykle też występuje w stanach głodzenia i jako pojedynczy objaw nie wystarczy do rozpoznania choroby afektywnej. Obserwowane u wielu chorych objawy zarówno jadłowstrętu psychicznego jak i depresji nie uzasadniają poglądu, iż jadłowstręt stanowi postać choroby afektywnej (Di Nicola, 1990).

## 2. Hipoteza psychobiologiczna

Crisp (1980) wysunął hipotezę, iż jadłowstręt psychiczny stanowi próbę "uniknięcia procesu dojrzewania" i za jego wystąpienie odpowiedzialny jest lęk przed dorastaniem. Zmiany zarówno biologiczne jak i psychologiczne charakterystyczne dla okresu dojrzewania Crisp spostrzega jako kluczowe wydarzenia wyzwalające chorobę. Polemizuje on z koncepcjami psychoanalitycznymi m.in. z poglądami Klein. Uważa, że koncepcje te koncentrują się nadmiernie na różnych aspektach najwcześniejszej relacji matka-dziecko a pomijają znaczenie procesu dojrzewania. W ramach swojej koncepcji Crisp rozpatruje różne wymiary procesu dojrzewania - wymiar biologiczny, wymiar egzystencjalny, kształtowanie się tożsamości charakterystyczne dla tego okresu oraz aktualny kontekst społeczny dojrzewania. Choroba stanowi pozorne rozwiązanie konfliktów charakterystycznych dla okresu dojrzewania, ponieważ zarówno biologiczne, jak i społeczne dojrzewanie zostaje zahamowane i chore zyskują pozycję dziecka.

Crisp zwraca uwagę na pewne indywidualne czynniki predysponujące, wśród których wymienia tendencję do wczesnego doj-

rzewania oraz skłonność do nadwagi. Chore na jadłowstręt psychiczny są zwykle uważane przez swoich rodziców za "posłuszne, dostosowane" dzieci. Dostosowanie to jednak często jest pozorne i stanowi wyraz braku poczucia bezpieczeństwa w rodzinie i niskiej samooceny. Crisp zwraca uwagę na specyficzne w rodzinach chorych na jadłowstręt psychiczny problemy par małżeńskich dotyczące zarówno ich własnej relacji, jak i funkcji rodzicielskich. Choroba pełni więc określoną rolę w dysfunkcjonalnej rodzinie.

Crisp postuluje, że osiowym objawem jest lęk przed wzrostem wagi ciała, do jakiego dochodzi w czasie normalnego procesu dojrzewania. Lęk dotyczy więc "normalnej" wagi ciała, jaka jest niezbędna do rozpoczęcia menstruacji. Mechanizm, który umożliwia przeciwdziałanie biologicznemu dojrzewaniu - to ograniczanie ilości spożywanych pokarmów i unikanie węglowodanów. Zanik miesiączki oznacza wyłączenie wpływu hormonów płciowych i sygnalizuje regresję procesu dojrzewania. Następnie proces jest wzmacniany poprzez subiektywne poczucie kontroli nad własnym ciałem, większej autonomii i bezpieczeństwa. Z pewnością biologiczny proces dojrzewania konfrontuje chore z trudnymi zadaniami, jakie są typowe dla okresu dojrzewania - separacją od rodziny, działaniem popędu seksualnego i odnalezieniem własnej tożsamości.

Hipoteza Crispa bardzo celnie ujmuje dwa niezwykle istotne zjawiska charakterystyczne dla choroby. Podkreśla znaczenie różnych aspektów okresu dojrzewania, który stanowi okres największej zapadalności na jadłowstręt psychiczny oraz wyraźnie wskazuje na zaburzenia funkcjonowania rodziny związane z wystąpieniem choroby. Wyzwaniem dla tej hipotezy jest występowanie stosunkowo licznych przypadków jadłowstrętu psychicznego przed okresem dojrzewania a także w długi czas po jego zakończeniu. Poszerzeniem koncepcji psycho-biologicznej jest pogląd, że jadłowstręt psychiczny, który występuje przed okresem dojrzewania wiąże się z narażeniem na

szczególnie trudne sytuacje życiowe we wcześniejszych fazach rozwojowych.

### 3. Koncepcje psychoanalityczne

Jedzenie, jako zaspokajanie jednej z najbardziej podstawowych potrzeb w życiu człowieka w szczególnych warunkach może stać się środkiem, przez który wyrażają się wczesnodziecięce konflikty dotyczące dawania i przyjmowania, miłości i nienawiści, nagrody i kary. Życie emocjonalne pacjentek z zaburzeniami odżywiania się koncentruje się wokół ciała, które reprezentuje self oraz jedzenia, które reprezentuje matkę. Poprzez swoje działania i reakcje pacjentki odtwarzają zwykle sytuacje z prewerbalnego okresu rozwoju. Omówiony zostanie wkład trzech psychoanalitycznych orientacji teoretycznych - tj. (a) klasycznej teorii popędów, (b) teorii związku z obiektem, (c) psychologii self.

Koncepcje wywodzące się z *klasycznej teorii popędów* podkreślają, że jadłowstręt psychiczny oznacza odrzucenie tradycyjnej roli kobiecej. Autorzy często wskazują na objaw pochodzący z fazy oralnej, a odmowę przyjmowania jedzenia traktują jako obronę przed zachłannością i przed nieświadomym pragnieniem oralnego zapłodnienia (Berlin, 1951). Freud bardzo wcześnie (1953) zauważył podobieństwo między jadłowstrętem psychicznym a depresją, zwracając uwagę na występującą w obu chorobach utratę apetytu. Goddard (1983) pisze na temat nieświadomych sadystycznych i kanibalistycznych fantazji pochodzących z fazy oralnej. Rozważa się też aspekty perwersyjne i masochistyczne (Kestenberg i wsp., 1972). Tustin (1984) przyrównuje jadłowstręt do autyzmu i sugeruje, że chore rezygnują z przeżywania ekstazy, jakiej dostarcza jedzenie i przeżywają ogromną złość, że są go pozbawione. Zaburzony stosunek do jedzenia jest wyrazem pragnienia, ale i lęku przed bierną, receptywną gratyfikacją. Lęk przed własnymi impulsami prowadzić może do postawy ascetycznej, która jest obroną przed pragnieniami popędowymi. Anorektyczne zachowania prowadzą do stanu, w

którym aktywność seksualna nie jest możliwa. W takim świetle odmowa przyjmowania pokarmu stanowi klasyczny konflikt neurotyczny. Ego staje po stronie super-ego i realizuje ascetyczny ideał, który stanowi obronę przed naciskiem impulsów. W stanie idealnego wyrzeczenia się pragnień i popędów siła woli odnosi narcystyczny triumf nad ciałem.

Wielu autorów rozważało wpływ okresu dojrzewania na wystąpienie choroby, która tytowo pojawia się u nastoletnich dziewcząt i w związku z tym choćby częściowo stanowi sposób poradzenia sobie z konfliktami, na które dziewczęta są narażone w czasie swojego rozwoju, jak na przykład konflikty charakterystyczne dla fazy edypalnej. W świetle tego poglądu istotne jest ustalenie czynników predysponujących (np. bardziej intensywny proces introjeksi u dziewcząt jak to postulowała Klein) oraz badanie relacji matka-córka, o której Grunberger (1981) pisał, iż jest równie frustrująca dla obu stron, które nie stanowią dla siebie nawzajem zaspokajającego obiektu. Jadłowstręt u mężczyzny ma stanowić wyraz kobiecej identyfikacji (Birksted Breen, 1989). Sours (1974) wskazuje na rolę matki, która narcystycznie używa swojego dziecka, by zachować wielkościowe self. Na podstawie swoich doświadczeń klinicznych wyróżnia dwie grupy wśród chorych. W pierwszej grupie wzrost siły działania popędu seksualnego, którą niesie ze sobą okres dojrzewania powoduje ponowne intensywne doświadczanie życzeń edypalnych, których rozwiązaniem staje się stan regresji. Drugą grupę stanowią starsze pacjentki, u których zgodnie z teorią związku z obiektem można rozpoznać deficyt w strukturze ego związany z zaburzeniem w przebiegu procesu separacji i indywidualizacji opisanego przez Mahler i wsp., (1975). U wielu pacjentek spotyka się pragnienie połączenia się z matką i lęk przed takim połączeniem a także brak "przestrzeni przejściowej" opisanej przez Winnicotta (1971), która stanowi podstawę do rozwoju relacji z obiektem.

Szkoła Klein odwołując się do koncepcji pozycji paranoidalnej i depresyjnej, sugeruje,

że u podłoża choroby leżą paranoidalne lęki przed otruciem, które czasami powstają na skutek projektowanych na dziecko życzeń matki oraz lęki depresyjne, iż dobrym obiektem zagraża niebezpieczeństwo (Birksted Breen, 1989). Bruch, która miała ogromne doświadczenie kliniczne i psychoterapeutyczne w pracy z chorymi na jadłowstręt psychiczny, zakwestionowała tradycyjną koncepcję psychoanalityczną i pod koniec swojego życia napisała (1985):

*“U swoich pacjentek szukałam takich fantazji (tj. fantazji o oralnym zapłodnieniu) a kiedy ich nie znajdowałam zapewniałam samą siebie, że moje pacjentki nie były w terapii wystarczająco długo. Byłam przekonana, że gdzieś muszą być te fantazje. ..w końcu przekonałam się, że jadłowstręt przede wszystkim wiąże się z deficytami rozwojowymi i tylko wtórnie ma związek z konfliktem dotyczącym roli seksualnej”.*

Bruch (1973) zidentyfikowała też czynniki występujące w dzieciństwie, które w okresie późniejszym predysponują do wystąpienia jadłowstrętu. W trakcie normalnego rozwoju matka odpowiadając na cielesne potrzeby dziecka potwierdza jego istnienie i istnienie jego odrębnego życia wewnętrznego. Jeśli w trakcie rozwoju matka narzuca dziecku zniekształcone przez siebie, niedokładne sprostowanie jego potrzeb, dziecko nie jest w stanie poznać siebie ani nauczyć się swoich uczuć i potrzeb. Taki rodzaj relacji dziecko-matka powoduje zatrzymanie rozwoju funkcji poznawczych dziecka na poziomie konkretnych operacji. Dziecko czuje się zdezorientowane i bezradne. Osoba predysponowana do jadłowstrętu jest słabo przygotowana, by sprostać wyzwaniu jakim jest w okresie dojrzewania ustanowienie autonomii i stworzenie niezależnej tożsamości. Nie rozwija prawdziwej autonomii, ale głodząc się, zyskuje poczucie kontroli nad swoim ciałem. Jej pseudo-niezależna postawa jest obroną przeciw ogromnym potrzebom symbiotycznym.

*Teoria związku z obiektem* zaproponowana przez Mahler (1975) wnosi istotne elementy dla zrozumienia przyczyn anorektycznych zachowań. Proces odchodzenia w okresie doj-

rzewania od rodziny pochodzenia można rozpatrywać w aspekcie zaburzenia fazy separacji i indywiduacji, która ma miejsce w okresie między 5 a 36 miesiącem życia. W świetle tej teorii ascetyczna obrona przed seksualnością jest wtórna i stanowi wyraz lęku przed separacją od rodziny a w szczególności od matki, jak również lęku przed zaakceptowaniem własnych dojrzałych zachowań seksualnych. Okres dojrzewania jest szczególnie trudny dla osób predysponowanych do rozwoju jadłowstrętu psychicznego. Zgodnie z teorią związku z obiektem (Masterson, 1977) jadłowstręt psychiczny istnieje w pewnym kontinuum struktury osobowości - począwszy od psychotycznej, poprzez osobowość z pogranicza, po neurotyczną. Poziom organizacji struktury osobowości zależy od tego, w której z faz rozwojowych doszło do zahamowania rozwoju: symbiotycznej, separacji- indywiduacji czy też fazy “zbliżania się do osiągnięcia stałości obiektu”. Uważa się, że osobowość z pogranicza rozwija się u dziecka, które rodzice nagradzają za przejawy zależności natomiast wymierzają karę za właściwe dla jego wieku zachowania poznawcze. W związku z tym dziecko ma poczucie, że oddalając się od matki i przejawiając inicjatywę zostanie przez nią opuszczone. Przeżywa zatem pustkę i ciągle walczy o ustanowienie autonomii. Niewiedomo jednak dlaczego tylko część pacjentów z osobowością z pogranicza rozwija zaburzenia łaknienia (Katz, 1985), podczas gdy pozostała grupa ma tendencję do zachowań impulsywnych o charakterze autodestruktywnym lub antysocjalnym.

Selvini Palazzoli (1978) próbowała połączyć klasyczną teorię popędów z teorią związku z obiektem. Uważa ona, że chora na jadłowstręt psychiczny przeżywa swoją matkę jako kontrolującą i władczą. Identyfikując się z matką walczy, by nie stać się taką jak ona. Anorektyczne zachowanie stanowi wyraz zaburzonej psychicznej reprezentacji ciała, self i matki. Niemowlę odszczepia wewnętrzną reprezentację matki i obraz matki nie ulega integracji. W okresie dojrzewania zmieniają-

ce się kształty ciała są postrzegane jako powrót archaicznej matki, którą chora próbuje kontrolować poprzez kontrolowanie swojego ciała.

*Psychologia self* - trzeci teoretyczny nurt w psychoanalizie również oferuje istotny wkład do zrozumienia doświadczenia chorych na jadłowstręt psychiczny. *Self* jest złożonym pojęciem, które oprócz funkcji ego obejmuje również zinternalizowane spostrzeżenia i subiektywne doświadczanie obiektów (Kohut, 1971). Na *self* składają się też percepcje własnej psychospołecznej egzystencji tj. własne cele, umiejętności, zdolność do spostrzegania wszystkich aspektów własnego ciała w tym zjawisk somatycznych i wegetatywnych. Zarówno *self* jak i jego percepcje są poddawane ciągłym zmianom. *Self* tworzy się poprzez internalizację określonych funkcji i struktur psychicznych, do których należą: (a) zdolność do postrzegania granic swojego ciała oraz różnicowania między *self* a *nie-self*, (b) zdolność do planowania, działania i komunikowania się z otoczeniem, (c) pewność siebie i poczucie własnej wartości oraz (d) zdolność do regulowania napięć i samooceny.

Przyjęcie istnienia defektu w strukturze *self* implikuje odmienną od klasycznej rolę analityka. W takim przypadku analityk zgodnie z poglądami Winnicota ma pełnić rolę "wystarczająco dobrej matki" stanowiąc substytut brakujących funkcji *self*. Interpretacje mają drugorzędne znaczenie. Jak pisał Kohut (1971) analityk staje się obiektem dla *self* to znaczy częścią *self* pacjenta, której pacjentowi brak. Kohut (1971) wiązał zaburzenia odżywiania się z wczesnym defektem w formowaniu się *self*. Dziecko zdobywa dobre samopoczucie w relacji z matką, która je koi i może przewidzieć jej zachowania. Jeśli matka jest "wystarczająco dobra" według określenia Winnicotta (1971) wówczas dziecko internalizuje zdolność do samo-regulacji i uczy się modulować własne napięcia i poczucie własnej wartości.

Osoba, której wczesna relacja była nieadekwatna i niestała nabywa defektu w obrębie

spójności *self*, co określa się mianem podstawowego defektu. Pod wpływem stresu taka osoba nie jest zdolna do pełnego integrowania schematu ciała, schematów poznawczych i afektywnych. Chora na zaburzenia odżywiania się nie ma kontaktu ze swoim wewnętrznym doświadczeniem, nie umie ukoić siebie, czuje się niekompetentna i nieefektywna. Jej wewnętrzny stan opisują głód, pustka oraz pełna niepokoju nuda. Innych ludzi traktuje jak obiekty *self* lub przedłużenie siebie samej. Psychologia *self* umożliwia zrozumienie zmienionych percepcji własnego ciała przeżywanych przez chore na zaburzenia odżywiania się i stwarza szansę analizy, której podstawą są ich własne doświadczenia. Dla chorych na jadłowstręt psychiczny charakterystyczne jest obniżone poczucie własnej wartości. Psychologia *self* proponuje najlepszą bazę teoretyczną dla przeżycia przez te chore w trakcie terapii bardziej pozytywnego obrazu siebie.

### Czynniki rodzinne

Ostatnie dekady - to okres intensywnego rozwoju teorii i praktyki terapii rodzin. Największy wkład w rozwój terapii rodzin wniosło dwoje psychiatrów - Selvini Palazzoli i Minuchin. Przedmiotem ich szczególnego zainteresowania była praca kliniczna z rodzinami, w których występował jadłowstręt psychiczny. Doświadczenie to stało się podstawą dwóch koncepcji teoretycznych przedstawionych poniżej.

#### 1. Rodzina psychosomatyczna wg Minuchina

Minuchin, twórca strukturalnej terapii rodzin, wraz z Rosmanem i Bakerem (1978) rozpoznał i opisał sposób funkcjonowania rodziny, z którym wiązało się wystąpienie i podtrzymywanie jadłowstrętu psychicznego u dziecka. Swoją koncepcję na temat roli rodziny oparł na dwóch założeniach: (a) pewien rodzaj organizacji rodziny ma ścisły związek z rozwojem i podtrzymywaniem objawu o charakterze psychosomatycznym oraz (b) objaw psychosomatyczny odgrywa zasadniczą rolę w

podtrzymaniu rodzinnej homeostazy. By doszło do powstania objawu psychosomatycznego niezbędne jest by równocześnie zaistniały trzy czynniki: (a) fizjologiczna podatność dziecka, (b) szczególny rodzaj wzajemnych relacji w rodzinie, (c) istotna rola dziecka w relacjach rodzinnych, szczególnie w sytuacjach związanych z unikaniem konfliktu. Szczególny rodzaj wzajemnych relacji w rodzinie psychosomatycznej charakteryzuje się czterema cechami. Rodziny te:

- są „uwikłane”, co oznacza, że w tych rodzinach relacje są nadmiernie bliskie, poszczególne członkowie przemawiają nawzajem w swoim imieniu, „odczytują myśli innych”, bliskość i lojalność są bardziej cenione niż autonomia i niezależność,
- są *nadopiekuńcze* - nadmierna opiekuńczość dotyczy nie tylko zidentyfikowanego pacjenta ale jest cechą życia rodzinnego w ogóle, chora na jadłowstręt psychiczny również czuje się odpowiedzialna za rodzinę i chroni ją - choroba mimo iż jest obciążeniem dla rodziny łączy ją i chroni przed rozpadem
- *wykazują matłą tolerancję wobec konfliktów i nieadekwatny sposób ich rozwiązywania*, zwykle negują istnienie konfliktów i nie są w stanie rozpoznać, że w obrębie rodziny istnieją różnice
- są *sztwyne i wykazują opór wobec zmiany* - zmiana np. poprzez przejście do kolejnej fazy rozwoju rodziny lub na skutek interwencji terapeutycznej zagraża stabilności rodziny, którą zachowuje objaw psychosomatyczny; zamiast przystosować się do zmieniających się potrzeb dojrzewającego dziecka, rodziny próbują potrzeby te sobie „przyswoić”.

Zidentyfikowany pacjent odgrywa szczególnie rolę w rodzinie. Rodzice nie są zdolni pozostawać ze sobą w bezpośredniej relacji, natomiast mogą zjednoczyć się w trosce o chore dziecko. Konflikt małżeński często przeradza się w konflikt rodzicielski dotyczący zachowań zidentyfikowanego pacjenta. Dziecko może zostać zaangażowane do po-

mocy przez rodziców bądź może samo przyjmować rolę pomocnika lub mediatora. Objaw taki jak odmowa przyjmowania pokarmu pełniąc rolę stabilizatora systemu rodzinnego, sam ulega wzmocnieniu i jednocześnie wzmacnia specyficzne aspekty funkcjonowania rodziny, które go wyzwoliły. Koncepcja Minuchina rodziny psychosomatycznej spotkała się z ogromnym zainteresowaniem zarówno klinicystów pracujących z rodzinami, jak i badaczy procesu rodzinnego. Koncepcję tę poddał krytyce Yager (1982), który wskazał, że Minuchin sformułował swoją koncepcję w oparciu o badania rodzin, w których nie brała udziału grupa kontrolna. Minuchin nie rozważał też alternatywy, że choroba dziecka mogła wtórnie zmienić funkcjonowanie rodziny. W późniejszym okresie okazało się, że wzorzec patologicznego funkcjonowania jaki występował w rodzinach chorych na anoreksję obserwowano też w rodzinach, w których dzieci chorowały na inne choroby psychosomatyczne lub u których występowała osobowość z pogranicza (Katz, 1985). Patologia rodzinna w przypadku jadłowstrętu psychicznego nie ma wyjątkowego charakteru, ale pewne cechy wzajemnych oddziaływań w rodzinie wydają się inicjować i podtrzymywać chorobę. Podobnie jak w przypadku innych chorób, tak i w jadłowstręcie nasilenie choroby jest odbiciem stopnia zaburzenia relacji w rodzinie, co jednocześnie stanowi zły wskaźnik prognostyczny (Morgan i Russell, 1975).

Grupa Minuchina (cyt. za Combrinck-Graham, 1990) opisała niezwykle wysoki procent wyleczenia (80%) w trakcie terapii rodzinnej tych rodzin, w których występowały zaburzenia odżywiania się. Wyników tych nie udało się odtworzyć w innych ośrodkach, co sprawiło, że doniesienie grupy Minuchina kwestionowano. Dopiero prace Russella i wsp. (1987) wyjaśniły, że strukturalna terapia rodzin jest efektywna u młodych anorektycznych pacjentek, ale nie daje tak dobrych rezultatów w grupie starszych chorych na bulimię. Garfinkel i wsp. (1983) wskazali, że rodziny chorych na jadłowstręt psychiczny re-

lacionują więcej problemów niż grupa kontrolna dotyczących oczekiwanych osiągnięć jej członków, adaptacyjności, stylu komunikacji i ekspresji uczuć.

## 2. Teoria gier rodzinnych Selvini Palazzoli

Selvini Palazzoli (1978) przez wiele lat zajmowała się psychoanalitycznie zorientowaną psychoterapią indywidualną pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. Wieloletnie doświadczenia pracy indywidualnej, obserwacje funkcjonowania i wpływu rodzin chorych na powstawanie i przebieg choroby a także pojawienie się wczesnych teorii systemów (von Bertalanffy, 1984) sprawiły, że Selvini Palazzoli wraz ze swoim zespołem postanowiła dokonać radykalnej zmiany. Zmiana ta dotyczyła zarówno teoretycznych jak i praktycznych aspektów leczenia jadłowstrętu psychicznego. Palazzoli (1985) rozpoznała istotną rolę kontekstu społeczno-kulturowego w powstawaniu choroby, przez co jej koncepcja zyskała nową perspektywę, gdyż system rodzinny nie istnieje w próżni, ale w określonych warunkach społeczno-kulturowych. W stosunku do norm kulturowych rodzina pełni rolę przekaznika bądź buforu (Katz, 1985). Zgodnie z koncepcją Palazzoli do powstania choroby przyczyniają się dwa różnorodne czynniki:

- *kontekst społeczno-kulturowy krajów wysoko uprzemysłowionych*, w których jedynie szczupła sylwetka kobieca jest postrzegana jako atrakcyjna i ma charakter normy kulturowej, a obfitości dóbr towarzyszy presja określonego ideału kobiecość;
- *określony sposób funkcjonowania rodziny*, w którym stan zdrowia dzieci stanowi szczególny przedmiot troski rodziców, a dzieci są nadmiernie zależne od rodziców i późno przyjmują właściwą do wieku odpowiedzialność.

*Proces powstawania symptomu* jest długotrwały i przebiega w sześciu etapach (Selvini Palazzoli i Viaro, 1988). Jest to proces, który zaczyna się grą rodzicielską a kończy się na objawach anorektycznych. Za fasadą jedności

małżeńskiej kryje się głębokie rozczarowanie i obustronna niechęć małżonków wobec siebie. Miejsce dziecka w rodzinie jest niejasne i trudne, ponieważ jest ono skrycie zachęcane przez każdego z małżonków do wejścia w koalicję. Żadne jednak z nich nie proponuje tego otwarcie, gdyż zachwiałoby to równowagę obustronnie przebiegającej rywalizacji o "wyższość moralną". Ta gra rodzicielska polega na stałej prowokacji, która pozostaje bez odpowiedzi. Małżonkowie nawzajem oskarżają się nigdy nie okazując rozczarowania wprost. Żona atakuje męża w imieniu dzieci. Mąż spełnia swoje obowiązki wobec domu, ale w sposób przeciwny do oczekiwań żony. Obustronnie dochodzi do odrzucania informacji, co jest charakterystyczną cechą interakcji w tej rodzinie. Sześć etapów procesu rodzinnego przebiega w następujący sposób.

### *Etap 1*

Gra rodzinna opisana powyżej toczy się od długiego czasu, może nawet od kilku pokoleń

### *Etap 2*

Dziecko, które rozwija jadłowstręt psychiczny bierze udział w grze rodzicielskiej od wczesnego okresu życia, co może przebiegać w dwojaki sposób:

- a) córka jest po stronie matki w jej walce z ojcem, współczuje jej choć nie ma o niej najlepszego mniemania, wspiera matkę i ma poczucie szczególnych moralnych przywilejów;
- b) córka jest po stronie ojca w jego walce z matką, jest w silnym związku emocjonalnym z ojcem, z czego zdaje on sobie sprawę. Na tym etapie córka nie występuje otwarcie przeciw jednemu z rodziców;

### *Etap 3*

Okres dojrzewania wnosi wiele zmian w życie rodziny, szczególnie gdy dojrzewa córka. Możliwe są tu dwa warianty rozwoju wydarzeń:

- a) ukochana córka matki spostrzeża, że miłość matki zwraca się ku innej osobie np. młodszemu rodzeństwu. Zaczyna więc stawać po stronie ojca i dostrzegać jego postawę w innym świetle, podobnie zauważa prowokujące zachowanie matki. Ojciec wykorzystuje każdą okazję by pokazać córce jak frustrująca jest dla niego relacja z jego żoną i jak cierpi w imię dobra rodziny.

b) Związek ojca z córką staje się zbyt bliski, co zaczyna być żenujące, gdyż córka już wkrótce stanie się kobietą. Ojciec i córka w obu tych wariantach mają poczucie, że są ofiarami tej samej kobiety.

#### *Etap 4*

W tym etapie relacje rodzinne stają się napięte i trudne, a córka rozpoczyna manewr zwany "odchudzaniem".

- a) Opuszczona córka próbuje utworzyć koalicję z ojcem i przeżywa presję by odseparować się od matki. Nie znosi myśli, że mogłaby być jak jej matka. Rozpoczyna heroiczny wysiłek, by postępując zgodnie z normami młodzieży potępić wzorce matki i zyskać autonomię poprzez odchudzanie.
- b) Odchudzanie się jest postrzegane jako wyzwanie skierowane przeciw matce i budzi jej sprzeciw. Decyzja o rozpoczęciu odchudzania bardzo często wiąże się ze szczególnym zachowaniem matki wobec ojca lub wobec córki.

W obu przypadkach decyzja ta jest wyrazem buntu przeciwko matce i rozpoczyna błędne koło, które staje się częścią gier rodzinnych. W takiej sytuacji matka coraz bardziej kontroluje córkę, szczególnie kontrola ta dotyczy jedzenia. Ojciec próbuje interweniować, ale bez powodzenia. Córka jest pełna złości i je coraz mniej. Postawa ojca pogarsza jeszcze sytuację - nie jest w stanie podążyć za przykładem zbuntowanej córki, nie chce narażać swojej relacji z żoną i nie występuje przeciw niej otwarcie. Córka czuje się zdradzona gdyż tak wiele zaryzykowała na próżno.

#### *Etap 5*

Zdradzona i opuszczona przez ojca córka zaczyna nim gardzić. Je coraz mniej, gdyż jest to jedyny sposób by wyrównać porachunki z matką i by zrobić wrażenie na ojcu.

#### *Etap 6*

Gra rodzinna toczy się wokół objawu. Anorektyczna córka doświadcza satysfakcji, która płynie z poczucia władzy i kontrolowania rodziny poprzez objawy. Matka zostaje wciągnięta przez córkę w pseudosymbiotyczne zachowania.

---

### **Czynniki społeczno-kulturowe**

Wieloczynnikowy model etiologii jadłowstrętu psychicznego, który zaproponowali Garner i Garfinkel (1980) wskazywał po raz

pierwszy, iż czynniki społeczno-kulturowe odgrywają istotną rolę w rozwoju tej choroby. Autorzy ci wyrażają pogląd, że jeżeli dążenie do smukłej sylwetki odgrywa istotną rolę w etiologii jadłowstrętu psychicznego - to obecna zmiana wyobrażenia idealnej kobiecej sylwetki może być odpowiedzialna za zwiększoną częstość występowania jadłowstrętu psychicznego. Garner i wsp. (1980) porównując wyobrażenie ideału sylwetki kobiecej na przestrzeni ostatnich 25 lat stwierdzili, że wymiary kobiet wygrywających konkurs Miss Ameryki wykazują stałą malejącą tendencję. Miss Ameryki staje się coraz szczuplejsza i coraz wyższa. Podobny trend dotyczył wymiarów ciała modelek pojawiających się na zdjęciach - wkładkach "Playboya". W tym samym czasie w związku z poprawą standardu życia w krajach zachodnich i obfitością dostępnych produktów spożywczych średnia waga kobiet między 17 a 24 r.ż. wykazywała tendencję do wzrostu (ok. 0,14 kg/rok w ciągu 20 lat). Magazyny kobiece w tym okresie czasu publikowały wzrastającą ilość artykułów poświęconych odchudzaniu. W przebadanej przez Garnera i Garfinkela (1980) grupie studentek szkoły baletowej i modelek występowała znacznie większa niż w populacji reprezentatywnej częstość jadłowstrętu psychicznego. Autorzy ci postulowali, że presja związana z wyglądem zewnętrznym, niewątpliwie obecna w tej grupie kobiet i ważna dla przyszłego sukcesu zawodowego, obok atmosfery silnej rywalizacji ma współdziałać w zwiększonej częstości zachowań anorektycznych w tej grupie.

Selvini Palazzoli (1985) pierwsza sugerowała, że jadłowstręt psychiczny jest wyrazem nowej złożonej sytuacji kobiety we współczesnym społeczeństwie. Coraz większe stają się wymagania i oczekiwania wobec współczesnych kobiet. Wymagania te często stawiają przed kobietami sprzeczne role. Wypełnianiu tradycyjnych ról i wyobrażeń kobiecości mają towarzyszyć sukcesy w życiu zawodowym. Jak pisała Palazzoli:

*"...dzisiejsza kobieta ma dbać o swój wygląd i w tym samym czasie rywalizować w pracy zawodo-*

*wej...ma być profesjonalistką i romantyczną kobietą. W małżeństwie ma grać rolę idealnej żony i kochanki; w roli matki ma zapomnieć o wykształceniu, które zdobyła z trudem, by pracować pielużką i oddać się innym zajęciom domowym”.*

Zmieniająca się definicja kobiecej roli sprawia, że wiele kobiet staje w obliczu sprzecznych oczekiwań oraz konfliktów wewnętrznych dotyczących własnej tożsamości. Dotyczy to szczególnie tych kobiet, które swoją kobiecą tożsamość ukształtowały zgodnie z tradycyjnymi wartościami jednocześnie poświęcając się karierze zawodowej, a więc podejmując role dawniej zastrzeżone dla mężczyzn. Być może dla kobiet przeżywających lęk przed utratą kontroli w obliczu tak sprzecznych wymagań manipulowanie wagą ciała staje się symbolem kontroli sprawowanej w sferze emocji.

Znana ze swoich feministycznych poglądów Boskind-Lodahl (1976) polemizuje zarówno z tradycyjną koncepcją psychoanalityczną, jak i z poglądami Bruch. Zgodnie z tą koncepcją jadłowstręt psychiczny jest próbą odrzucenia kobiecej tożsamości i chore przeżywa lęk przed oralnym zapłodnieniem. Bulimia natomiast wiąże się z nadmierną identyfikacją w roli kobiecej, czego symbolem jest doświadczane przez chore pragnienie ciąży. Boskind-Lodahl uważa, że chore na zaburzenia odżywiania się *nie kwestionują tradycyjnych wyobrażeń kobiecości, ale konformistycznie starają się je wypełnić*. Zaburzenia te stanowią zatem wyraz rozpaczliwego dążenia, by zadowolić innych, szczególnie mężczyzn i poprzez to uznanie uzyskać poczucie własnej wartości. Obecny u kobiet chorych na jadłowstręt psychiczny brak własnej tożsamości opisywany przez Bruch jako urojeniowy, Boskind-Lodahl interpretuje jako odbicie rzeczywistości. Wg tej autorki taka rzeczywistość jest ukształtowana nie tylko poprzez matkę rzutującą własne potrzeby na dziecko, ale przede wszystkim przez proces wychowania i przekazywania oczekiwań dotyczących roli kobiety we współczesnym społeczeństwie patriarcalnym.

Zaburzenia odżywiania się występują w większości u kobiet. Ta różnica w rozpowszechnieniu choroby, która w dominujący sposób dotyczy jednej płci, stała się przedmiotem zainteresowania socjologów. Dla wielu z nich jadłowstręt psychiczny stał się hasłem i przykładem wspierającym feministyczną dyskusję. W tym nurcie z pewnością najciekawsze są poglądy znanej pisarki i psychoterapeutki Susie Orbach. Swoje wieloletnie doświadczenie pracy z chorymi na zaburzenia odżywiania się interpretuje z perspektywy feministycznej ideologii. Orbach (1987) wyraża pogląd, że jadłowstręt psychiczny jest formą strajku głodowego - *jest protestem przeciwko definicji kobiecości, jaka wynika ze społecznego podziału ról*. Odrzucając społeczne oczekiwania wobec roli kobiety chore na jadłowstręt psychiczny odrzucają też swoje ciała. Walka o zmianę sytuacji zamienia się w chorobę. Słabość koncepcji Orbach polega między innymi na tym, że nie wyjaśnia ona czemu jadłowstręt psychiczny występuje częściej u kobiet z wyższych klas społecznych, w wysoko uprzemysłowionych krajach, w których paradoksalnie kobiety mają najwięcej swobód i możliwości życiowych. W świetle tej hipotezy nie wiadomo czemu jadłowstręt psychiczny występuje w ogóle u mężczyzn. Strajk głodowy to dobitna metafora, która ukazuje problemy kobiet we współczesnym społeczeństwie, ale nie niesie ze sobą ich pełnego wyjaśnienia. Ograniczeniem hipotezy feministycznej jest to, że pomija ona związek jaki istnieje pomiędzy chorobą, jej rozpowszechnieniem i rozwojem idei ruchu wyzwolenia kobiet w wielu odmiennych kulturowo krajach.

## BULIMIA

*Wieloczynnikowy model etiologii bulimii* podali Lacey, Coker i Birchnell (1986). Wśród czynników predysponujących do wystąpienia choroby wymienia się konflikt dotyczący roli seksualnej, nieadekwatne relacje w grupie rówieśniczej, duże ambicje i dążenia do sukcesów akademickich, trudności w relacjach z

obojgiem rodziców oraz małżeński konflikt rodziców. Istotną rolę czynników poprzedzających zachorowanie przypisuje się stresom. Wymienia się m. in. sytuacje utraty oraz globalnej zmiany życiowej jak zmiana miejsca zamieszkania, szkoły lub pracy. Zwykle wydarzenia stresowe nakładają się na długotrwałe i chroniczne trudności emocjonalne. Bezpośrednio przed wystąpieniem pierwszego napadu żarłoczności opisywane przez niego pacjentki próbowały stosować diety z wyłączeniem węglowodanów, co spowodowało narastający głód węglowodanów, (określany w literaturze anglojęzycznej jako "craving", podobnie jak głód alkoholu czy narkotyków), który stanowi najczęściej wymieniany czynnik inicjujący napad żarłoczności. Wiele pacjentek przyznaje, że "używa" jedzenia ze względu na jego sedatywne i uspakajające właściwości, by poradzić sobie z uczuciami gniewu i frustracji, samotności i nudy (Boskind-Lodahl, 1976). Pacjentki te często już w dzieciństwie wykazywały trudności w przystosowaniu się i w ich rodzinach stwierdza się zwiększoną częstość występowania zaburzeń psychicznych oraz tendencje do pozawerbalnego wyrażania konfliktów emocjonalnych (Sights i Richards, 1984). Gdy już dojdzie do powstania cyklu chorobowego jest on podtrzymywany przez różnorodne, współdziałające czynniki - indywidualne, rodzinne i społeczno-kulturowe.

## Czynniki indywidualne

### 1. Hipoteza choroby afektywnej

Wyniki niektórych badań i dane kliniczne sugerowały, że zaburzenia odżywiania się i depresja mają wspólne podłoże. U chorych na bulimię występują epizody depresji i wiele z nich pozytywnie odpowiada na działanie leków przeciwdepresyjnych (Cooper i Fairburn, 1986). Efekt, jaki wywierają leki przeciwdepresyjne tylko u części chorych dotyczy obniżonego nastroju, natomiast u innych chorych leki te zmniejszają częstość występowania napadów żarłoczności. W rodzinach chorych na bulimię często spotyka się chorobę afektywną (Strober i Katz, 1987). Obecnie wielu auto-

rów wyraża pogląd, iż mimo że zaburzenia odżywiania się i depresja są ze sobą związane, to choroby te nie mają wspólnego biologicznego podłoża. Podkreśla się, że epizody depresji najczęściej występują równoległe do przebiegu zaburzeń odżywiania się (Strober i Katz, 1987). Objawy vegetatywne są spotykane rzadko w bulimii (Cooper i Fairburn, 1986). Obecność choroby afektywnej nie ma wpływu na przebieg bulimii podobnie jak remisja bulimii nie ma wpływu na przebieg współistniejącej depresji (Herzog, 1988).

Wskazuje się na nowy obszar badań, który może wyjaśnić przypuszczalny związek pomiędzy depresją a zaburzeniami odżywiania się. Objawem zespołu napięcia przedmiesiączkowego jest m. in. nagły wzrost apetytu, z którym pozytywnie koreluje obniżony nastrój (Both-Orthman i wsp., 1988). Kobiety zdrowe także doświadczają pewnego wzrostu apetytu przed miesiączką. To neuro-vegetatywne zaburzenie jest jednym z wielu podobieństw jakie istnieją pomiędzy zespołem napięcia przedmiesiączkowego a atypową depresją (Halbreich i wsp., 1983). W związku z tym można przypuszczać, że z powodu pewnej predyspozycji fizjologicznej kobiety są bardziej podatne na zachorowanie na zaburzenia odżywiania się oraz na depresję.

### 2. Koncepcje psychoanalityczne

Szkoła związku z obiektem i psychologia self nie rozróżniają w zdecydowany sposób pomiędzy organizacją osobowości bulimicznej i anorektycznej, choć wskazują na znaczenie bulimicznych zachowań. Godsitt (1983) postulował, że rola bulimicznych zachowań wiąże się ze zmniejszeniem napięcia oraz regulowaniem self. Zachowania te dostarczają stymulacji, która umożliwia pozbycie się gniewu i pustki a więc uczuć, jakie towarzyszą zachowaniom bulimicznym. W taki sposób sekwencja - napad żarłoczności oraz przeczyszczanie się staje się najważniejszym, organizującym życie wydarzeniem. Swift i Letven (1984) rozpatrują bulimiczne zachowania w kategoriach obronnego manewru o charakte-

rze reparacji, którego celem jest zniesienie napięcia, zmniejszenie podstawowego defektu i skonsolidowanie self.

Sugarman i wsp. (1981) sugerują, iż bulimiczne dążenia mają swe źródło w zahamowaniu rozwoju na etapie przechodzenia z fazy różnicowania do podfazy próby (Mahler i wsp., 1975). Dziecko fiksuje się na poziomie czuciowo-ruchowym reprezentacji self i reprezentacji obiektu. Satysfakcja jest osiągnięta tylko wówczas, gdy dziecko zbliża się do obiektu i obiekt jest reprezentowany przez te konkretne działania. Akt jedzenia stanowi doświadczenie połączenia się z matką i zwłaszcza początkowo zaspokaja i koi. Ponieważ nie wykształciła się stała libidinalna reprezentacja obiektu każde zaspokojenie jest przejściowe i dlatego istnieje podatność na depresję anaklityczną (Blatt, 1974). Odbywa się ciągła walka o zachowanie granic między self a innymi. Nie posiadając symbolicznej reprezentacji matki pacjentka wykorzystuje swoje ciało do wywołania motorycznej reprezentacji matki. Dziecko, którego nie karmiono i nie zaspokajano wystarczająco dobrze w nadmiarze introjektuje negatywne obiekty oraz przejawia tendencję, by wściekłość kierować przeciw self (Sours, 1974). Doznania cielesne i impulsy muszą zostać pohamowane i ukarane. Jest to sadyzm skierowany wobec własnego ciała, przeżywany jako obcy (Rothenberg, 1986). Koncepcję tę wspierają doniesienia o związku pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a obniżoną samooceną (Gross i Rosen, 1988) a także gniewem skierowanym przeciw własnemu ciału (Norman i Herzog, 1983). Testy projekcyjne potwierdzają słabość bądź deficyty ego (Small, 1984).

Yates i wsp., (1983) wyrażają pogląd, iż zachowania bulimiczne w pewnym sensie organizują życie emocjonalne pacjentek. Pochlaniając to, co jest w zasięgu jej wzroku chora bierną receptywną postawę zamienia na aktywną i zdobywającą. Oddając się napadowi żarłoczności broni się przed reprezentacją matki z fazy symbiotycznej. Jest to dobra mat-

ka, która chroni i koi dziecko, podczas gdy ono pozostaje bierne i receptywne.

Zaburzenia odżywiania się występują głównie u kobiet. Być może dzieje się tak dlatego iż dla dziewcząt szczególnie trudny jest proces separacji-indywiduacji tj. oddzielania się od pre-edypalnej matki (Beattie, 1988). Nawet u prawidłowo rozwijających się dziewcząt walka ambiwalentnych uczuć przedłuża się poza fazę edypalną i odżywa wyraźnie w czasie dojrzewania. Związek matka-córka, który jest nadmiernie bliski oraz pełen wrogości i zależności może manifestować się na poziomie psychopatologicznym w różny sposób. Najczęściej jednak manifestuje się poprzez depresję oraz zaburzenia odżywiania się. Zaburzenia odżywiania się można zatem rozpatrywać jako wyraz nierozwiązanego konfliktu jaki wiąże się z bierno-zależnym związkiem matka-córka.

### 3. Zagadnienie seksualnego nadużywania w dzieciństwie

Wielu autorów wskazywało, iż doświadczenie seksualnego nadużywania w dzieciństwie wydaje się być związane z zachorowaniem na zaburzenia odżywiania się (Beckman i Burns, 1990; Lask i Bryant-Waugh, 1992; Pope i Hudson, 1992). Część doniesień ma charakter przyczynkowy (Lacey, 1990). Wyniki badań dostarczają niejednoznacznych wniosków. Wskazuje się na problemy metodologiczne, które istotnie zmniejszały możliwość oceny zjawiska. Badania z użyciem właściwie dobranej grupy kontrolnej nie wykazały większej częstości nadużyć seksualnych w grupie chorych na bulimie w porównaniu z populacją ogólną (Pope i Hudson, 1992). Dlatego problematyczne są doniesienia niektórych autorów, iż nadużycie seksualne w dzieciństwie stanowi czynnik ryzyka wystąpienia bulimii. Waller (1991) podaje, że w przebadanej przez niego grupie chorych na zaburzenia odżywiania się chore na bulimie znacznie częściej niż chore na jadłowstręt psychiczny opisywały niechciane doświadczenia seksualne. Mimo, że doświadczenia te per se

nie są odpowiedzialne za zachorowanie na bulimię to wydaje się, że z punktu widzenia psychopatologii choroby mają one istotne znaczenie. Nadużycie bowiem wywołuje poczucie winy i niską samoocenę i być może decyduje o rodzaju zaburzenia odżywiania się. Lacey (1990) opisał doświadczenia nadużycia seksualnego w grupie chorych na bulimię, którą charakteryzowało zaburzenie impulsów. Częstość nadużyć (7%) nie była jednak większa od danych dostępnych dla populacji ogólnej. Beckman i Burns (1990) postulowali iż doświadczenie utraty kontroli może pełnić rolę pośredniczącą pomiędzy nadużyciami a zachorowaniem na bulimię.

### Czynniki rodzinne

Chore na bulimię opisują swoje rodziny inaczej niż chore na jadłowstręt psychiczny. W rodzinie doświadczają często zaniedbania, odrzucenia, obarczane są poczuciami winy (Humphrey, 1988). Matki chorych na bulimię - to, w porównaniu z grupą kontrolną (Sights i Richards, 1984), kobiety dominujące i kontrolujące. Są wymagające i odległe emocjonalnie od swoich córek (Strober, 1981). Wiele pacjentek relacjonuje bliski związek z ojcem w okresie dzieciństwa, który ulega pogorszeniu w okresie dojrzewania. Rodziny te charakteryzują ogromne oczekiwania wobec dzieci oraz tendencja do otwartego porównywania rodzeństwa. Obserwuje się występowanie konfliktów i negatywnych emocji (Johnson i wsp., 1984), mniej jest też w tych rodzinach spójności i struktury w porównaniu z rodzina-

mi chorych na jadłowstręt psychiczny. Dzieci wychowywane w takich rodzinach często przeżywają stany niepokoju i izolacji.

Dolan i wsp. (1990) opisują, że rodzice chorych na bulimię są zwykle starsi niż w populacji ogólnej i często parę małżeńską charakteryzuje odmienne pochodzenie etniczne. Chore opisują poważne konflikty małżeńskie rodziców choć wskaźnik rozwodów w tych rodzinach nie jest wyższy od przeciętnego. Doświadczenie uczuć i zainteresowania, jakie chore otrzymywały od rodziców jest znacznie mniej pozytywne niż w grupie kontrolnej. Być może różnorodne pochodzenie etniczne rodziców, a w związku z nim określone różnice w ekspresji oczekiwań i uczuć sprzyjają zaburzeniom komunikacji pomiędzy parą małżeńską a następnie pomiędzy rodzicami i dziećmi. Taka sytuacja z pewnością predysponuje dzieci do przyszłych problemów w komunikacji werbalnej, co z kolei może sprzyjać powstawaniu bulimii jako pozawerbalnego środka wyrazu zaburzeń emocjonalnych.

### Czynniki społeczno-kulturowe

Wpływ czynników społeczno-kulturowych na występowanie bulimii jest równie istotny jak w przypadku jadłowstrętu psychicznego. Podobne znaczenie dla wystąpienia objawów bulimicznych mają zachodnie normy kulturowe, które idealizują szczupłą sylwetkę kobiecą i przedstawiają ją jako jedyny wzorzec tożsamy z sukcesem i samokontrolą. Znaczenie wpływu tych czynników omówiono dla jadłowstrętu.

### PIŚMIENNICTWO

1. Beattie H.J.: Eating disorders and the mother-daughter relationship. *Int. J. Eating Disorders* 1988,7,453-460
2. Beckman K., Burns G.L.: Relation of sexual abuse and bulimia in college women. *Int. J. Eating Disorders* 1990,9,487-492.
3. Berlin I.N.: Adolescent alternation of anorexia and obesity. *Am. J. Orthopsychiat.* 1951,21,387-419.
4. Birksted Breen D.: Working with anorexic patient. *Int. J. Psychoanal.* 1989,70,29-40.
5. Blatt S.: Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanal. Study. Child* 1974,29,107-157.
6. Boskind-Lodahl M.: Cinderella's stepsisters: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs: J. Women Culture and Society* 1976,2,342-346.
7. Both-Orthman B., Rubinow D.R., Hoban M.C., Malley J., Grover G.N.: Menstrual cycle phase-related changes in appetite in patients with the premenstrual

- syndrome and in control subjects. *Am. J. Psychiatry* 1988,145,628-631.
8. Bruch H.: Eating disorders. Basic Books, New York 1973.
  9. Bruch H.: Four decades of eating disorders. W: Garner D.M., Garfinkel P.E. (red.): Handbook for psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia. Guilford, New York 1985, s.7-18.
  10. Cantwell D.P., Sturzenberg S., Burroughs J., Salkin B., Green J.K.: Anorexia nervosa: an affective disorder? *Arch. Gen. Psychiatry* 1976,33,1039-1044.
  11. Combrinck-Graham L.: Developments in family systems theory and research. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1990,4,501-512.
  12. Cooper P.J., Fairburn C.G.: The depressive symptoms of bulimia nervosa. *Br. J. Psychiatry* 1986,148,286-274.
  13. Crisp A.H.: Anorexia nervosa: let me be. Academic Press, London Toronto Sydney 1980.
  14. Di Nicola V.F.: Anorexia multiforma: Self-starvation in Historical and Cultural Context. Part I: Self-starvation as a Historical Chameleon. *Trancult. Psychiatr. Res. Rev.* 1990,27,165-196.
  15. Dolan B.M., Lieberman S., Evans C., Lacey J.H.: Family features associated with normal body weight bulimia. *Int. J. Eating Disorders* w druku.
  16. Freud S.: Extract from the Fliess paper Draft G. W: Strachey J. (red.): The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, London 1953.
  17. Garfinkel P.E., Garner D.M., Rose J., et al : A comparison of characteristics in families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychol. Med.* 1983,13,821-828.
  18. Garner D.M., Garfinkel P.E.: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1980,10,647-656.
  19. Garner D.M., Garfinkel P.E., Schwartz D., Thompson M.: Cultural expectations of thinness in women. *Psychol. Rep.* 1980,47,483-491.
  20. Godsitt A.: Self-regulatory disturbances in eating disorders. *Int. J. Eating Disorders* 1983,2,51-60.
  21. Gross J., Rosen J.C.: Bulimia in adolescents. *Int. J. Eating Disorders* 1988,7,51-62.
  22. Grunberger B.: Outline for a study of narcissism in female sexuality. Virago, London 1981.
  23. Halbreich U., Endicott J., Nee J.: Premenstrual depressive changes. *Arch. Gen. Psychiatry* 1983,40,535-542.
  24. Herzog D.B.: Eating disorders. W: Nicholi A.M., Jr. (red.): New Harvard guide to psychiatry. Harvard University Press, Camdridge, Massachusetts 1988, s.434-448.
  25. Humphrey L.L.: Relationships within subtypes of anorexics, bulimics, and normal families. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1988,27,544-551.
  26. Jimerson D., Lesem M., Kaye W., Hegg A., Brewerton T.: Eating disorders and depression: is there a serotonin connection? *Biol. Psychiatry* 1990,28,443-454.
  27. Johnson C.L., Lewis C., Hagman J.: The syndrome of bulimia: review and synthesis. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1984,7,247-273.
  28. Katz J.L.: Some reflections on the nature of the eating disorders: on the need for humility. *Int. J. Eating Disorders* 1985,4,617-626.
  29. Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S.: *Le faim et le corps.* PUF, Paris 1972.
  30. Kohut H.: The analysis of self. International University Press, New York 1971.
  31. Lacey J.H.: Incest, incestuous fantasy and indecency A clinical catchment area study of normal-weight bulimic women. *Br. J. Psychiatry* 1990,157,399-403.
  32. Lacey J.H., Coker S., Birtchnell S.A.: Bulimia: factors associated with its etiology and maintenance. *Int. J. Eating Disorders* 1986,5,475-487.
  33. Lask B., Bryant-Waugh R.: Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1992,33,281-300.
  34. Mahler M., Pine F., Bergman A.: The psychological birth of the human infant. Basic Books, New York 1975.
  35. Masterson J.F.: Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent. W: Harticollis P. (red.): Borderline personality disorders. International University Press, New York 1977.
  36. Minuchin S., Rosman B., Baker L.: Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Harvard Univ. Press, New York 1978.
  37. Morgan H.G., Russell G.F.M.: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1975,5,355-371.
  38. Norman D.K., Herzog D.B.: Bulimia, anorexia, and anorexia nervosa with bulimia. *Int. J. Eating Disorders* 1983,2,43-52.
  39. Orbach S.: Hunger strike The anorectic's struggle as a metaphor for our age. Faber and Faber, London-Boston 1987.
  40. Pope H.G.J., Hudson J.I., Jonas J.M., Yurgelun Todd D.: Antidepressant treatment of bulimia: a two-year follow-up study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1985,5,320-327.
  41. Rothenberg A.: Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry* 1986,49,45-53.
  42. Russell F.M., Szmukler G.I., Dare C., Eisler I.: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 1987,44,1047-1056.
  43. Selvini Palazzoli M.: Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. Jason Aronson, New York 1978.
  44. Selvini Palazzoli M.: Anorexia nervosa: a syndrome of the affluent society. *Trancult. Psychiatr. Res. Rev.* 1985,22,199-205.
  45. Selvini Palazzoli M., Viaro M.: The anorectic process in the family: a six-stage model as a guide for individual therapy. *Fam. Process.* 1988,27,129-148.
  46. Sights J., Richards H.C.: Parents of bulimic women. *Int. J. Eating Disorders* 1984,3,3-13.

47. Small A.C.: The contribution of the psychodiagnostic test results towards understanding of anorexia nervosa. *Int. J. Eating Disorders* 1984,3,47-59.
48. Sours J.: The anorexia nervosa syndrome. *Int. J. Psychoanal.* 1974,55,567.
49. Strober M.: Signifandorfins. *Neurol.* 1981,30,418-419.
50. Strober M., Katz J.L.: Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? *Int. J. Eating Disorders* 1987,6,171-180.
51. Sugarman A., Kurash C.: The body as the transitional object in bulimia. *Int. J. Eating Disorders* 1982,1,61-67.
52. Swift W., Letven R.: Bulimia and the basic fault. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1984,23,489-497.
53. Tustin F.: Autistic shapes. Meeting of the Applied Section of the British Psycho-Analytical Society. *Inst. Psycho-Analysis* 1984,
54. von Bertalanffy L.: *Ogólna teoria systemów*. PWN, Warszawa 1984.
55. Waller G.: Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Br. J. Psychiatry* 1991,159,664-671.
56. Winnicott D.W.: *Playing and reality*. Tavistock Publications, London 1971.
57. Yager J.: Family issues and the pathogenesis of anorexia. *Psychosom. Med.* 1982,44,43-60.
58. Yates A.: Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989,28,813-828.
59. Yates A., Leechey K., Shisslak C.M.: Running: an analogue of anorexia? *N. Engl. J. Med.* 1983,308,251-255.

*Adres: Katarzyna Włodarczyk-Bisaga, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*