

Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie a zaburzenia odżywiania

Katarzyna Pilarczyk

Zakład Seksuologii Społecznej i Klinicznej Instytutu Psychologii
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wielkopolskie Centrum Profilaktyki i Terapii Zaburzeń
Odżywiania i Problemów Jedzeniowych

Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni chorują na zaburzenia odżywiania, a równocześnie dziewczyny są obciążone większym ryzykiem stania się ofiarą molestowania seksualnego. W związku z tym, jak wskazują Makara-Studzińska, Żoga i Grzywa, już w latach 80. XX wieku w piśmiennictwie zaczęły pojawiać się doniesienia łączące rozwój zaburzeń odżywiania z doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie. Przeprowadzono wiele badań w tym obszarze, których wyniki nie przyniosły jednak jednoznacznych rozstrzygnięć. Ujęcia teoretyczne, które miałyby wyjaśnić proponowaną hipotezę, skupiają się na postrzeganiu zaburzeń odżywiania jako formy autoagresji umożliwiającej ofierze przepracowanie przeżytej traumy i powrót do równowagi. W obliczu dostępnej dziś wiedzy zasadne wydaje się zwracanie szczególnej uwagi na przeszłe doświadczenia przemocowe pacjentów z anoreksją tak, by terapia wśród ofiar wykorzystania mogła zostać odpowiednio zmodyfikowana i dostosowana do ich potrzeb.

SŁOWA KLUCZOWE:

WYKORZYSTANIE SEKSUALNE DZIECKA, ZABURZENIA ODŻYWIANIA, ANOREKSJA

Wstęp

Zaburzenia odżywiania przejawiają się w destrukcyjnych dla jednostki nawykach żywieniowych i nieprawidłowych zachowaniach skupionych na kontrolowaniu masy ciała (Ziółkowska, 2014). Jest to restrykcyjne ograniczanie

spożywania lub nadmierne spożywanie pokarmu. Konsekwencją takiego nietypowego sposobu odżywiania się są liczne problemy zdrowotne, które w skrajnych przypadkach mogą doprowadzić do śmierci¹. Chory podporządkowuje właściwie całe swoje funkcjonowanie jedzeniu. Zablokowany zostaje jego prawidłowy rozwój psychospołeczny. Występują zaburzenia emocjonalne, afektywne i poznawcze. Dochodzi do wycofania z życia społecznego i osłabienia więzi emocjonalnych z osobami z najbliższego otoczenia.

W kategorii zaburzeń odżywiania uwzględnia się jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), żarłoczność psychiczną (*bulimia nervosa*), a także zespół napadowego objadania się (*binge eating disorder – BED*) – uznawane za nieswoiste zaburzenia odżywiania się. *Anorexia nervosa* wiąże się ze zbyt niską masą ciała, zaś kompulsywne objadanie się często towarzyszy otyłości. *Bulimia nervosa* może być obecna przy zbyt niskiej, jak i zbyt wysokiej masie ciała. Poniżej – ze względu na cel artykułu – została zaprezentowana charakterystyka jadłowstrętu psychicznego.

Jadłowstręt psychiczny – charakterystyka zaburzenia

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, anoreksja) to zaburzenie powszechnie łączone z brakiem apetytu. Głównym problemem chorujących jest jednak, jak pisze Ziótkowska (2014), silne pragnienie bycia osobą skrajnie szczupłą. Anoreksję rozpoznaje się, kiedy chory utrzymuje masę ciała o co najmniej 15% niższą niż prawidłowa dla danego wieku, płci i wzrostu. Choremu towarzyszy charakterystyczny lęk przed przybraniem na wadze i zaburzony obraz własnego ciała – mimo wyraźnego spadku wagi, stale ma wrażenie, że jest zbyt gruby (Brytek-Matera, 2011; Sarol-Kulka, Kulka, 2005; Trafalska, Niedźwiedzka, Nowacka, 2010). Chory może podejmować różne zachowania, które mają mu umożliwić zmniejszenie masy ciała i osiągnięcie upragnionej sylwetki.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM) wyróżnia dwa typy anoreksji – przeczyszczający (inaczej żarłoczno-wydalający, w którym chory doświadcza epizodów przejadania i podejmuje zachowania, takie jak wymioty, stosowanie środków przeczyszczających czy lewatyw), oraz restrykcyjny (inaczej ograniczający, w którym nie występują epizody przejadania lub zachowania przeczyszczające).

1 Jak podaje EDC (2016) z powodu zaburzeń odżywiania co 62 minuty umiera przynajmniej jedna osoba, a anoreksja jest najbardziej śmiertelną ze wszystkich chorób psychicznych.

Anoreksja powoduje liczne następstwa przejawiające się w zaburzeniach o charakterze społecznym, psychicznym i somatycznym (Nowogrodzka, Piasecki, 2011). Chory wycofuje się z relacji społecznych, pojawiają się konflikty z bliskimi. Występują łagodne deficyty poznawcze (zaburzenia koncentracji, problemy z pamięcią, kłopoty z utrzymaniem uwagi) związane z fizycznym wyczerpaniem. Często anoreksji towarzyszy depresja, wahania nastroju czy bezsenność. W związku z zaburzeniami endokrynologicznymi u kobiet – które wcześniej zaczęły miesiączkować – może dojść do zatrzymania miesiączki, a nawet bezpłodności, a u mężczyzn do utraty potrzeb seksualnych i potencji. Do innych konsekwencji należą zaburzenia termoregulacji, występowanie charakterystycznego meszku (lanugo), łysienie, osteoporoza, osłabienie mięśni, anemia, bradykardia i inne nieprawidłowości ze strony układu krążenia. Wyniszczenie całego organizmu może doprowadzić do zgonu – śmiertelność w grupie osób z anoreksją wynosi 10%, przy czym przyczyną połowy zgonów są powikłania, a około jednej trzeciej samobójstwa (Cameron, 2004, za: Bator, Bronkowska, Ślepecki, Biernat, 2011).

Etiologia anoreksji

Nie ma wątpliwości, że etiopatogeneza zaburzeń odżywiania jest złożona. Wskazuje się na jej wieloaspektowy charakter (Ziółkowska, 2014). Mówi się m.in. o czynniku genetycznym, przywołując kolejne badania, w których wykazano, że u bliźniąt monozygotycznych częstość zachorowań na anoreksję obojga rodzeństwa jest większa niż wśród bliźniąt dizygotycznych (Bator i in., 2011; Eder, Stawczyk, Lehmann, Jankowiak, Cichy, 2007; Szpytman i in., 2016). Niektórzy podkreślają indywidualne czynniki osobowościowe chorych, takie jak perfekcjonizm i bardzo duże ambicje, połączone z poczuciem małej efektywności (Nogal, Lewiński, 2008). Istotne w obrazie choroby wydają się też relacje w rodzinie chorego – wskazuje się tu na pewną sztywność (Eder i in., 2007) oraz nieumiejętność skutecznego rozwiązywania konfliktów (Szpytman i in., 2016). Wielu badaczy zwraca też uwagę na aspekt społeczno-kulturowy i obecny w przekazie medialnym ideał szczupłej (a często wręcz wychudzonej) sylwetki (Bator i in., 2011; Nowak, 2013; Szpytman i in., 2016).

Poszukując czynników ryzyka, które zwiększają podatność na zachorowanie, już w latach 80. XX wieku – jak wskazują Makara-Studzińska, Żoga i Grzywa (2006) – w piśmiennictwie zaczęły pojawiać się doniesienia łączące rozwój zaburzeń odżywiania z doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie. Kiemblowski (2002) w ramach prowadzonych w Polsce badań wykazał, że kobiety i mężczyźni różnią się w zakresie przewidywanych zachowań autodestrukcyjnych pojawiających

się w następstwie wykorzystywania seksualnego. Kobiety częściej zgłaszały zaburzenia odżywiania, natomiast mężczyźni – myśli o śmierci. Według innych autorów zwiększone ryzyko anoreksji i bulimii występuje u tych osób, które były obiektem wykorzystania seksualnego (Rome i in., 2003, za: Lwow, Dunajska, Milewicz, 2007). Izdebska (2009) na podstawie analizy różnych doniesień wskazuje na zaburzenia odżywiania jako możliwą wczesną konsekwencję wykorzystania seksualnego w dzieciństwie w obrębie sfery somatycznej, natomiast Hall i Hall (2011) omawiają je w kategoriach długoterminowych konsekwencji przemocy seksualnej.

Wskazany kierunek badań ma szczególne znaczenie w przypadku kobiet, ponieważ u nich zaburzenia odżywiania występują zdecydowanie częściej (Ziółkowska, 2014). Przyjmuje się, że mężczyźni stanowią ok. 10% pacjentów, u których rozpoznano problemy jedzeniowe (Bąk, 2008). Kobiety stanowią tu grupę ryzyka z uwagi na bardziej obciążające wymagania kulturowe i uwarunkowania biologiczne. Równocześnie dziewczyny są obarczone większym ryzykiem doświadczenia wykorzystania seksualnego (Kałka, 2007). Uzasadnione wydaje się zatem stosowanie prezentowanej hipotezy przede wszystkim względem kobiet. Tłumaczy to również, dlaczego autorzy większości przywoływanych badań skupili się w swoich pracach wyłącznie na jednej płci. Konieczne jest jeszcze wyjaśnienie tego, co rozumiane jest pod pojęciem wykorzystania seksualnego dziecka.

Wykorzystanie seksualne dziecka

Terminy wykorzystanie seksualne, krzywdzenie seksualne, wyzyskiwanie seksualne, molestowanie seksualne oraz nadużycie seksualne określają to samo zjawisko. Nie ma jednak zgody co do jednolitej definicji wykorzystania seksualnego dziecka (Beisert, 2012). Najpełniejszą (Kowalczyk, 2014) wprowadził *Standing Committee On Sexually Abused Children*:

Dzieckiem seksualnie wykorzystywanym uznać można każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeżeli jednostka dojrzała seksualnie przez działanie świadome lub przez zaniedbanie swoich społecznych obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko, dopuszcza do zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej.

(Baranowicz, 1998, za: Kowalczyk, 2014, s. 164)

Są też inne możliwości definiowania wykorzystania, na przykład propozycja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO):

Wykorzystanie seksualne dziecka to włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/ lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/ lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi między dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby. Aktywność taka może dotyczyć:

- 1. namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne;*
- 2. wykorzystywanie dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym;*
- 3. wykorzystywanie dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym.*

(za: Sajkowska, 2002)

Wszystkie wskazane ujęcia podkreślają negatywny charakter opisywanej aktywności seksualnej. Można zatem, zgodnie z tym, co proponuje Beisert (2012), uznać, że niezależnie od „konkretnego terminu dotyczącego aktywności seksualnej z dzieckiem istota określeń jest taka sama” (s. 42). Dla celów niniejszego opracowania przyjęto definicję, zgodnie z którą wykorzystanie seksualne dziecka to taka relacja, w której seksualność dziecka została przez dorosłego potraktowana w niewłaściwy (tj. naruszający normy prawne, społeczne lub rozwojowe) sposób, a wydarzenie to mogło mieć charakter dotykowy lub bezdotykowy.

Doświadczanie przemocy seksualnej w dzieciństwie a rozwój i przebieg anoreksji – przegląd badań

Poniżej zaprezentowano wybrane doniesienia z badań i opisy przypadków klinicznych, które w intencji ich autorów miały wyjaśnić, czy istnieje i jaki jest charakter związku między doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie

a rozwojem zaburzeń odżywiania i problemów jedzeniowych w okresie dojrzewania lub dorosłości.

Gáti, Tényi, Túry i Wildmánn (2002) opisują chorobę na anoreksję, u której zaburzenie to rozwinęło się na skutek doświadczenia molestowania seksualnego za pośrednictwem internetu. Dziewczyna przez większość tygodnia mieszkała z babcią, a na weekendy wracała do rodziców, gdzie spędzała czas głównie przed komputerem. W ten sposób nawiązała wirtualną znajomość z osobą, która przedstawiała się jako 22-letni student. Dziewczyna z czasem zaczęła otrzymywać od niego wiadomości o treści erotycznej. Początkowo na nie odpowiadała, ale kiedy mężczyzna opisał swoje marzenie podjęcia z nią seksu oralnego, próbowała wycofać się z kontaktu. Jej prośby, by w rozmowach nie pojawiały się wiadomości o charakterze seksualnym, były ignorowane. Mężczyzna przyznał się wreszcie, że naprawdę ma 51 lat i cierpi z powodu lęku przed kobietami. Dla dziewczyny był to szok. Sprawca przesyłał pacjentce wypowiedzi zawierające jego fantazje (przez badaczy określone jako perwersyjne). Po tym doświadczeniu nastolatka schudła 23 kilogramy przez restrykcyjne ograniczanie jedzenia. Spełniała wszystkie kryteria anoreksji wg DSM-IV. Autorzy uznali, że opisane wydarzenie bezpośrednio wpłynęło na rozwój anoreksji u pacjentki. Należy zauważyć, że wykorzystanie miało charakter bezdotykowy – relacja pacjentki ze sprawcą miała miejsce tylko w świecie wirtualnym.

Wentz, Gillberg, Gillberg i Råstam (2005) przebadali 48 młodych kobiet i trzech mężczyzn (średni wiek badanych wynosił 24 lata), u których 10 lat wcześniej rozpoznano anoreksję. W badaniu uczestniczyła także grupa kontrolna (łączna liczba uczestników wyniosła 102 osoby). Badani z rozpoznaniem anoreksji spełniali jej kryteria wg DSM-IV. Do oceny, czy w dzieciństwie miało miejsce wykorzystanie seksualne, zastosowano narzędzie Finkelhora (*Finkelhor Sexual Life Events Inventory*, Finkelhor, 1979, zaadaptowane do warunków szwedzkich przez Råstam, Gillberg, Gillberg, za: Wentz i in., 2005). Trzydzieści osób z rozpoznaniem anoreksji oraz siedem z grupy kontrolnej odmówiło wypełnienia kwestionariusza. Siedem osób z anoreksją i sześć z grupy kontrolnej zgłosiło doświadczenie wykorzystania seksualnego przed ukończeniem 18 r.ż., a po trzy osoby z każdej grupy – poniżej 10 r.ż. Osoby chore częściej doświadczały powtarzającego się wykorzystania. Wynik ten sugeruje, że nie tyle samo doświadczenie aktu przemocy seksualnej przyczynia się do rozwoju anoreksji, ile kluczowe znaczenie ma forma wykorzystania i jego charakter. Wentz i in. (2005) zwracają także uwagę na pewne ograniczenia swoich badań. By zapewnić osobom uczestniczącym w projekcie pełną anonimowość, takie dane, jak płeć ofiary

i płeć sprawcy nie były zbierane. Ponadto nie ma informacji na temat osób, które odmówiły wypełnienia narzędzia autorstwa Finkelhora. Dlatego autorzy przywołanej pracy nie formułują jednoznacznych konkluzji dotyczących związku przyczynowo-skutkowego między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a rozwojem anoreksji.

Carter, Bewell, Blackmore i Woodside (2006) wytypowali do swojego badania 113 pacjentek szpitala. Ostatecznie w projekcie wzięło udział 95 z nich (pozostałe zrezygnowały). Średni wiek badanych wynosił 25,5 roku, a średni wskaźnik masy ciała – 15. Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie zostało przez wskazanych badaczy zdefiniowane jako jakiegokolwiek niechciane doświadczenie seksualne angażujące kontakt fizyczny (w tym stosunek intrawaginalny), które miało miejsce przed 18 r.ż. (ze względu na to kryterium z analiz wyłączone sześć pacjentek wykorzystanych po tym, jak osiągnęły pełnoletniość). Ponieważ autorzy byli zainteresowani wpływem molestowania na anoreksję, wykluczyli te przypadki, gdzie wykorzystanie miało miejsce już po rozwinięciu się zaburzenia (dotyczyło to 12 pacjentek, które również wyłączone z analiz). Informacje na temat doświadczeń przemocy seksualnej badacze pozyskiwali za pomocą wywiadów. Najpierw pytano chore, czy doświadczyły takiego kontaktu seksualnego, którego sobie nie życzyły. Jeśli padała odpowiedź twierdząca, to osoba prowadząca wywiad dopytywała o rodzaj relacji między ofiarą a sprawcą, wiek ofiary, w którym doszło do wykorzystania, i ile razy molestowanie się powtórzyło. Ostatecznie do analizy danych wykorzystano materiał zebrany od 77 kobiet chorujących na anoreksję – 37 (48%) z nich zgłosiło doświadczenie bycia ofiarą wykorzystania seksualnego w dzieciństwie (zgodnie z przyjętą przez autorów definicją). Średni wiek, w którym były pacjentki, kiedy po raz pierwszy doszło do molestowania, wynosił 10,1 roku. Jeśli chodzi o relację ze sprawcą, to w przypadku 19 kobiet sprawcą była osoba znajoma, u sześciu wykorzystania dopuścił się partner, siedem kobiet doświadczyło wykorzystania ze strony członka najbliższej rodziny, dwie były molestowane przez osobę obcą, a w przypadku trzech sprawcy zostali zakwalifikowani w kategorii *inne* (np. lekarz, nauczyciel). Te pacjentki, które były w dzieciństwie ofiarami przemocy seksualnej, doświadczały trudności psychicznych o większym nasileniu – cierpiały z powodu depresji i zaburzeń lękowych, miały niższą samoocenę, przeżywały więcej trudności interpersonalnych oraz występowały u nich objawy o charakterze obsesyjno-kompulsyjnym. Sama anoreksja u tych kobiet, które były molestowane seksualnie w dzieciństwie, miała ostrzejszy przebieg. Pacjentki, które doświadczyły wykorzystania, częściej cierpiały z powodu przyczyszczającego typu anoreksji. Autorzy formułują następującą

konkluzję: ponieważ akt przeczyszczenia jest swoistą formą modulowania stanów wewnętrznych, to u osób, które doświadczały przemocy seksualnej, zachowania przeczyszczające rozwijają się jako pewien sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami pojawiającymi się w następstwie wykorzystania. Zaletą przywołanego badania z pewnością jest zastosowanie wywiadu, który umożliwił zebranie dodatkowych informacji o samym wykorzystaniu. Równocześnie autorzy jako słabość przeprowadzonych analiz wskazują wciąż niedostateczną ilość danych w tym obszarze (przede wszystkim odnosząc się do braku informacji na temat tego, czy miał miejsce pełen stosunek intrawaginalny czy też była to ze strony sprawcy próba odbycia takiego stosunku niezakończona powodzeniem) – zdaniem autorów ta zmienna mogłaby w sposób istotny różnicować badane.

Favaro i Santonastaso (2000, za: Carter i in. 2006) w swoich badaniach nad pacjentami spełniającymi kryteria anoreksji wg DSM-IV stwierdzili, że historia wykorzystania seksualnego w dzieciństwie stanowiła nie tyle czynnik ryzyka związany z rozwojem zaburzenia, ile predyktor umożliwiający trafne przewidzenie tego, u których pacjentów występowały akty samookaleczania. Na aspekt związany z samouszkodzeniami u chorych na zaburzenia odżywiania zwrócili też uwagę w swoich badaniach Claes i Vandereycken (2007). Przebadali oni 70 kobiet z rozpoznaniem anoreksji (32,9% – typ ograniczający, 25,7% – przeczyszczający) lub bulimii (41,4%). Zastosowali kilka narzędzi kwestionariuszowych, które miały dostarczyć informacji o autoagresywnych zachowaniach pacjentek, ich traumatycznych doświadczeniach z przeszłości (w tym wykorzystaniu seksualnym), impulsywności, zaburzeniach dysocjacyjnych, agresji, zawziętości i wrogości wobec innych. Prawie połowa (47,7%) badanych zgłosiła przynajmniej jedno doświadczenie związane z przemocą seksualną. Autorzy zauważyli, że kobiety chorujące na bulimię (67,9%) znacząco częściej niż te z rozpoznaniem anoreksji (typ restrykcyjny – 31,8%, typ przeczyszczający – 33,3%) przyznawały się do bycia ofiarą wykorzystania seksualnego. Okazało się, że istnieje związek między doświadczeniem wykorzystania przed 15 r.ż. a samookaleczaniem. Najsilniejszy związek z autoagresją miał miejsce, kiedy osoba doświadczała zarówno przemocy seksualnej, jak i fizycznej. W obu przywołanych badaniach wykorzystanie seksualne było pewnym elementem modyfikującym przebieg choroby, jaką jest zaburzenie odżywiania. Może wpływać na jego rodzaj, jak i obecność innych patologicznych form zachowania.

Racine i Wildes (2015) zwróciły szczególną uwagę na związek doświadczania w dzieciństwie jakiejś formy przemocy z nasileniem objawów anoreksji oraz trudnościami związanymi z regulacją emocjonalną. Badaczki zgromadziły dane 188

uczestników projektu – były to osoby, które ukończyły 16 lat, większość (95,7%) grupy stanowiły kobiety. Wykorzystano wywiad ustrukturyzowany (do zgromadzenia danych na temat przebiegu choroby) oraz kwestionariusze (do oceny trudności w regulowaniu emocji oraz rozpoznania traumy dziecięcej – to jest bycia ofiarą przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej). Okazało się, że tylko doświadczanie przemocy fizycznej nie było w ogóle związane z dysregulacją emocjonalną oraz nasileniem objawów anoreksji. Najsilniejszy był związek tych zmiennych z przemocą emocjonalną, ale wykazano go również w przypadku przemocy seksualnej. Zatem w tym badaniu także wykazano, że bycie ofiarą (nie tylko przemocy seksualnej) ma znaczenie w przebiegu anoreksji.

Rayworth, Wise i Harlow (2004) przebadaty kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania (w jednej grupie badawczej umieszczono chore z rozpoznaniem anoreksji, bulimii oraz kompulsyjnego objadania się) i otrzymane wyniki porównały z uzyskanymi u kobiet z grupy kontrolnej. Zaburzenia odżywiania i problemy jedzeniowe rozpoznawano za pomocą wystandaryzowanego wywiadu klinicznego. Ponadto osoby badane wypełniały *Kwestionariusz relacji interpersonalnych (Survey of Interpersonal Relationships)*. Narzędzie to miało umożliwić badaczkom wykrycie obecności w historii życia kobiet doświadczeń o charakterze przemocowym w dzieciństwie. Zwrócono uwagę, by do analizy włączyć te pacjentki, które przed zachorowaniem doświadczyły jakiejś formy przemocy. Wśród kobiet z rozpoznaniem problemów jedzeniowych 240 doświadczyło przemocy fizycznej, a 34 było w dzieciństwie ofiarami przemocy seksualnej. Nie wykryto związku między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a zachorowaniem na zaburzenia odżywiania. Równocześnie wykazano związek z przemocą fizyczną – najsilniejszy, gdy współwystępowała przemoc seksualna i fizyczna – wówczas prawdopodobieństwo występowania objawów zaburzeń odżywiania wzrastało trzykrotnie, a spełnienia wszystkich kryteriów DSM-IV – czterokrotnie.

Jedynie polskie badania w omawianym obszarze to projekt Makary-Studzińskiej (2011) przeprowadzony w grupie 299 osób w wieku 14–18 lat, z czego 100 osób chorowało na zaburzenia odżywiania (54 osoby z rozpoznaniem anoreksji i 46 bulimii), 99 osób było po próbie samobójczej i 100 osób nadużywało substancji psychoaktywnych. Zaburzenia odżywiania autorka opisuje jako jedną z form zachowań ryzykownych, na które może wpływać przemoc doznawana w dzieciństwie. Wśród osób z zaburzeniami odżywiania 56,68% doświadczało przemocy emocjonalnej, 26% przemocy seksualnej, a 14,29% przemocy fizyczno-emocjonalnej. Dziewczyny z anoreksją najczęściej były w dzieciństwie ofiarami przemocy emocjonalnej (57,41%) oraz seksualnej (24,07%). Co ciekawe, żadna z osób z anoreksją nie zgłosiła doświadczenia

w dzieciństwie przemocy fizycznej. Wynik ten diametralnie różni się zatem od doniesień przywoływanych wcześniej.

Można zaobserwować, że rezultaty cytowanych badań są niespójne. Smolak i Murnen (2002) na podstawie metaanalizy dotychczasowych badań uznały, że uprawomocniona jest teza o pewnym związku między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a zaburzeniami odżywiania, gdzie doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie wiąże się z większym ryzykiem rozwoju zaburzeń odżywiania. Brewerton (2007) mówi o molestowaniu seksualnym w dzieciństwie jako znaczącym, ale nieswoistym czynnikiem ryzyka zaburzeń odżywiania (to znaczy takim, który jest czynnikiem ryzyka także innych zaburzeń psychicznych). Większość badaczy zdaje się obecnie skupiać już raczej nie na wykazaniu samego wpływu doświadczenia wykorzystania seksualnego na rozwój anoreksji, ale na tym, jak przeżycie to modyfikuje przebieg choroby.

Doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie a jadłowstręt psychiczny – próby wyjaśnienia zjawiska

Jak teoretycznie można uzasadnić związek między doświadczeniem przemocy seksualnej w dzieciństwie a późniejszym przeżywaniem problemów jedzeniowych? Profesjonaliści proponują kilka koncepcji, które są pod pewnymi względami spójne – większość autorów zwraca uwagę na autoagresywny charakter zaburzeń odżywiania. W takim rozumieniu choroba jest swoistą formą karania złego ciała.

Psychodynamiczny opis zaburzeń odżywiania opublikowany przez Rossa (2009) to chyba najszersze ujęcie prezentowanego zagadnienia. Wskazuje on, że choroba taka jak anoreksja, umożliwia pacjentowi odzyskanie poczucia kontroli utraconej na skutek wykorzystania. Ofiary mogą czuć się zdradzone przez własne ciało, zwłaszcza jeśli podczas doznawania przemocy seksualnej pojawiła się u nich fizjologiczna reakcja podniecenia. W związku z tym chory podejmuje próby odzyskania kontroli nad swoją cielesnością i równocześnie karze złe ciało głodząc je. Takie działanie miałoby też uczynić ciało ofiary niedojrzałym i w związku z tym nieatrakcyjnym dla sprawcy. Zignorowane zostaje tu przez chorego to, że wykorzystanie miało miejsce jeszcze przed dojrzewaniem biologicznym. Coraz chudsze ciało ma się z czasem stać tak cienkie, że aż niewidzialne – dzięki czemu agresor nie będzie mógł go dostrzec. Odzyskanie kontroli nad ciałem wyraża się również w podejmowaniu prób powstrzymywania miesiączki. Jej zatrzymanie to przecież jeden ze skutków zbyt małej masy ciała. Chora głodzi się, by udowodnić, że panuje nad swoim organizmem i jego

biologiczną stroną. Miesiączka jako taka miałyby też przypominać ofiarom doświadczenie przeżytego gwałtu, co jest dodatkową motywacją do jej wyeliminowania. Kobiety, u których wykorzystanie przyjęło postać kontaktu oralnego, mogą unikać produktów spożywczych przypominających im swoim wyglądem bądź konsystencją nasienie lub członek. Ross (2009) wspominał przypadek pacjentki, która najczęściej spożywała zupę pomidorową z puszki określonej marki i nie przyjmowała żadnych stałych pokarmów. Autor przypuszczał, że chora była ofiarą kazirodztwa, a pokarmy stałe uległy generalizacji i zostały skojarzone z członkiem. Podobny przypadek opisuje też Zerbe (1993, za: Makara-Studzińska i in., 2006). Kobieta zmuszana przez ojca do kontaktów oralnych odbierała czynność jedzenia jako ponowne przeżywanie traumy, a szczególnie unikała mięsa, którego jedzenie narzucał jej ojciec. Ross (2009) opisuje również takie przypadki anoreksji, kiedy celem pacjentek było popełnienie samobójstwa przez zagłodzenie się lub przepracowanie traumy z dzieciństwa. W tej sytuacji ofiara walczy z jedzeniem, w związku na przykład z tym, że była obdarowywana słodyczami przez sprawcę. Tłumacząc zachowania przeczyszczające, Ross uważa, że chora poprzez wymioty oczyszcza swoje ciało ze złych emocji, a akt ten umożliwia jej odzyskanie poczucia stabilności.

Rorty i Yager (1996) opisują zachowania związane z zaburzeniami odżywiania jako sposób chorych na regulowanie napięcia, a przeczyszczanie miałyby służyć powrotowi do stanu równowagi emocjonalnej, a nie tylko niwelowaniu skutków objadania się. Carter i in. (2006) także podkreślają rolę przeczyszczania w modulowaniu stanów wewnętrznych i opisują je jako formę radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Rorty i Yager (1996) uznają przeczyszczanie za rodzaj autoagresji, którą należy łączyć ze wstydem ciała i odrazą do siebie, powstającymi w związku z doświadczeniem wykorzystania seksualnego.

Allen (2001, za: Makara-Studzińska i in., 2006) opisuje nadużywanie substancji psychoaktywnych, samookaleczanie i problemy jedzeniowe jako podejmowane przez osoby próby redukcji odczuwanego cierpienia.

Podsumowanie

Koncepcja, próbująca ukazać anoreksję jako konsekwencję traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa w postaci wykorzystania seksualnego, powstała już jakiś czas temu. Przeprowadzono wiele badań w tym obszarze, których wyniki różnią się między sobą. Choć niektórym udało się potwierdzić wskazany związek (Gáti i in., 2002; Makara-Studzińska, 2011; Wentz i in., 2005), to nie wszyscy uzyskali takie

wyniki (Rayworth i in., 2004). Współcześni autorzy w większości skupili się raczej na tym, jak doświadczanie przemocy seksualnej w dzieciństwie modyfikuje przebieg choroby (Carter i in., 2006; Claes, Vandereycken, 2007; Favaro, Santonastaso, 2000, za: Carter i in., 2006; Racine, Wildes, 2015).

Warto zauważyć, że pewne różnice w otrzymanych rezultatach mogły wynikać z rozbieżności metodologicznych. Autorzy różnie definiowali wykorzystanie seksualne – niektórzy uwzględniali tu zachowania bezdotykowe, podczas gdy inni brali pod uwagę tylko te formy kontaktu, które cechują się największą inwazyjnością, to jest naruszające granice ciała ofiary. Stosowano też różne metody badawcze mające pozwolić na określenie, czy dana osoba była wykorzystywana seksualnie w dzieciństwie (czasami były to narzędzia kwestionariuszowe, a w niektórych przypadkach wywiady) – co zdaniem badaczy może wpływać na liczbę dokonywanych ujawnień (Carter i in., 2006).

Smolak i Murnen (2002) na podstawie metaanalizy dotychczasowych badań uznały za uzasadnione mówienie o pewnym związku między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a zaburzeniami odżywiania. Inni badacze wskazują, że wykorzystanie seksualne jest nieswoistym czynnikiem ryzyka anoreksji (Brewerton, 2007). Część specjalistów zwraca uwagę na znaczenie obecności różnych form doświadczanej przemocy – zatem największe znaczenie miałyby nie tyle swoiste doświadczenia przemocy seksualnej, ile doświadczanie przemocy (seksualnej, emocjonalnej lub fizycznej) i zaniedbania w dzieciństwie w ogóle (Rayworth i in., 2004; Rorty, Yager, Rossoto, 2006; Sachs-Ericsson i in., 2012). Niektórzy zwracają natomiast uwagę na różnorodne aspekty sytuacji wykorzystania: czy był to akt kazirodczy, czy ofiara otrzymała po ujawnieniu odpowiednie wsparcie ze strony najbliższego otoczenia, jak to doświadczenie wpłynęło na jej postrzeganie własnego ciała (Brown, Finkelhor, 1986; Calam, Slade, 1989, za: Olejniczak, 2013; Smolak i in., 1990, za: Olejniczak, 2012), czy wykorzystanie miało charakter dotykowy czy bezdotykowy, czy doszło do penetracji (Carter i in., 2006).

Charakter związku zaburzeń odżywiania i seksualności jest złożony. Uwzględnienie trudnych doświadczeń z dzieciństwa w historii rozwoju zaburzenia u danej osoby może umożliwić lepsze zrozumienie tego, jakie funkcje pełni objaw w postaci problemowego zachowania jedzeniowego. Albisetti (2003, za: Szpytman i in., 2016) uważa wręcz, że najczęściej anoreksja jest patologiczną formą radzenia sobie z innymi problemami. Warty dostrzeżenia wydaje się postulat wysunięty przez Browna (1997, za: Treuer, Koperdák, Rózsa, Füredi, 2005), że podejście terapeutyczne do pacjentów z zaburzeniami odżywiania, którzy byli w dzieciństwie ofiarami wykorzystania seksualnego powinno być odpowiednio zmodyfikowane,

by mogło oferować im skuteczną pomoc w walce z chorobą. Carter i in. (2006) także sądzą, że przepracowanie traumy powinno być elementem terapii. Otwarte pozostaje jednak pytanie, czy praca terapeutyczna ukierunkowana na poradzenie sobie z doświadczeniem przemocy seksualnej powinna mieć miejsce przed terapią zaburzeń odżywiania, po niej, a może w jej trakcie. Vanderlinden, Vandereycken i Claes (2007, za: Claes, Vandereycken, 2007) zwracają szczególną uwagę na konieczność dokonania się w ramach terapii korzystnej zmiany związanej z postrzeganiem własnego ciała zwłaszcza u tych chorych, którzy byli ofiarami i doświadczyli związanej z tym traumy. Carter i in. (2006) podkreślają jednak, że być może chorzy z anoreksją, którzy byli ofiarami molestowania seksualnego w dzieciństwie, powinni podlegać intensywniejszej terapii dotyczącej ich problemów jedzeniowych (ze względu na wykazany przez tych autorów ostrzejszy przebieg choroby u tych pacjentów, co potwierdziły także badania Racine i Wildes [2015]). Ze względu na bardzo dużą powszechność zjawiska w populacji chorych słuszne wydaje się włączenie do rutynowych badań pacjentów z zaburzeniami odżywiania elementów umożliwiających odkrycie ewentualnych doświadczeń związanych z przemocą seksualną w dzieciństwie.

E-mail autorki: katarzyna.pilarczyk@amu.edu.pl.

Bibliografia

- Bator, E., Bronkowska, M., Ślepecki, D., Biernat, J. (2011). Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie, *Nowiny Lekarskie*, 80(3), 184–191.
- Bąk, D. (2008). Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn. *Psychiatria Polska*, 42(2), 167–178.
- Bąk-Sosnowska, M. (2009). Interwencja psychologiczna w zespole kompulsywnego jedzenia. *Psychiatria Polska*, XLIII(4), 445–456.
- Beisert, M. (2012). *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Sopot: GWP.
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285–304.
- Brytek-Matera, A. (2011). Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja – Edwarda Tory Higginsa. *Psychiatria Polska*, 45(5), 671–682 .
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257–269

- Claes, L., Vandereycken, W. (2007). Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviors in eating-disordered patients? *Eating Disorders*, 15(4), 305–315.
- Eating Disorders Coalition (2016). *Facts About Eating Disorders: What The Research Shows*. Pobrane z: http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/fact-sheet_2016.pdf.
- Eder, P., Stawczyk, K., Lehmann, A., Jankowiak, M., Cichy, W. (2007). Czy i jak można zapobiegać zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży – słów kilka o akcji informacyjnej dotyczącej anoreksji i bulimii organizowanej przez poznański oddział IFMSA – POLAND. *Nowiny Lekarskie*, 76(3), 242–245.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425–432.
- Gáti, A., Tényi, T., Túry, F., Wildmánn, M. (2002). Anorexia nervosa following sexual harassment on the Internet: a case report. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 474–477.
- Hall, M., Hall, J. (2011). The long-term effects of childhood sexual abuse: Counseling implications. Pobrane z: http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_19.pdf.
- Hill, A. J. (2007). Obesity and eating disorders. *Obesity reviews*, 8(1), 151–155.
- Izdebska, A. (2009). Konsekwencje przemocy seksualnej wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 8(4), 37–55.
- Katka, I. (2007). *Dzieci krzywdzone i wykorzystywane seksualnie. Poradnik dla nauczycieli, pedagogów i pracowników socjalnych*. Sosnowiec: Wydawnictwo Projekt-Kom.
- Kent, A., Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887–903.
- Kowalczyk, M. H. (2014). *Przestępcy seksualni. Zabójcy, gwałciciele, pedofile i ich resocjalizacja*. Toruń: Wydawnictwo naukowe UMK.
- Kiembłowski, P. (2002). Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 1(1), 1–28.
- Kráhe, B. (2005). *Agresja*. Gdańsk: GWP.
- Lwow, F., Dunajska, K., Milewicz, A. (2007). Występowanie czynników ryzyka jałowostwrety psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii*, 3(3), 33–38.
- Makara-Studzińska, M. (2011). Rola doświadczania przemocy w dzieciństwie w podejmowaniu zachowań ryzykownych w okresie adolescencji. *Horyzonty psychologii*, 1(1), 61–79

- Makara-Studzińska, M., Żoga, J., Grzywa, A. (2006). Zaburzenia odżywiania a doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie – przegląd badań. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(4), 297–300.
- Nagata, T., Kaye, W. H., Kiriike, N., Rao, R., McConaha, C., Plotnicov, K. H. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: a comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(4), 333–340.
- Nogal, P., Lewiński, A. (2005). Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa). *Endokrynologia Polska*, 59(2), 148–155.
- Nowak, K. (2013). Socjodemograficzne i rodzinne czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania młodzieży. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, 121–144.
- Nowogrodzka, A., Piasecki, B. (2012). Zaburzenia odżywiania – różnice międzyplciowe. *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 381–385.
- Olejniczak, M. (2013). *Funkcjonowanie psychoseksualne dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny*. Niepublikowana praca doktorska. Poznań: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
- Olejniczak, M. (2012). Jadłowstręt psychiczny a funkcjonowanie psychoseksualne dziewcząt. *Psychiatria*, 9(3), 77–82.
- Racine, S. E., Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 55–58.
- Rayworth, B. B., Wise, L. A., Harlow, B. L. (2004). Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*, 15(3), 271–278.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1122–1126.
- Rorty, M., Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex-posttraumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 773–791.
- Ross, C. A. (2009). Psychodynamics of Eating Disorder Behavior in Sexual Abuse Survivors. *American Journal Of Psychotherapy*, 63(3), 211–226.
- Sachs-Ericsson, N., Keel, P. K., Holland, L., Selby, E. A., Verona, E., Cogle, J. R., Palmer, E. (2012). Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 316–325.
- Sajkowska, M. (2002). Wykorzystywanie seksualne dzieci Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 1(1), 5–28.

- Sanci, L., Coffey, C., Olsson, C., Reid, S., Carlin, J. B., Patton, G. (2008). Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders in Females Findings From the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(3), 261–267.
- Sarol-Kulka, A., Kulka, Z. (2005). Obraz własnego ciała a seksualność kobiet z zaburzeniami odżywiania się. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 115–122.
- Smolak, L., Murnen, S. K. (2002). A Meta – Analytic Examination of Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136–150.
- Szpytman, A., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollár R., Kollárová, M., Bajger, B., Bojanowska, E. (2016). Współczesne dylematy zdrowotne młodzieży i dorosłych – anoreksja. *Journal of Clinical Healthcare*, 1, 13–16.
- Trafalska, E., Niedźwiedzka, M., Nowacka, E. (2010). Czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania wśród młodzieży łódzkiej – postrzeganie i kontrola masy ciała. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(4), 602–605.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S., Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 106–111.
- Tytko, O. (2016). *Zaburzenia odżywiania – oblicza znane i mniej znane*. W: M. Warchał (red.), *Cywilizacja zdrowia* (s. 133–148). Wydawnictwo internetowe: e-bookowo.
- Waller, G. (1993). Association of sexual abuse and borderline personality disorder in eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 259–263.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M. (2005). Fertility and history of sexual abuse at 10-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 294–298.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, J., Dansky, B. S., Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107–1115.
- Ziółkowska, B. (2014). *Psychospołeczne aspekty nienormalnej masy ciała*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Child sexual abuse and eating disorders

Women have been shown to be more likely to suffer from eating disorders than men and girls are more often victims of child sexual abuse than boys. Also, as Makara-Studzińska,

Żoga and Grzywa mentioned, the idea of the relation between child sexual abuse and eating disorders started to being described in the eighties. There were many studies that tried to examine the idea but the results were not conclusive. Different theories are trying to explain this connection describing eating disorders as a form of autoaggression and a way victims are trying to work through trauma. It has been suggested that there is a need for a modified therapeutic approach for abused patients with eating disorders like anorexia nervosa.

KEYWORDS:

CHILD SEXUAL ABUSE, EATING DISORDERS, ANOREXIA NERVOSA

Cytowanie:

Pilarczyk, K. (2016). Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie a zaburzenia odżywiania. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(2).



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska.