

Monika Olejniczak

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Jadłowstręt psychiczny a funkcjonowanie psychoseksualne dziewcząt

Anorexia nervosa and psychosexual functional of girls

Abstract

The aim of the essay is a presentation of basis psychosexual function of girls.

Anorexia nervosa is a disease which morbidity rate increases in a very fast way. Even 8 year-old girls start to suffer.

Researchers find the etymology of the problem on many levels and one of them is a negative attitude to sexuality and a desire to return to earlier development stages or stoppage of the adolescence/maturation process. There are varied explanations for attitudes towards the psychosexual adolescence development. One should consider a sexual abuse, premature appearing of secondary sex features or their appearance in general, the fear of life of adulthood (for example from making decisions or having children), an aversion to intimate relations or accepting female/male gender roles. We should not forget about the need of having the control of one's own body which is related to an attempt of blocking menstrual periods.

Psychiatry 2012; 9, 3: 77–82

key words: *anorexia nervosa, eating disorders, psychosexual development, sexual abuse*

Wstęp

Jadłowstręt psychiczny (AN, *anorexia nervosa*) jest zaburzeniem nawyków żywieniowych. Chorzy dążą do zmniejszenia wagi ciała poniżej norm określonych dla wieku i wzrostu. Anoreksja dotyczy głównie dziewcząt i młodych kobiet. Częstość występowania choroby w ciągu całego życia waha się między 0,5–3,7% populacji. Podkreśla się wpływ czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych. Leczenie jest długotrwałe i nie zawsze występuje poprawa stanu zdrowia lub pełne wyleczenie.

W okresie dojrzewania, który jest fazą normatywnego kryzysu wynikającego z burzliwie zachodzą-

cych przemian dokonujących się na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej, społecznej, młodzi ludzie przywiązują dużą wagę do atrakcyjności fizycznej, budowy ciała czy wyglądu. Jest to również okres podejmowania nowych ról społecznych, w tym także roli partnera seksualnego. Zaburzenia odżywiania często mają swój początek w okresie adolescencji, przez co mogą utrudniać lub opóźniać ten etap. Znacznie częstsze występowanie zaburzeń odżywiania (ED, *eating disorders*) zauważa się wśród kobiet, które mogą odbierać pojawianie się cech kobiecych negatywnie, gdyż budzi to w nich lęk.

W niniejszym opracowaniu autorka pragnie przedstawić różne perspektywy na temat związku pomiędzy seksualnością a AN.

Postawy dziewcząt względem seksualności

Należy wziąć pod uwagę, że obecnie średni wiek rozpoczęcia dojrzewania płciowego obniża się, na

Adres do korespondencji:
mgr Monika Olejniczak
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM
ul. Szpitalna 27/33, 60–572 Poznań

przykład w tej chwili średnia wieku dla wystąpienia pierwszej miesiączki wynosi 12,3 roku. Dziewczeta, u których oznaki dojrzewania pojawiają się wcześniej niż u rówieśniczek, mają więcej problemów z poczuciem własnej wartości. Przeżywają więcej stanów lękowych, depresyjnych, związanych z przystosowaniem się oraz częstsze próby samobójcze. Obniża się też wiek początku ED. Okres ten bardziej sprzyja spożywaniu alkoholu, narkotyków, paleniu tytoniu, przedwczesnym doświadczeniom seksualnym [1]. Dziewczeta także są bardziej narażone na krytykę dotyczącą wyglądu niż chłopcy.

Pracę odnośnie do postaw wobec seksualności przedstawili Abraham i Beumont [2]. Autorzy podzielili pacjentki na IV grupy: I — całkowicie wypiera seksualność, II — charakteryzuje się spowolnionym rozwojem psychoseksualnym, III — ma już za sobą doświadczenia seksualne, ale na ogół jest bierna, IV zaś — aktywna. Podział ten wskazuje na różnorodność postaw w stosunku do seksualności wśród dziewcząt chorych na AN.

Wykazano różnice międzygrupowe. Pacjentki z grupy I całkowicie wypierają seksualność, są bardzo sztywne, a utrata wagi jest spowodowana dietą. Zmiany następujące w okresie dojrzewania traktują jako oznakę choroby. Mają bardzo negatywne nastawienie do dojrzewania płciowego, miesiączki, współżycia (również małżeńskiego) i masturbacji. Charakteryzują się małą wiedzą o anatomii ciała ludzkiego, antykoncepcji i nie są tym zainteresowane. Grupa II charakteryzuje się spowolnionym rozwojem psychoseksualnym; dziewczeta tracą wagę przez restrykcyjną dietę i ćwiczenia. Epizody bulimiczne występują bardzo rzadko. Sporadycznie oglądają swoje ciało w lustrze. Są lękowo nastawione do współżycia czy macierzyństwa. Co ciekawe, pacjentki z tej grupy sporadycznie dopuszczają się masturbacji. W grupie III epizody bulimiczne są częstsze. Pacjentki często wnikają się w różnorodne związki, jednak zaprzeczają płynącej z nich przyjemności. Początek choroby przypada u nich na okres rozpoczęcia dojrzewania płciowego. Grupa IV charakteryzuje się częstymi epizodami bulimicznymi. Pacjentki te są aktywne seksualnie, ale jednocześnie budzi to w nich lęk i niechęć. Autorzy sugerują, że te dziewczeta przejawiają cechy histrioniczne [2].

Zdaniem Hepp i wsp. [3] redukcja wagi może być interpretowana jako tłumienie drugorzędowych cech płciowych, menstruacji, redukcji libido oraz wyparcia ról kobiecych.

Vaz-Leal i Salcedo-Salcedo [4] przeprowadzili badanie dotyczące ustosunkowania się do seksualności u dziewcząt chorych na AN w porównaniu z grupą kontrolną. Doszli do wniosku, że dziewczeta cierpiące z powodu AN masturbują się z taką samą częstotliwością, jak osoby z grupy kontrolnej, ale jest to traktowane jako kompensacja spowodowana wyizolowaniem społecznym oraz problemami w kontaktach interpersonalnych. Stwierdzili również, że jeśli do danej aktywności seksualnej jest niezbędna obecność partnera (np. współżycie) i wymaga zaangażowania, to jest ona odrzucona przez pacjentki z ED [4]. Ten wniosek znajduje również potwierdzenie we wcześniejszych obserwacjach przeprowadzonych przez Calam i Slade (1989; w: [4]) którzy wskazali, że istnieją głębokie zahamowania u pacjentek chorych na AN.

Vaz-Leal i Salcedo-Salcedo [4] stwierdzili również, że zahamowanie występuje szczególnie wówczas, kiedy jednostka jest zmuszona do kontaktów towarzyskich (np. randki).

Ruuska i wsp. [5] również zbadali stosunek do dojrzewania płciowego dziewcząt chorych na AN w okresie adolescencji. Poparli tezę, że pacjentki z AN mają bardziej negatywne nastawienie do seksualności niż dziewczeta chorujące na bulimię psychiczną [5]. Autorzy poruszają też aspekt przedwczesnego dojrzewania płciowego — ich zdaniem może ono spowodować negatywne nastawienie do ciała, a w konsekwencji doprowadzić do ED. Niektórzy uważają, że wczesny wiek rozpoczęcia miesiączkowania ma wpływ na występowanie ryzyka ED [6]. Zdaniem autorów wstyd i zażenowanie seksualnością często występują u chorych na ED. Badacze uważają jednak, że problemową kwestią jest ustalenie, co jest pierwotne, a co wtórne — AN czy negatywne postawy względem seksualności. Spekulują, że negatywne nastawienie może być także skutkiem niedożywienia, choć skłonni są przyjmować wtórność AN. W tych badaniach również zostało potwierdzone, że dziewczeta chore na AN wypierają i boją się swej seksualności [6].

Istnieje pogląd, że negatywne nastawienie odnośnie do seksualności stanowi część ogólnej konstelacji osobowości u pacjentek, a nie jest wyłącznie predyktorem AN i nie musi być powiązane na przykład z długością trwania choroby [6].

Wyniki badań Rotschild, Fagan, Woodall i Andersen [7] dowiodły, że pacjentki chore na obydwa typy AN, a także na bulimię psychiczną mają ubogą satysfakcję seksualną, a chore na AN o typie restrykcyjnym dodatkowo posiadają bardzo ubogie fantazje sek-

sualne w porównaniu z innymi grupami. Crisp (1967; w: [7]) rozpatrywał AN jako próbę rozwiązania dylematu dojrzewania seksualnego w kontekście pouczenia przez jednego z rodziców, że seksualność jest czymś złym. Bruch (1981; w: [7]) uważa, że „zmiany w okresie dojrzewania, wzrost wagi, zmiana kształtów, menstruacja, nowe doznania reprezentują niebezpieczeństwo, utratę kontroli. Zaabsorbowanie wagą jest próbą przeciwdziałania obecności strachu, a sztywna dieta jest powstrzymywaniem ciała przed dojrzewaniem”. Pacjentki z ED reprezentują również postawę niezadowolenia z własnej seksualności.

Abraham i Beumont [2] twierdzą, że być może wpływ na zachowania seksualne mają cechy osobowości, a nie anorektyczne zachowania.

Inną kwestią jest przyjmowanie bądź nie roli przypisanej dla danej płci w społeczeństwie. Zdaniem Sri-kameswaran i wsp. [8] dziewczęta chore na AN nie identyfikują się z rolą kobiecą. Istniał pogląd, że pacjentki poprzez niejedzenie hamują rozwój kobiecości, mają awersję do kobiecych kształtów (Crisp, 1977 w: [8]). Jednak później ci sami autorzy obalili tę hipotezę.

Tematem wyparcia dojrzałej kobiecości i seksualności zajęli się również Sitnick oraz Katz [9]. Uznali oni, że nastawienie do oznak dojrzewania, na przykład wystąpienie miesiączki, może być predyktorem zaburzeń odżywiania. Według Bruch (1973; w: [9]) przyszła pacjentka jest narażona na konflikty związane z autonomią i inicjatywą oraz z tego względu jest nieprzygotowana do podjęcia próby niezależności i obowiązków, które rozpoczynają się w okresie adolescencji. Zdaniem autorów pacjentka reaguje na zmiany biologiczne związane z dojrzewaniem przez wycofanie się z dorosłego życia, przy jednoczesnej chęci uzyskania kontroli. Również to zdanie podziela Boskind-Lodahl (1976; w: [9]) oraz Orbach (1987; w: [9]).

Warto tu jednak wspomnieć, że obecnie męskość i kobiecość nie są już postrzegane jako przeciwstawne, ale jako współlistniejące. Według Bem (1977; w: [9]) androgyniczna koncepcja mówi o tym, że osoba każdej płci może manifestować połączenie męskości i kobiecości. Istnieje pogląd, że postawa feministyczna wpływa na redukcję siły związku między ideałem kobiecości kreowanym przez media oraz jego internalizacją [10].

Januszek [11] stwierdziła, że pojawiająca się miesiączka, a później jej zanik mogą być postrzegane jako brak akceptacji seksualności i unikanie dorosłości, co w okresie dojrzewania może prowadzić do AN. Zdaniem Wiederman występuje lęk przed

dorastaniem [12, 16, 17]. Autorka zauważa również, że dziewczęta chore na AN nie chcą mieć dzieci, mają problemy z wejściem w intymną relację partnerską. Ghizzani i Montomoli [13] uważają, że chudość stanowi ucieczkę od atrakcyjności, chroniącą przed relacjami intymnymi, które stają się powodem lęku.

Istnieje pogląd, że zmiany w funkcjonowaniu hormonalnym spowodowane chorobą mogą powodować spadek zainteresowania seksualnością (Simson i Romberg, 1992; w: [13]). Zwraca się też uwagę, że niska waga ciała i zmiany hormonalne wpływają na libido i choroba może być pierwotna w stosunku do zainteresowań seksualnością [14]. Według Pinheiro i wsp. 75% kobiet z ED skarży się na niskie libido i lęk przed seksualnością [15].

Eddy i wsp. [14] twierdzili, że dziewczęta reprezentujące typ restrykcyjny AN są dużo bardziej dziecinne i sztywniejsze w swoich postawach wobec seksualności. Badacze potwierdzili również spadek zainteresowania oraz brak aktywności seksualnej w tej grupie. Zwrócili uwagę na problem natury metodologicznej. Ich zdaniem trudno jest zoperacjonalizować postawy dotyczące seksualności u pacjentek z ED, gdyż ta grupa mówi niechętnie na ten temat. Westen i Harnden-Fischer [14] podzielili pacjentki z ED na 3 grupy, by lepiej zrozumieć ich postawy względem seksualności. Pierwsza charakteryzowała się perfekcjonizmem, sumiennością, empatią oraz samokrytycyzmem, poczuciem winy i lęku. W skład 2. grupy wchodziły dziewczęta z nieprawidłowym rozwojem osobowości, depresyjne, z tendencją do unikania związków międzyludzkich. Trzecia grupa charakteryzowała się niską umiejętnością kontroli emocji, patologią na wielu płaszczyznach, impulsywnością z tendencją do poszukiwania płytkich emocjonalnie związków i autodestrukcją. Te 3 grupy były powiązane z diagnozą ED. Wyższa częstotliwość występowania AN była w grupie 1. Relacja seksualności z zaburzeniami odżywiania może być w tym kontekście również taka, że pacjentki z tą samą diagnozą ED, ale różnymi typami osobowości mogą manifestować różne postawy względem seksualności czy regulacji emocji. Autorzy sugerują również, by związek ED i seksualności rozpatrywać w kontekście rozwojowym [14]. Biorą pod uwagę między innymi wykorzystanie seksualne mające miejsce w dzieciństwie, ubogie związki w najmłodszych latach z rodzicami (w szczególności z ojcem). Pinheiro i wsp. [15] podkreślili, że pacjentki o typie restrykcyjnym AN są mniej skłonne do tworzenia związków oraz podjęcia współżycia niż te, które chorują na bulimię. Według Bar-

dwick (1971; w: [16]) problem leży również w sprawie radzenia sobie ze stresem — kobiety z jednej strony czują społeczny przymus bycia w tradycyjnej roli kobiecej, a z drugiej chcą być bardziej niezależne. Kłopotliwa jest dla nich także kwestia dotycząca wyglądu.

Podsumowując związek pomiędzy ED a seksualnością, należy zauważyć, że wydaje się on problemowy od początku prób jego wyjaśnienia. Początek dojrzewania, w szczególności miesiączkowanie oraz podejmowanie aktywności seksualnej, jest rozpatrywany jako potencjalne ryzyko dla rozwoju ED. Fornari i Dancyger (2003; w: [17]) zauważają, że „to nie przedwczesne dojrzewanie samo w sobie jest przyczyną, ale negatywne spostrzeganie własnego ciała w połączeniu z nim jest punktem krytycznym”. Zdaniem Mangweth-Matzek i wsp. [17] ED istotnie koreluje z wyparciem cielesności i sztywnym klimatem w rodzinie dotyczącym nagości czy rozmów o seksualności. Powiązanie tych czynników wymaga dalszych badań.

Jadłowstręt psychiczny a seksualność w rozumieniu psychoanalitycznym

Istotny wpływ na rozumienie zaburzeń odżywiania miała psychoanaliza i przypadek Anny O. [18]. Freud stwierdził, że jadłowstręt wiąże się z melancholią i występuje u „niedojrzałych seksualnie dziewcząt”. W rozumieniu psychodynamicznym w okresie adolescencji jest budowana tożsamość psychoseksualna, jednak u osób z ED proces ten jest bardziej konfliktowy. Istnieją różne podejścia autorów w tej kwestii — kładzie się nacisk na słabe ego, konflikt w fazie edypalnej, zaburzenia fazy oralnej, a także na zatrzymanie tendencji rozwojowych.

Przy słabym ego szuka się wsparcia u rodziców w radzeniu sobie z własnym popędem. Skutkiem tego jest rezygnacja z własnych pragnień seksualnych i osiągnięcia dojrzałości psychoseksualnej [18].

U pacjentek z AN występuje regresja do wcześniejszych faz rozwojowych w zetknięciu z konfliktem edypalnym. Jeśli następuje powrót do fazy latencji, to dziewczęta są nadmiernie podporządkowane, a odmowę jedzenia traktują jako bunt i podkreślenie własnej odrębności.

W fazie edypalnej mamy do czynienia z nieświadomymi fantazjami. Pokarm w żołądku symbolizuje ciążę, a czynność spożywania jest fantazją oralną. Niejedzenie stanowi walkę z popędami seksualnymi. Także Vaz-Leal i Salcedo-Salcedo [18] poruszają kwestię, że jadłowstręt psychiczny o typie restrykcyjnym jest wyjaśniany wewnątrz systemu jako odrzucenie

fantazji zajęcia w ciążę poprzez jedzenie w fazie popędów edypalnych.

Powrót do fazy analnej wiąże się z tendencjami masochistycznymi. Głodzenie się jest formą autodestrukcji [18]. Jadłowstręt psychiczny jako rodzaj samobójstwa był zauważony również przez Ross [19].

Scott [14] ukazuje podejście psychodynamiczne, twierdząc, że mechanizmy obronne nie są kierowane przeciwko eksternalizacji, ale przeciwko rozwojowi płciowemu do wewnątrz; przedstawia regresję jako porzucenie seksualności-płciowości, a gdy impulsy seksualne znikają ze świadomości występuje też fiksacja na poziomie oralnym. Sugeruje również, że pacjentki dążą do ascezy i aseksualnego życia.

Podsumowując, perspektywa psychoanalityczna wskazuje, że AN jest wyparciem kobiecości. Dziewczęta odmawiają jedzenia, czując strach przed oralnym zapłodnieniem. Zachowania bulimiczne wydają się sprzeczne w stosunku do pragnienia zajęcia w ciążę. Jadłowstręt psychiczny jest regresją do poziomu sprzed okresu adolescencji, kiedy nie występuje miesiączka, wygląd jest dziecięcy i mamy do czynienia z odmową seksualności [20].

Anoreksja psychiczna a molestowanie seksualne

Stopień, w jakim mogą być powiązane ED z wykorzystywaniem seksualnym bądź innymi czynnościami seksualnymi, jest szeroko badany i niesie za sobą dużo implikacji. Ross [19] przedstawił aspekt wykorzystania seksualnego w dzieciństwie z występowaniem ED. Należy pamiętać, że molestowanie nie jest bezpośrednią przyczyną problemów z jedzeniem, ale może wywierać wpływ na ED [21]. Ross [19] uważa, że wiele ofiar może się czuć „zdradzonych” przez swoje ciało, gdy wykorzystywanie wywołało fizjologiczne podniecenie. W efekcie chcą je ukarać i zagłodzić, a także uzyskać kontrolę nad zdradzieckim ciałem przez ograniczanie bądź całkowitą rezygnację z jedzenia. Taką kontrolę chcą też uzyskać poprzez powstrzymanie miesiączki. Czasami bywa tak, że przypomina im ona gwałt. Autor również postrzega jadłowstręt psychiczny jako symbol lęku przed oralnym zapłodnieniem, o czym już wspomniano wcześniej. Badacz przedstawił ciekawy przypadek pacjentki, która spożywała najczęściej zupę pomidorową. Nie jadła pokarmów stałych w żadnej postaci, a przyjmowała jedynie płyny. Mieszkała z rodzicami, jednak zrezygnowała ze swojego pokoju i urządziła sypialnię na strychu. Badacz po upływie czasu doszedł

do wniosku, że pacjentka mogła być ofiarą kazirodztwa. Dziewczynka cierpiała na AN o typie restrykcyjnym, a pokarmy stałe uległy generalizacji i zostały skojarzone z męskim członkiem.

Istnieje domniemanie, że dążenie do ekstremalnej szczupłości u ofiar wykorzystania seksualnego ma na celu spowodować, by ciało było nieatrakcyjne pod względem seksualnym, jednak ta strategia ignoruje fakt, że wykorzystanie miało miejsce w okresie dziecięcym [21].

Autor porusza również kwestię przepracowania dziecięcej traumy. Pacjentka „walczy” z jedzeniem jako osoba dorastająca lub dorosła, gdyż jako dziecko mogła być obdarowywana słodyczami przez swojego sprawcę. Występuje również motyw „oczyszczania” ciała po molestowaniu z nasienia i złych emocji. Smolak i wsp. [21] przeprowadzili badania wśród studentek dotyczące związku między wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie (CSA, *child sexual abuse*) a ED. Wyniki badań pokazały, że ofiary molestowania miały wyższy wskaźnik w kwestionariuszu zaburzeń odżywiania (EDI, *eating disorder inventory*). Autorzy wywnioskowali, że ofiary wykorzystania były bardziej skłonne rozwijać postawy i zachowania powiązane z ED, ale nie ma bezpośredniej zależności między CSA i ED. Sugerują jednak, że wsparcie rodziny ma ogromny wpływ na to, jaki skutek może nieść za sobą molestowanie, czy rozwiną się reakcje psychopatologiczne, czy nie [21].

Należy wspomnieć o studium przypadku dotyczącym pacjentki chorej na AN, która doświadczyła molestowania seksualnego przez internet [22]. Pacjentka między 14. a 16. rokiem życia w weekendy przebywała u rodziców (wychowywana przez dziadków) i wówczas spędzała czas, korzystając z internetu. Miała niewielką ilość znajomych w realnym świecie. Nawiązała wirtualny kontakt z osobą, która przedstawiła się jako 22-letni student. Rok wcześniej miała znajomość internetową, ale została ona zakończona na prośbę ojca pacjentki. Początkowo nowy znajomy był nieśmiały, zainteresowanie seksualne dziewczynką oraz wiadomości o treści erotycznej pojawiły się po pewnym czasie. Pacjentkę ogarnął lęk, gdy okazało się, że mężczyzna ma 51 lat i cierpi na fobię społeczną oraz jest niezdolny do kontaktów intymnych w realnym świecie.

Po tym zdarzeniu dziewczynka schudła 28 kilogramów poprzez restrykcyjne ograniczanie jedzenia. Spełniała wszystkie kryteria AN w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV). Warto dodać, że pacjentka miała trudności z zerwaniem tej wirtualnej znajomości. Zdaniem Connors i Morse (1993, w: [22]) występuje tu związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy traumą o podłożu seksualnym a ED.

Calam i Slade [23] twierdzą, że niepożądane doświadczenia seksualne mogą prowadzić do niezadowolenia z wyglądu ciała albo poczucia winy odnośnie do niektórych partii ciała. Niska satysfakcja z wyglądu lub jej brak jest cechą zaburzeń odżywiania (Garfinkel i wsp. 1992; w: [23]), dlatego może istnieć związek pomiędzy niechcianymi doświadczeniami seksualnymi a AN czy bulimią psychiczną (Oppenheimer i wsp. 1985; Weller i wsp. 1994; w: [23]).

Podsumowując, trauma (szczególnie wykorzystanie seksualne w dzieciństwie) może się wiązać z rozwojem ED [24, 25]. Istnieje pogląd, że być może fizyczne wykorzystanie jest ważnym czynnikiem w rozwoju zniekształconego obrazu siebie, a nawet może być bardziej istotne niż wykorzystanie seksualne (jak np. nakłanianie do oglądania pornografii) [25].

Podsumowanie

W pracy tej ukazano niektóre aspekty związku AN z funkcjonowaniem seksualnym.

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem o wieloczynnikowej etiopatogenezie. Każda teoria psychologiczna ma odmienny sposób wyjaśniania i leczenia tego zaburzenia, ale pionierem był model psychoanalityczny. Biorąc pod uwagę, że AN charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem śmiertelności wśród wszystkich zaburzeń psychicznych, nie należy bagatelizować żadnego czynnika, a leczenie powinno być wieloaspektowe. Problem związku seksualności i ED wydaje się bardzo złożony. Piśmiennictwo nie daje jednoznacznej odpowiedzi na szereg pytań. Nie należy zapominać, że wiele czynników wpływa na występowanie AN, a postawy odnoszące się do dojrzewania seksualnego i przyjmowania roli są tylko jednym z nich. Relacja ta wymaga dalszych badań uwzględniających wiedzę biologiczną i psychologiczną.

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie postaw funkcjonowania psychoseksualnego dziewcząt.

Jadłowstręt psychiczny (AN) jest chorobą, której zachorowalność wzrasta w szybkim tempie. Zaczynają na nią chorować już 8-letnie dziewczynki. Badacze doszukują się etiologii problemu na wielu płaszczyznach, a jedną z nich jest negatywny stosunek do seksualności i chęć powrotu do wcześniejszych faz rozwojowych bądź zatrzymanie procesu dorastania. Istnieją różnorodne wytłumaczenia postaw odnoszących się do dojrzewania psychoseksualnego. Pod uwagę należy brać molestowanie seksualne, przedwczesne pojawienie się drugorzędowych cech płciowych, bądź wystąpienie ich w ogóle, lęk przed dorosłym życiem (m.in. podejmowaniem decyzji czy posiadaniem dzieci), niechęć do relacji intymnych, a także przyjmowanie ról związanych z płcią. Nie należy także zapominać o potrzebie posiadania kontroli nad własnym ciałem, co wiąże się z próbą zatrzymania menstruacji.

Psychiatria 2012; 9, 3: 77–82

słowa kluczowe: *jadłowstręt psychiczny, zaburzenia odżywiania, rozwój psychoseksualny, wykorzystanie seksualne*

Piśmiennictwo

1. Meine M., Bunnell D.W. A Perfect Biopsychosocial storm. W: Meine M., Mc Gilley B.H., Bunnell D.W. (red.). Treatment of eating disorders. Elsevier Inc. United States of America 2010: 3–16.
2. Abraham S., Beumont P.J.V. Varieties of psychosexual experience in patients with anorexia nervosa. *Int. J. Eat Disord.* 1982; 3: 10–19.
3. Hepp V., Spindler A., Milos G. Eating disorder symptomatology and gender role Orientation. *Int. J. Eat Disord.* 2005; 3: 227–233.
4. Vaz-Leal F.J., Salcedo-Salcedo M.S. Sexual adjustment and eating disorders: differences between typical and atypical anorexic adolescent females. *Int. J. Eat Disord.* 1992; 1: 11–19.
5. Ruuska J., Kaltiala-Heino R., Koivisto A.M., Rautanen P. Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients. *Eur. Child and Adolesc. Psychiatry.* 2003; 12: 214–220.
6. Leon G.R., Lucas A.R., Ferdinand R.F., Mangelsdorf C., Colligan R.C. Attitudes about sexuality and other psychological characteristics as predictors of follow-up. *Status in Anorexia Nervosa.* *Int. J. Eat Disord.* 1987; 4: 477–484.
7. Rotschild B.S., Fagan P.J., Woodall C., Andersen A.E. Sexual functioning of female eating-disordered patients. *Int. J. Eat Disord.* 1991; 4: 389–394.
8. Srikantharajan S., Honours B.A., Lechner P., Harper D. Sex role ideology among women with anorexia nervosa and bulimia. *Int. J. Eat Disord.* 1984; 3: 39–43.
9. Sitnick T., Katz J.L. Sex role identity and anorexia nervosa. *Int. J. of Eat Disord.* 1984; 3: 81–87.
10. Levine M.P., Meine M. Are media an important medium for Clinicians? W: Meine M., Mc Gilley B.H., Bunnell D.W. (red.). Treatment of Eating Disorders. Elsevier Inc. United States of America 2010: 53–67.
11. Januszek K. Some aspects of sexual identity of girls suffering from anorexia nervosa. *Arch. of Psychiatry and Psychotherapy* 2007; 3: 53–62.
12. Wiederman M.W. Women, sex and food: a review of research on eating disorders and sexuality. *The Journal of Sex Research* 1996; 4: 301–311.
13. Ghizzani A., Montomoli M. Anorexia nervosa and sexuality in women: A Review. *J. Sex. Edu. Ther.* 2000; 1: 80–88.
14. Eddy K.T., Novotny C.M., Westen D. Sexuality, personality and eating disorders. *Eat Disord.* 2004; 12: 191–208.
15. Pinheiro A.P., Raney T.J., Thornton L.M. i wsp. Sexual functioning in women with eating disorders. *Int. J. Eat Disord.* 2010; 43: 123–129.
16. Scott D.W. The Involvement of psychosexual factors in the causation of eating disorders: time for reappraisal. *Int. J. Eat Disord.* 1987; 2: 199–218.
17. Mangweth-Matzek B., Rupp C.I., Hausmann A. i wsp. Puberty and first sexual activities in eating-disordered patients as compared with a psychiatric and a nonpsychiatric control group. *Int. J. Eat Disord.* 2007; 40: 705–710.
18. Nogas G. Rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.). Anoreksja i bulimia psychiczna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 72–82.
19. Ross A.C. Psychodynamics of eating disorder behavior in sexual abuse survivors. *Am. J. of Psychotherapy* 2009; 3: 211–226.
20. Cantelon L.J., Lechner P.P., Harper D.W. Sex-role conflict in women with eating disorders. *Int. J. Eat Disord.* 1986; 2: 317–323.
21. Smolak L., Levine M.P., Sullins E. Are child sexual experiences related to eating-disordered attitudes and behaviors in a College Sample. *Int. J. Eat Disord.* 1990; 2: 167–178.
22. Gati A., Tencji T., Tury F., Wildmann M. Anorexia nervosa following sexual harassment on the Internet: A Case report. *Int. J. Eat Disord.* 2002; 31: 474–477.
23. Calam R., Griffiths R., Slade P. Eating disorders, body satisfaction and unwanted sexual experience: UK, Australian and V.S. Data. *Eur. Eating Dis. Rev.* 1997; 5: 158–169.
24. Anderson D.A., Lavender J.M., De Young K.P. The Assessment Process. W: Meine M., Mc Gilley B.H., Bunnell D.W. (red.). Treatment of eating disorders. Elsevier Inc. United States of America 2010: 71–87.
25. Treuer T., Koperdak M., Rozsa S., Furedi J. The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *Eur. Eat Disorders Rev.* 2005; 13: 106–111.