

BERNADETTA IZYDORCZYK  
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

## **TRAUMA A WZORZEC OBJAWÓW IMPULSYWNYCH U KOBIET CHORUJĄCYCH NA BULIMIĘ PSYCHICZNĄ I KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ**

### **WSTĘP**

Bulimia psychiczna oraz zespół kompulsywnego objadania się to typy zaburzeń odżywiania, które cechują się silną i niekontrolowaną, impulsywną symptomatologią. Autodestruktywny charakter impulsywnych objawów objadania się, prowokowania wymiotów i przeczyszczenia ciała doprowadza do fizycznego wyniszczenia organizmu oraz silnej deprivacji potrzeb psychospołecznych chorej osoby. W sytuacji omawianych chorób osoba ujawnia destrukcyjne dla zdrowia i wyniszczające ciało objawy bulimicznych cykli (w przypadku bulimii – wg ICD10 F50.2; F50.3) bądź napady gwałtownego, niekontrolowanego jedzenia (w przypadku zespołu kompulsywnego objadania się – ICD10 – F50.4).

Poszukiwanie związków pomiędzy doświadczonymi w życiu traumami psychicznymi a psychologicznym funkcjonowaniem osób z objawami kompulsywnego objadania oraz cyklami bulimicznymi (objadanie, prowokowanie wymiotów i/lub stosowanie środków przeczyszczających) może być tłumaczone na wiele sposobów. Ciekawe dane na temat wzajemnych powiązań między więzią psychiczną a objawami bulimii i anoreksji psychicznej podają współczesne teorie więzi i teoria mentalizacji. W obu podkreśla się znaczący wpływ negatywnych doświadczeń emocjonalnych i deficytów w zakresie pozytywnej więzi z opiekunem na rozwój zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń międzyludzkich relacji.

Począwszy od teorii relacji z obiektem reprezentowanymi m.in. koncepcjami Melanie Klein, Ottona Kernberga, Margaret Mahler, Williama Ronalda Doddsa Fairbairna, Donalda Winnicotta po teorie przywiązania Bowlby'ego (1982, 2008), aż do współczesnych badaczy teorii więzi, problematyka przywiązania jest stale wskazywana jako znacząca w powstawaniu zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia osobowości i zaburzenia odżywiania (Józefik, 2006; Józefik, Iniewicz, Ułasińska, 2010). Analizując wyniki badań na temat specyfiki emocjonalnych więzi u osób z zaburzeniami odżywiania, warto zwrócić także uwagę na podejście teorii systemowych do wyjaśniania związku między wzorcami budowania emocjonalnych więzi między członkami najbliższej rodziny a rozwojem u nich zaburzeń odżywiania (anoreksji i bulimii psychicznej). Z perspektywy systemowego rozumienia funkcjonowania rodziny, myślenia o patogenie zaburzeń odżywiania można postawić hipotezę o związku, jaki istnieje między rozwojem zaburzeń odżywiania a specyficznymi wzorcami rodzinnymi, które utrudniają osiąganie autonomii i nie pozwalają na otwarte komunikowanie swoich potrzeb i uczuć (Józefik, 2006; Minuchin, 1978; Weber, Stierlina, 1991, za: Józefik 2006; Selvini Palazzoli, Viaro, 1988, za: Józefik 2006).

Reasumując dane źródłowe teorii psychoanalitycznych i podejścia psychodynamicznego poszukujących uwarunkowań zaburzeń odżywiania, warto podkreślić, że wspomniane powyżej teorie i badacze je reprezentujący nie pomijają znaczącej roli czynników psychologicznych w genezie zaburzeń odżywiania (Favaro, Santonastaso, 1998; Keel i in., 1997, 1999, 2000a, b, 2001, 2010; Waller, 2014). Wśród czynników wskazywanych jako istotne w rozwoju objawów bulimii oraz kompulsywnego objadania się, wymienia się zaburzenia w regulacji impulsów, deficyty w regulacji emocjonalnej (Lacey, Evans, 1986; Mikołajczyk, Samochowiec, 2004; Bąk-Sosnowska, 2009; Kubiak, Sakson-Obada, 2016). Źródła literatury potwierdzają częstą obecność u osób z bulimią cech osobowości borderline i histrionicznej oraz obsesyjno-kompulsywnej. Osobowości te charakteryzuje: nadmierna impulsywność podejmowanych zachowań oraz niestabilność emocjonalna i chwiejność przeżywanych uczuć (Favaro, Santonastaso, 1998; Lacey, Evans, 1986; Mikołajczyk, Samochowiec, 2004; Izydorczyk, 2011, 2013, 2014; Waller, 2014).

Definiując nadmierną impulsywność i zaburzenia regulacji emocjonalnej, Lacey i Evans (2000) wprowadzili pojęcie wieloimpulsywnego zaburzenia osobowości (Multi-Impulsive Personality Disorder), w ramach którego, oprócz takich zachowań jak: nadużywanie substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, kompulsywne „dawkowanie” substancji, kleptomania oraz hazard, umieścili bulimię psychiczną.

Utrata kontroli nad jedzeniem oraz powtarzające się niepowodzenia wysiłków mających na celu poskromienie objadania się są uważane za ważny czynnik ryzyka nawrotów napadów objadania się (Petroni i in., 2007). Niekontrolowane, impulsywne zachowania obejmują najczęściej prowokowane wymioty, stosowanie środków przeczyszczających,

moczopędnych bądź innych. Powyższe środki są stosowane przez osobę chorą celem pozbycia się zjedzonego pokarmu i rozładowania napięcia emocjonalnego. Poczucie winy za brak kontroli nad objawami (objadania i prowokowania wymiotów bądź stosowania innych środków przeczyszczających) najczęściej budzi wstręt i obrzydzenie do własnej osoby i ciała, co wtórnie nasila stan napięcia emocjonalnego, a tym samym stymuluje kolejny cykl objawów bulimicznych.

Reasumując doniesienia z naukowej literatury ostatnich lat, warto zwrócić uwagę, że w teoriach psychologicznych wyjaśniających mechanizm zaburzeń odżywiania czynnikiem często wskazywanym są doświadczone w okresie wczesnodziecięcym deficyty emocjonalne oraz wynikająca z tych deficytów deprivacja potrzeby poczucia bezpieczeństwa oraz trudności w budowaniu bezpiecznej emocjonalnej więzi z drugą osobą. Najczęściej opisywane trudności w budowaniu więzi z innymi ludźmi są związane z doświadczonymi traumami psychicznymi spowodowanymi przemocą psychiczną, fizyczną i seksualną oraz wczesnodziecięcymi deficytami w zakresie poczucia bezpieczeństwa w opiece rodzicielskiej i przedwczesną (niezgodną z potrzebami rozwoju dziecka) separacją od rodziców (opiekunów). W teorii afektu Krystala (1977, 1979) traumy doświadczone w okresie wczesnego dzieciństwa w relacji z opiekunem (obiektem) zaburzają rozwój opracowania poznawczego przeżyć afektywnych osoby. Wspomniany wyżej autor wyodrębnia dwa rodzaje traum wczesnodziecięcych: traumę typu I (jednorazowe wydarzenie urazowe, np. związane z pozostawieniem dziecka bez opieki i narażeniem na zagrożenie jego życia czy zdrowia) oraz traumę typu II, tj. skumulowany wpływ chronicznie działających zdarzeń traumatycznych, np. w związku z oddzieleniem od opiekuna wskutek wyjazdu czy hospitalizacji, braku systematycznego zabezpieczania dziecka, jego zaniedbywania, przemocy fizycznej wobec dziecka, chłodnym lub niestabilnym emocjonalnie zachowaniem rodzica (opiekuna) względem dziecka, nadmiernym, restrykcyjnym kontrolowaniem dziecka i ingerowaniem w jego cielesność poprzez nadużywanie kar cielesnych, nadużycia seksualne. Trauma typu II definiowana jest w literaturze jako trauma relacyjna lub trauma przywiązania. Koncepcja traumy Krystala nawiązuje w swoich założeniach do teorii wyjaśniających rozwój zaburzeń psychosomatycznych Maxa Schura (Luban-Plozza i in., 1995) oraz koncepcji rozwoju psychosomatyki McDougall (2014). Psychoanalityczne teorie tłumaczące rozwój zaburzeń psychosomatycznych, oparte na zniekształceniach opracowania poznawczego stanów afektywnych w związku z deficytami więzi, wspiera także w swoich założeniach teoria mentalizacji Petera Fonagy'ego (Fonagy, 1991; Bateman, Fonagy, 2010; Choi-kain, Gunderson, 2008).

Doświadczenie wczesnodziecięcej, chronicznej traumy o charakterze interpersonalnym (tj. w relacji z drugim człowiekiem) wiąże się z zaburzeniami w funkcjonowaniu struktury Ja cielesnego jako istotnej składowej Ja psychicznego osoby (Makara-Studzińska, Oga, Grzywa, 2006; Sakson-Obada 2009a, b). Traumy relacyjne zawierają

w swoich treściach zaburzenia wczesnej relacji z opiekunem i tworzą podstawę wielu trudności w budowaniu uczuciowych więzi i nawiązywaniu w przyszłości relacji z innymi ludźmi (Sakson-Obada, 2008, 2009a, b). W przypadku doświadczenia w życiu traumy seksualnej jej ofiara rozwija często tzw. traumatyczną więź z agresorem, połączoną bezpośrednio z zaburzeniami doświadczania własnego ciała (Skrzypka, Suchańska, 2011). Naukowe badania ostatnich lat potwierdzają znaczenie, jakie dla rozwoju patomechanizmu i objawów zaburzeń odżywiania (szczególnie bulimii) mają akty przemocy seksualnej i fizycznej, do których doszło w dzieciństwie i życiu dorosłym (Rorty, Yager, Rossotto, 1994; Kent, Waller, Dagnan, 1999; Ken, Waller 2000; Lacey, Evans, 1986; Mikołajczyk, Samochowiec, 2004; Rorty, Yager, Rossotto, 1994; Hartt, Waller, 2002; Wonderlich i in., 1993, 1996, 2000, 2001; Striegel-Moore i in., 2005; Franzoni i in., 2013).

W polskiej literaturze temat psychologicznych (osobowościowych) uwarunkowań bulimii i kompulsywnego objadania się oraz roli traum w tym procesie stanowi obszar badawczy rzadko eksplorowany. Pojawiające się w publikacjach polskich badania dotyczące polskiej populacji chorych jedynie epizodycznie pokazują tematykę traum w opisach bulimii i kompulsywnego objadania się (Tomalski, 2007, 2012).

Przedstawiony powyżej materiał źródłowy uzasadnia podjęcie tematu przedstawianych w artykule badań własnych. Jednym z wielu przyszłych wyzwań dla badań nad poszukiwaniem predyktorów wzorca impulsywnego objadania się jest wyjaśnienie, które czynniki wpływają na ten wzorzec. Odpowiedź na te pytanie musi uwzględniać udział czynników społecznych i kulturowych oraz cech i struktury osobowości.

## PROBLEMATYKA I CELE BADANIA

Przedmiotem badania była analiza siły związku pomiędzy doświadczonymi w życiu osób z bulimią i kompulsywnym objadaniem się traumami psychicznymi a nasileniem objawów chorobowych: objadania się i stosowania zachowań kompensacyjnych (provokowanych wymiotów, środków przeczyszczających).

Postawiono następujące pytanie badawcze:

- czy istnieje i jaka jest siła związku między występowaniem w autobiografiach badanych kobiet traum psychicznych a występującym wzorcem impulsywnych objawów w bulimii i kompulsywnym objadaniu się?

Zmienna wyjaśniająca to traumy psychiczne. Na potrzeby pracy (odnosząc się do literatury) zmienną tą zdefiniowano jako deklarowaną obecność różnorodnych zdarzeń traumatycznych, doświadczonych przez badaną osobę w jej życiu w relacji z drugą osobą lub grupą osób. Dla potrzeb niniejszej pracy przyjęto następujący podział doświadczonych traum psychicznych w dotychczasowym życiu badanych:

- 1) kategoria I – obecny u badanych osób epizod zdarzenia traumatycznego – wypadki, katastrofy, różnorodne inne sytuacje trudne o cechach zdarzenia traumatycznego, np. sytuacje nieprawidłowej separacji od opiekuna (matki, ojca, innych osób bliskich emocjonalnie) wskutek hospitalizacji, utraty opiekuna (śmierci, trwającej w czasie nieobecności jednego lub dwojga rodziców), braku systematycznego zabezpieczania potrzeby poczucia bezpieczeństwa osoby w okresie dzieciństwa przez jej opiekuna (ów) itp.,
- 2) kategoria II – obecne u badanych osób długotrwałe w czasie traumy relacyjne, doświadczane w relacji z drugą osobą bądź grupą osób (przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna, ingerowanie w cielesność drugiej osoby poprzez nadużywanie kar cielesnych w dzieciństwie i dorastaniu oraz doświadczanie).

Zmienna została zdefiniowana jako wzorzec impulsywności objawów ujawnianych przez osoby z bulimią i kompulsywnym objadaniem się. Wzorzec ten to zespół tendencji do rozwijania obsesyjnych myśli i dokonywanych impulsywnych interpretacji, skupiających się szczególnie na tematyce jedzenia, objadania się i potrzebie („gotowości do”) stosowania kompensacyjnych zachowań celem redukcji wagi ciała i pozbycia się spożytego pokarmu z żołądka.

Ponadto w definicji impulsywnego wzorca objawów uwzględniono poziom deficytów w świadomości interoceptywnej badanych. Świadomość interoceptywna była tutaj wskaźnikiem opisującym poziom kontroli osoby nad płynącymi z jej ciała bodźcami i emocjami oraz poziom dezorientacji w obszarze rozpoznawania przez jednostkę jej własnych stanów emocjonalnych i płynących z ciała bodźców.

Wskaźnikami zmiennej wyjaśnianej były:

- obecność u badanego rozpoznania medycznego bulimii (wg ICD10: F.50.; 2.F50.3.) lub zespołu kompulsywnego objadania się (F.50.4),
- wynik wartości średniej w skalach: bulimia oraz świadomość interoceptywna (Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania EDI w oprac. D. Garnera). W kategoriach oceny klinicznej wynik ten mieścił się na poziomie wyników nieprawidłowych dla utrzymania stanu zdrowia. W badaniach dokonano także pomiaru poziomu niezadowolenia z ciała. Wskaźnikiem był uzyskany wynik średni w skali „niezadowolenie z ciała” (Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania EDI).

## MATERIAŁ I METODA

Badane osoby wyselekcjonowano na podstawie rozpoznań medycznych (wg ICD10), potwierdzonych przez lekarzy psychiatrów. Dobór do grupy miał charakter celowy: 60 kobiet w wieku od 20 do 28 lat z diagnozą medyczną: bulimii psychicznej (ICD-10: F50.2; F50.3; wiek: 22 lata; BMI = 20,70, tj. w granicach normy) oraz 60 kobiet z roz-

poznaniem zespołu kompulsywnego objadania się (F50.4: wiek 24 lata; BMI = 25, tj. poziom nadwagi).

Badania przeprowadzono w latach 2007-2014 w ośrodkach leczenia nerwic i zaburzeń odżywiania, poradniach zdrowia psychicznego na terenie Polski. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę każdej osoby badanej oraz zgodę Komisji Etyki. W badaniach zastosowano metodę kliniczną i psychometryczną, prowadzono je indywidualnie. Każda kobieta poza udziałem w ustrukturalizowanym wywiadzie klinicznym uczestniczyła także w kilku (nie mniej niż w 3) rozmowach psychologicznych, podczas których zbierano dane autobiograficzne, dotyczące m.in. przeżytych traum relacyjnych w dotychczasowym życiu każdej badanej osoby. Wskaźnikami doświadczonych traum psychicznych (zmiennej wyjaśniającej) były otrzymane w wywiadzie i rozmowie psychologicznej dane:

(1) deklarowane przez badaną w jej dotychczasowym życiu (od okresu dzieciństwa do okresu dorastania) jednorazowe różnorodne wydarzenia urazowe psychicznie (wypadki, katastrofy, sytuacje trudne związane z pozostawianiem bez opieki i narażeniem na zagrożenie życia czy zdrowia badanej osoby w roli dziecka czy nastolatka),

(2) udział badanej osoby w jej życiu dorosłym w jednorazowym epizodzie – zdarzeniu traumatycznym (wypadki, katastrofy, różnorodne inne sytuacje trudne o cechach zdarzenia traumatycznego),

(3) deklarowana przez badaną osobę obecność trwających w czasie różnorodnych zdarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa i dorastania, tj.: przemocy fizycznej, seksualnej, zdarzeń traumatycznych, np. w związku z oddzieleniem od opiekuna wskutek długotrwałego wyjazdu bądź śmierci opiekuna (matki i/lub ojca), utraty bliskiej dziecku czy nastolatkowi innej osoby, np. brata, siostry, separacja wskutek hospitalizacji, sytuacje braku systematycznego zabezpieczania dziecka i jego zaniedbywanie, chłodne emocjonalnie lub niestabilne emocjonalnie zachowania opiekuna względem dziecka czy ingerowanie w jego cielesność poprzez nadużywanie kar cielesnych, nadmierne, restrykcyjne kontrolowanie dziecka itp.

(4) deklarowana przez badaną osobę obecność w okresie jej życia dorosłego przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej.

Wybrane kategorie wywiadu klinicznego posłużyły do pomiaru: indeksu masy ciała BMI, danych socjodemograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny), obecności rozpoznania medycznego bulimii F50.2. i zespołu kompulsywnego objadania się zgodnie z kryteriami ICD10.

Do pomiaru zmiennej wyjaśnianej zastosowano metodę kliniczną (wywiad) oraz psychometryczną, tj. Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania EDI (Eating Disorder Inventory D. Garnera, polskie oprac. C. Żechowski, 2008). Zdecydowano się na wybór tego narzędzia pomiaru, które zostało opracowane przez znanych autorów i jest szeroko stosowane w naukowych badaniach na świecie. Kwestionariusz EDI wykazuje wysokie

współczynniki rzetelności i trafności statystycznej (Garner, 2004). Kwestionariusz EDI należy w chwili obecnej do najczęściej w świecie używanych narzędzi do oceny sylwetki psychologicznej osób z zaburzeniami odżywiania. Zastosowana polska wersja kwestionariusza EDI miała 64 itemy pogrupowane w 8 skal: 1) „dążenie do szczupłości” (*drive for thinness*), 2) „bulimia” (*bulimia*), 3) „niezadowolenie z własnego ciała” (*body dissatisfaction*), 4) „nieefektywność” (*ineffectiveness*), 5) „perfekcjonizm” (*perfectionism*), 6) „nieufność w relacjach interpersonalnych” (*interpersonal distrust*), 7) „świadomość interoceptywna” (*interoceptive awareness*), 8) „obawa przed dojrzewaniem” (*maturity fear*). Na potrzeby analizy problematyki badawczej prezentowanej w niniejszym artykule zaprezentowano jedynie wyniki badania dotyczące trzech skal Kwestionariusza EDI: niezadowolenie z ciała, świadomość interoceptywna, bulimia.

Otrzymywane informacje zostały objęte jako dane tzw. drażliwe, całkowitą tajemnicą zawodową, i znalazły się w badaniach za osobistą zgodą każdej badanej osoby. Informacje te nie były umieszczone w dokumentacji, do której miały dostęp inne osoby personelu medycznego (poza leczącym lekarzem i psychologiem –psychoterapeutą). Nie dokonywano pomiaru częstości występowania zdarzeń traumatycznych poza podanymi powyżej informacjami. Uznano, że sama definicja zdarzenia traumatycznego i opis autobiograficznych doświadczeń przez samą osobę badaną stanowi wystarczający materiał badawczy do analizy tematu pracy.

Pewnym ułatwieniem w zachowaniu wiarygodności i naukowej poprawności w zbieraniu informacji o traumach u badanych było to, że procedurą wywiadu i rozmów psychologicznych z badanymi zajmowali się prowadzący leczenie lekarze i psychoterapeuci (psychologowie). Ze względu na czas trwania badania było możliwe nawiązanie przymierza terapeutycznego, co ułatwiło uzyskanie danych na temat zdarzeń traumatycznych z jednoczesnym dochowaniem zasad anonimowości i zgody pacjentów na wykorzystanie otrzymanych informacji do celów naukowych.

Do realizacji celu badawczego oprócz kryteriów psychometrycznych istotną wartością było także ustalenie kryteriów klinicznych interpretacji danych badawczych. Kryteria te pozwoliły określić nasilenie wszystkich badanych zmiennych w wymiarze: prawidłowe – nieprawidłowe dla utrzymania stanu zdrowia (wskazujące na stan nasilenia zmiennej, zdefiniowany jako tzw. poziom kliniczny – nieprawidłowy dla stanu zdrowia).

## WYNIKI

Pierwszy etap analizy wyników badań polegał na pomiarze wskaźników uzyskanych na podstawie wywiadu klinicznego, a potwierdzających obecność deklarowanych przez każdą osobę badaną w jej autobiografii traum psychicznych. Etap ten polegał

na porównaniu wszystkich badanych kobiet pod względem rodzaju doświadczonych traum psychicznych, podzielonych dla potrzeb badań na kategorie I i II.

W drugiej kolejności dokonano pomiaru wartości średnich w zakresie nasilenia wskaźników zmiennej wyjaśnianej, tj. skali „bulimia” (pomiar wzorca objawów impulsywnych) oraz skali „świadomość interoceptywna” (pomiar deficytów w zakresie analizowanej zmiennej) oraz „niezadowolenie z ciała” (pomiar emocjonalnej i poznawczej negacji własnego ciała). Pomiaru powyższych wskaźników dokonano przy użyciu wyników podanych powyżej skal Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI).

W trzecim etapie statystycznych analiz dokonano pomiaru siły zależności między wskaźnikami obecnymi w autobiografii badanych kobiet dwóch kategorii traum psychicznych (wyodrębnionych na podstawie literatury) – doświadczonych – a występującymi u tych badanych wskaźnikami impulsywnego wzorca objawów kompulsywnego objadania się i stosowania wraz z objadaniem zachowań kompensacyjnych. Wskaźnikami tychże tendencji były wyniki skal bulimia i świadomość interoceptywna. Celem weryfikacji związku nieakceptacji obrazu ciała z traumami psychicznymi dokonano także pomiaru tejże zmiennej, stosując skalę: niezadowoleni z ciała (EDI).

W tabeli 1 przedstawiono wyniki porównania wartości średnich w zakresie weryfikowanych składowych zmiennej: impulsywnego wzorca objawów, między podgrupą kobiet, które doświadczyły epizodów zdarzeń traumatycznych (kategoria I), a podgrupą kobiet z omawianymi zaburzeniami, ale niedoświadczającymi w swoim życiu traum kategorii I. Natomiast w tabeli 2 przedstawiono analogiczne porównanie dotyczące kobiet, które doświadczyły bądź nie doświadczyły przewlekłych traum relacyjnych, tj. kategorii II (np. różnorodnej przemocy seksualnej, przemocy fizycznej, psychicznej). Ze względu na to, że rozkład badanych zmiennych nie spełniał założeń rozkładu normalnego, do analizy statystycznej weryfikowanych zmiennych wykorzystano nieparametryczny test U-Manna Whitneya.

Tabela 1. Rozkład wartości średnich poziomu nasilenia wskaźników zmiennej: impulsywnego wzorca objawów u kobiet chorujących na bulimie i kompulsywne objadanie się z uwzględnieniem zdarzeń traumatycznych kategorii I – zdarzenia traumatyczne i deficyty emocjonalne związane z deprywacją poczucia bezpieczeństwa w okresie dzieciństwa (N = 120)

Zmienne	Brak zdarzenia traumatycznego kategorii I	Obecność zdarzenia traumatycznego kategorii I	U	Z	p
Niezadowolenie z ciała	13,86	16,58	921,5	-1,911	0,056
Świadomość interoceptywna	10,90	11,85	1111,0	-0,704	0,481
Tendencje bulimiczne (impulsywne)	16,29	17,08	968,5	-1,612	0,107



Analiza porównawcza wartości średnich w zakresie składowych impulsywnego wzorca objawów w dwóch podgrupach kobiet z bulimią i kompulsywnym objadaniem nie potwierdziła istnienia istotnych różnic między badanymi kobietami, które nie deklarowały obecności w dotychczasowym ich życiu zdarzeń traumatycznych typu I, a kobietami, które na obecność takich traum w życiu wskazywały. Wartości średnie pokazują zbliżony i zarazem nieprawidłowy w obu podgrupach badanych poziom nasilenia niezadowolenia z ciała, tendencji bulimicznych (impulsywnych) oraz występujących u tych badanych deficytów interoceptywnych. Kobiety, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych kategorii I, w porównaniu z kobietami bez traum tego typu w ich dotychczasowym życiu wykazały nieco wyższy poziom niezadowolenia z własnego ciała, ale różnica nie jest istotna statystycznie ( $p < 0,056$ ). Zdarzenia traumatyczne, których doświadczyły kobiety z większym poziomem niezadowolenia z ciała, to różnorodne sytuacje trudne, polegające na doświadczeniu nieprawidłowej separacji od opiekuna (matki, ojca, innych osób bliskich emocjonalnie) wskutek hospitalizacji, utraty opiekuna (śmierci, trwającej w czasie nieobecności jednego lub dwojga rodziców), braku systematycznego zabezpieczania potrzeby poczucia bezpieczeństwa osoby w okresie dzieciństwa przez jej opiekuna(ów) itp. Deficyty w zakresie świadomości interoceptywnej okazały się nie różnicować badanych kobiet pod względem tego, czy doświadczyły one zdarzeń traumatycznych, o których mowa wyżej (por. tab. 1, 2).

Tabela 2. Rozkład wartości średnich poziomu nasilenia wybranych cech psychologicznych u kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania z uwzględnieniem obecnych w ich życiu zdarzeń traumatycznych kategorii II – traum relacyjnych (przemoc seksualna, fizyczna) (N = 120)

Zmienne	Brak zdarzeń traumatycznych kategorii II	Obecność zdarzeń traumatycznych kategorii II	U	Z	p
Niezadowolenie z ciała	13,92	16,26	1041,0	-1,345	0,179
Świadomość interoceptywna	10,95	11,67	1138,0	-0,735	0,462
Tendencje bulimiczne (impulsywne)	16,16	17,48	850,0	-2,545	0,011

Jak wskazują wartości średnie podane w tabeli 2, tylko tendencje bulimiczne (impulsywne) uzyskały status zmiennej istotnie różnicującej badane kobiety z bulimią i kompulsywnym objadaniem się pod względem doświadczonych w życiu zdarzeń traumatycznych II kategorii. Kobiety doświadczające traum kategorii II w porównaniu z tymi kobietami, które takich traum nie doświadczyły, wykazały istotnie wyższy po-

ziom tendencji bulimicznych (impulsywnych). Pozostałe zmienne wyjaśniane (poziom deficytów z zakresie świadomości interoceptywnej oraz niezadowolenia z ciała) okazały się nieróżnicujące dla obu podgrup pod względem kryterium doświadczonych traum relacyjnych w ich życiu (kategoria II). Wyniki przedstawione w tabeli 2 wskazują, że można być niezadowolonym z ciała i jednocześnie nie musi to wykazywać istotnej siły związku z częstotliwością wystąpienia w życiu osób z bulimią i kompulsywnym objadaniem się traum relacyjnych i sytuacji przemocy. Niezadowolenie z ciała może wynikać z innych niż doświadczone traumy czynników.

Chcąc dopełnić statystycznej analizy w kierunku poszukiwania siły związku pomiędzy częstotliwością zdarzeń traumatycznych a niskim i wysokim poziomem nasilenia tendencji bulimicznych (impulsywnych), deficytów w świadomości interoceptywnej i niezadowolenia z ciała, dodatkowo przeprowadzono podział grupy badanej pod względem określenia nasilenia zmiennych: wysoki – niski poziom nasilenia oparty na wartości mediany: tendencji bulimicznych (impulsywnych), świadomości interoceptywnej i niezadowolenia z ciała. Ustalono, że wyniki zmiennych zdefiniowane jako niskie będą mieściły się poniżej mediany, a wyniki wysokie powyżej mediany (por. tab. 3).

Tabela 3. Statystyka opisowa wraz z wartością średnich i median w grupie badawczej (N = 120) w zakresie: niezadowolenie z ciała, świadomość interoceptywna, tendencje bulimiczne (impulsywne)

Zmienne	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	SD
Niezadowolenie z ciała	120	14,450	15,000	0,000	28,000	6,9377
Świadomość interoceptywna	120	11,108	11,000	0,000	24,000	6,1217
Tendencje bulimiczne (impulsywne)	120	16,458	17,000	10,000	21,000	2,6119

W tabeli 4 zaprezentowano wyniki analizy statystycznej korelacji do testu chi-kwadrat z zastosowaniem współczynnika kontyngencji Pearsona. Analiza korelacji posłużyła ocenie siły związku między doświadczonymi przez badane traumami relacyjnymi (kategoria II) a nasileniem (wg mediany: wynikiem wysokim – niskim) tendencji bulimicznych (impulsywnych), deficytów w świadomości interoceptywnej i niezadowolenia z ciała w bulimii i kompulsywnym objadaniu się.

Tabela 4. Charakterystyka opisowa współczynnika kontyngencji Pearsona w zakresie pomiaru siły związku między częstotliwością doświadczonych traum relacyjnych u kobiet a niskim i wysokim poziomem tendencji bulimicznych (impulsywnych) badanych

Zmienne	Niski poziom – tendencje bulimiczne (impulsywne)	Wysoki poziom – tendencje bulimiczne (impulsywne)	Razem
0	74	19	93
%	81,32%	65,52%	
1	17	10	27
%	18,68%	34,48%	
Razem	91	29	120
–	chi	df	p
Pearson Chi-kwadrat	3,148961	Df=1	p
Współczynnik kontyngencji	,1599073	–	p < 0,035

Wartości współczynników kontyngencji Pearsona potwierdziły obecność słabej, acz istotnej siły zależności tylko między wysokim nasileniem tendencji bulimicznych (impulsywnych) a doświadczaniem przez kobiety z bulimią i kompulsywnym objadaniem się traum relacyjnych (por. tab. 4). Pozostałe badane zmienne (świadomość interoceptywna, niezadowolenie z ciała) okazały się nieistotne, niezależnie od podziału, czy jest to podgrupa kobiet z wysokim nasileniem zmiennych, czy z nasileniem niskim (wg kryterium mediany). Ze względu na obszerność wyników badań poniżej przedstawione zostaną jedynie wyniki pomiarów, które wykazały statystyczną istotność, tj. tendencje bulimiczne – impulsywne (tab. 4).

W przypadku pomiaru siły związku między zdarzeniami traumatycznymi kategorii I a badanymi kobietami, wykazującymi niski oraz wysoki poziom zmiennych psychologicznych (niezadowolenia z ciała, deficytów w zakresie świadomości interoceptywnej, tendencji bulimicznych), nie potwierdzono istotnej siły zależności między wymienionymi zmiennymi a obecnością traum psychicznych kategorii I i II w życiu badanych kobiet z bulimią lub zespołem kompulsywnego objadania się.

Wartość współczynnika kontyngencji sugeruje, że występowanie u badanych kobiet z bulimią lub kompulsywnie objadających się zdarzeń traumatycznych typu: wypadki, katastrofy, różnorodne sytuacje zbyt wczesnej separacji od opiekuna (matki, ojca, innych osób bliskich emocjonalnie), wskutek hospitalizacji, utraty opiekuna (śmierci, trwającej w czasie nieobecności jednego lub dwojga rodziców), braku zabezpieczenia potrzeby poczucia bezpieczeństwa osoby w okresie dzieciństwa, to czynniki niewykazujące istotnej siły związku zarówno u tych z niskim, jak i wysokim nasileniem weryfikowanych wskaźników impulsywnego wzorca objawów. Inaczej jest w przypadku wykazanej istotnej siły związku między traumami relacyjnymi a wysokimi wynikami w zakresie tendencji bulimicznych (impulsywnych) badanych kobiet (tab. 4).

Kobiety chore na bulimię lub kompulsywnie objadające się i jednocześnie posiadające w autobiografii traumy relacyjne (przemoc psychiczną, fizyczną, seksualną) wykazały większe nasilenie tendencji bulimicznych (impulsywnych) niż kobiety cierpiące na tę samą chorobę, ale nieposiadające w swojej autobiografii traum relacyjnych (traumy określone jako kategoria II). Kobiety cierpiące na omawiany typ zaburzeń, które jednocześnie doświadczyły w swoim życiu przemocy psychicznej, fizycznej czy seksualnej (szczególnie w dzieciństwie), ujawniły istotnie wyższy od pozostałych badanych poziom nasilenia tendencji do nadmiernie niekontrolowanych, impulsywnych zachowań wobec jedzenia i odżywiania się (prowokowanych wymiotów i innych form przeczyszczeń ciała, np. stosowania leków przeczyszczających i innych).

Można zatem się zastanowić, czy tłumacząc to zjawisko, nie warto rozważyć, na ile impulsywny wzorec objawów w bulimii czy w kompulsywnym objadaniu się stanowi pewien sposób emocjonalnego odreagowania, specyficznego „ataku na granice ciała”, jaki się odbył w wyniku doświadczonej przez tą grupę badanych traum relacyjnych (tj. najczęściej zgłaszanej u nich przemocy fizycznej czy seksualnej).

Należy zaznaczyć, że wystąpienie ww. traum zawsze łączono z doświadczeniem przemocy psychicznej jako nierozzerwalnie związanej z aktami przemocy fizycznej i seksualnej. Traumatyczne są powiązane z doświadczeniem przewlekłych w czasie deficytów emocjonalnych, opuszczenia ze strony osób bliskich i opiekunów. Ten rodzaj traum niewątpliwie stanowi swoisty atak na kształtującą się między opiekunem a dzieckiem uczuciową więź.

Możemy rozważyć, czy ciało osoby doświadczającej przemocy nie jest przez nią samą dewaluowane zgodnie z wzorcem rozwijanej więzi typu: ofiara – agresor. Impulsywne objawy bulimiczne to autoagresywne zachowania wobec ciała. Należałoby się zastanowić, czy bulimiczne cykle impulsywnych objawów (prowokowane wymioty, objadanie się i in.) nie prezentują specyficznego, nieświadomego wzorca identyfikacji osoby badanej z rolą agresora. Kobiety z tendencjami bulimicznymi i impulsywnymi nieświadomie mogą naruszać granice własnego ciała, podobnie jak to czyniła kiedyś w ich życiu osoba dokonująca przemocy. Warto się zatem zastanowić: czy w impulsywnym

wzorcem reakcji wobec ciała i objawie bulimicznym nie odzwierciedla się zjawisko re-traumatyzacji? Psychoanalityczne koncepcje wyjaśniające mechanizmy psychologiczne zaburzeń psychosomatycznych Maxa Schura (Luban-Plozza i in., 1995) czy McDougall (2014) mogą tę tezę potwierdzać. Psychoanalityczne teorie tłumaczące rozwój zaburzeń psychosomatycznych, opierające się na zniekształceniach opracowania poznawczego stanów afektywnych w związku z deficytami więzi, wspiera także w swoich założeniach teoria mentalizacji Petera Fonagy'ego (Fonagy, 1991; Bateman, Fonagy, 2010; Choi-kain, Gunderson, 2008). Przedstawiony we wstępie niniejszej pracy krótki raport z badań i przeglądu teorii na temat traum i ich znaczenia dla budowy więzi z innymi ludźmi zwracał uwagę na znaczenie koncepcji Krystalu w definiowaniu traum relacyjnych. Ten rodzaj traum powoduje zaburzenia wczesnej relacji z opiekunem oraz tworzy podstawę kształtowania się trudności w budowaniu więzi i nawiązywaniu w przyszłości relacji z innymi ludźmi (Sakson-Obada, 2008, 2009a, b). Szczególne miejsce zajmuje wśród traum relacyjnych nadużycie seksualne, a zwłaszcza te dokonane ze strony osoby bliskiej. W przypadku doświadczania traumy seksualnej jej ofiara rozwija często tzw. traumatyczną więź z agresorem, połączoną bezpośrednio z zaburzeniami doświadczania własnego ciała (Skrzypka, Suchańska, 2011). W opracowaniach teoretycznych traumy psychiczne powstałe w relacji np. w wyniku psychicznej, seksualnej czy fizycznej przemocy czy też separacji od rodziców stanowią ważny czynnik ryzyka rozwoju samouszkodzeń ciała (Kubiak, Sakson-Obada, 2016).

## PODSUMOWANIE

Przeprowadzona statystyczna analiza wyników badań pozwoliła odpowiedzieć na postawione pytanie badawcze dotyczące oceny siły związku między obecnością w autobiografii badanych traum psychicznych a wzorcem impulsywności objawów w bulimii i kompulsywnym objadaniu się. Wykazano słabą, acz istotną siłę związku jedynie między częstotliwością występowania traum relacyjnych i przemocy a impulsywnym wzorcem objawów. Kobiety chorujące na bulimię i kompulsywnie objadające się istotnie częściej deklarowały obecność w dotychczasowym ich życiu traum relacyjnych (szeroko pojętej przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej w dzieciństwie i/lub dorastaniu). Badane doświadczyły także znaczących deficytów emocjonalnych z powodu opuszczenia przez rodziców czy opiekunów, najczęściej w okresie dzieciństwa. Niemniej jednak ten ostatni z wymienionych rodzajów zdarzeń traumatycznych nie wykazał istotnej siły związku z występującymi u badanych kobiet tendencjami bulimicznymi. Zatem impulsywny wzorzec objawów w bulimii i kompulsywnym objadaniu się może być istotniej związany z częstszym występowaniem traum relacyjnych i doświadczoną przemocą psychiczną, fizyczną i seksualną niż ze zdarzeniem

traumatycznym, polegającym głównie na deficycie więzi wskutek zbyt wczesnej separacji od rodzica czy opiekuna. Odnosząc wyniki badań własnych do literatury, warto wskazać na pewne podobieństwo uzyskanych rezultatów do wyników badań innych autorów. Podobieństwo to dotyczy przede wszystkim wyników potwierdzających częste występowanie traum relacyjnych (przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej) u osób z bulimią i objawami anoreksji bulimicznej (Kent, Waller, Dagnan, 1999; Kent, Waller, 2000; Hartt, Waller, 2002; Wonderlich i in., 2001). Do znaczących doniesień wskazujących na impulsywność w bulimii i obecność traum zalicza się m.in. badania Keel i współpracowników (2001, 2010).

Problematyka badawcza dotycząca traum relacyjnych i przemocy, opuszczenia emocjonalnego i trwającej w czasie deprywacji poczucia bezpieczeństwa w kontekście zaburzeń odżywiania pojawia się w wielu współczesnych, światowych badaniach (Franzoni i in., 2013; Tascia i in., 2013; Collins i in., 2014; Litwack i in., 2014; McCormack, Lewis, Wells, 2014; Hewett, Loma, 2015; Racine, Wildes, 2015; Madowitz, Matheson, Liang, 2015; Moulton i in., 2015; Tahilani, 2015; Caslini i in., 2016). W badaniach polskich temat dotyczący empirycznego opisu zjawiska traum psychicznych w populacji polskiej osób z zaburzeniami odżywiania jest słabo eksplorowany i rzadko pojawia się jako materiał źródłowy.

Rola zdarzeń traumatycznych, a szczególnie traum relacyjnych w zaburzeniach odżywiania powinna być uwzględniana jako ważny wskaźnik w procesie diagnozy i psychoterapii tej grupy chorych. Co prawda związek między urazowymi doświadczeniami a rozwinięciem się objawów bulimicznych nie jest prosty i uczestniczą w tej zależności inne czynniki pośredniczące (np. aleksytymia, dysocjacja, zaburzenia osobowości borderline), to jednak uwzględnienie znaczenia czynnika traumy w autobiografii oraz zwrócenie na niego uwagi w diagnozie psychologicznej i leczeniu badanej grupy chorych warte jest rozważenia i dalszej badawczej analizy.

## LITERATURA

- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 1, 11–15.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am. J. Orthopsychiatry*, 52, 664–678.
- Bowlby, J.A. (2008). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), Jan, 79–90. ISSN0033-3174 (Print) 1534-7796 (Electronic).
- Carretero García, A., Planell, L.S., Doval, E., Estragués, J.R., Raich Escursell, R.M., Vanderliden, J. (2012). Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eating and Weight Disorders*, 17(4), Dec, 267–e273.

- Choi-kain, L.W., Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, s. 1127-1135.
- Favaro, A., Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: Prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 157-165.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psycho-anal*, 72, [brak stron].
- Franzoni, E., Gualandi, S., Caretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegrini, G., Craparo, G., Franchi, A., Verrotti, A., Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: Investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 18, 185-193.
- Garner, D. (2004). Eating disorders inventory 3. *Psychological Assessment Resources Inc. USA*.
- Hartt, J., Waller G. (2002). Child abuse, dissociation and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse Neglect*, 26, 9, 923-938.
- Izydorczyk, B. (2011). A psychological profile of the bodily self characteristics in women suffering from bulimia nervosa. W: P. Hay (eds.), *New insights into the prevention and treatment of bulimia nervosa*. Croatia: Intech Open access Publisher, 147-167.
- Izydorczyk B. (2014). *Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania*. Warszawa: PWN
- Izydorczyk, B. (2013). Selected psychological traits and body image characteristics in females suffering from binge eating disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 19-33.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B., Iniewicz, G., Ulańska, R. (2010). Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej. *Psychiatria Polska*, XLIV(5), 665-676.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 154(3), 313-321.
- Keel, P.K., Gravener, J.A., Joiner, T.E., Jr., Haedt, A.A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*, 43(6), 492-497.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Davis, T.L., Crow, S.J. (2001). Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 30(1), 48-56.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L., Crow, S.J. (2000a). Social adjustment over 10 years following diagnosis with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 27(1), 21-28.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Davis, T.L., Fieselman, S., Crow, S.J. (2000b). Impact of definitions on the description and prediction of bulimia nervosa outcome. *Int J Eat Disord*, 28(4), 377-386.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L., Crow, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 63-69.
- Kent, A., Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887-903.
- Kent, A., Waller G., Dagnan, D.A. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 2, 159-167.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychotherapy*, 33, 1, 17-31.
- Krystal, H. (1977). Aspects of affect theory. *Bull Menninger Clinic*, 41(1), 30(1), 48-56.
- Lacey, J.H., Evans, C.D.H. (1986). The impulsivist: A Multi - Impulsive Personality Disorder. *British Journal of Addiction*, 81(5), 641-649.
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F., Wasilewski, B. (1995). *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.

- Makara-Studzińska, M., Oga, J., Grzywa, A. (2006). Zaburzenia odżywiania a doświadczenie wykonywania seksualnego w dzieciństwie – przegląd badań. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(4), 297–300.
- McDougall, J. (2014). *Teatr ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Mikołajczyk, E., Samochowicz J. (2004). Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*, 1, 2, 91–95, 147–167.
- Petroni, M.L., Villanova, N., Avagnina, S., Fusco, M.A., Fatati, G., Compare, A. i in. (2007). Psychological distress in morbid obesity in relation to weight history. *Obesity Surgery*, 17, 391–399.
- Rorty, M., Yager J., Rossotto E., (1994). Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 151, 8, 1122–1126.
- Sakson-Obada, O. (2009a). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Sakson-Obada, O. (2009b). Trauma jako czynnik ryzyka dla zaburzeń Ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 52, 3, 309–326.
- Sakson-Obada, O. (2008). Rozwój Ja cielesnego w kontekście wczesnej relacji z obiektem. *Roczniki Psychologiczne*, XI, 2, 27–44.
- Skrzypska, N., Suchańska, A. (2011). Uraz seksualny jako czynnik ryzyka zaburzeń doświadczania własnej cielesności. *Seksuologia Polska*, 9, 2, 51–56.
- Striegel-Moore, R.H., Fairburn, C.G., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Dohm, F.A., Kraemer, H.C. (2005). Toward an Understanding of risk factors for binge – eating disorder in black and white women: a community base case – control study. *Psychol. Med.*, 35(6), 907–917.
- Tomalski R. (2007). Trauma i dysocjacja w zaburzeniach jedzenia. *Psychoterapia*, 2(141), 17–27.
- Tomalski R. (2012). Dysocjacja i aleksytymia u chorych z bulimią i zespołem gwałtownego objadania się. Zastosowanie metod statystycznych w badaniach naukowych IV. StatSoft, [www.statsoft.pl/czytelnia.html](http://www.statsoft.pl/czytelnia.html).
- Waller, G. (1993). Sexual abuse and eating disorders: Borderline personality disorder as mediating factor. *British Journal of Psychiatry*, 162, 771–775.
- Waller, G.C. (2014). *Clusters of Personality Disorder Cognitions in the Eating Disorders*, [brak miejsca wydania], 28–31.
- Wonderlich, S., Crosby, R.D., Mitchell, J.M., Redlin, J., Thompson, K.M., Demuth, G., Smyth, J., Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int. Journal Eat. Disord.*, 30, 4, 401–412.
- Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Mitchell, J.M., Roberts, J., Haseltine, B., DeMuth, G., Thompson, K. (2000). Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *Journal of American Academy for child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1277–1283.
- Żechowski, C. (2008). Polska wersja Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI) – adaptacja i normalizacja. *Psychiatria Polska*, XLII(2), 179–192.

#### TRAUMA A WZORZEC OBJAWÓW IMPULSYWNYCH U KOBIET CHORUJĄCYCH NA BULIMIĘ PSYCHICZNĄ I KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ

**STRESZCZENIE:** Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań własnych na temat poszukiwania związków pomiędzy doświadczonymi w życiu traumami a wzorcem objawów impulsywnych u kobiet chorujących na bulimię i zespół kompulsywnego objadania się. Podstawowe pytanie badawcze brzmi: w jakim stopniu zdarzenia traumatyczne, doświadczane przez kobiety chorujące na



bulimię i kompulsywne objadanie się, wykazują związek z występującymi u tych kobiet objawami impulsywnymi? Grupę badawczą utworzyło 120 kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania: 60 kobiet w wieku od 20 do 28 lat z bulimią oraz 60 kobiet z zespołem kompulsywnego objadania się. Badania przeprowadzono w latach 2007-2014 w ośrodkach leczenia nerwic i zaburzeń odżywiania, poradniach zdrowia psychicznego na terenie Polski. W badaniach zastosowano wywiad kliniczny i metodę psychometryczną (Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania EDI D. Garnera, polskie oprac. C. Żechowski). Analiza statystyczna potwierdziła istnienie istotnych różnic między kobietami chorującymi na bulimię lub kompulsywnie objadające się, które jednocześnie doświadczyły w swoim życiu (szczególnie w dzieciństwie i okresie dorastania) traum psychicznych, a tymi, które tego rodzaju traum nie ujawniły. Diagnoza obecności traum relacyjnych w autobiografiach to ważny element do uwzględnienia w przebiegu procesu psychoterapii osób cierpiących na zaburzenia odżywiania (bulimię i kompulsywne objadanie się).

**SŁOWA KLUCZOWE:** trauma, objawy impulsywne, bulimia, kompulsywne objadanie się.

#### **TRAUMA TO PATTERN OF IMPULSIVE SYMPTOMS IN WOMEN SUFFERING FROM BULIMIA AND COMPULSIVE OVEREATING**

**SUMMARY:** The aim of the article was to demonstrate results of the Author's own study that sought relationships between having experienced psychological trauma and the impulsive symptoms in women suffering from bulimia and compulsive overeating . The basic research question was the following: To what degree are the trauma experienced by females with bulimia and symptoms, compulsive overeating related with these females' impulsive symptoms? The sample comprised 120 females with eating disorders, particularly: 60 females aged between 20 and 28 diagnosed with bulimia nervosa, 60 females diagnosed with binge-eating disorder. The research was carried out in the years 2007-2014 in outpatient clinics treating neuroses and eating disorders and mental health outpatient clinics in Poland. The study employed clinical interview and psychometric methods (Eating Disorders Inventory D. Garnera, polish version C. Żechowski). Statistical analysis confirmed the existence of a higher frequency of impulsive symptoms in women with bulimia and binge-eating disorder who have experienced trauma(s) in their lives (particularly in their childhood and adolescence) and those who did not reveal such experience. Diagnosing the occurrence of relational trauma in patients' autobiographies is a key element that should be involved in the process of psychotherapy for people with eating disorders.

**KEYWORDS:** trauma, impulsive symptoms, bulimia, compulsive overeating.