

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu**

Monika Olejniczak

**Funkcjonowanie psychoseksualne dziewcząt chorych na jadłowstręt
psychiczny**

Praca doktorska

Promotor: Prof. dr hab. Andrzej Rajewski

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

**Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu**

Poznań, 2013

**Mojemu Promotorowi,
Panu Profesorowi Andrzejowi Rajewskiemu
serdecznie dziękuję za okazaną życzliwość,
cenne uwagi i zrozumienie
w trakcie pisania pracy**

Spis treści

Wykaz skrótów.....	5
1.Wstęp.....	6
2.Przegląd piśmiennictwa na temat jadłowstrętu psychicznego i funkcjonowania psychoseksualnego dziewcząt.....	8
2.1. Postawy względem seksualności.....	8
2.1.1. Wpływ dorastania na funkcjonowanie psychoseksualne	8
2.1.2. Aktywność psychoseksualna	11
2.1.3. Postawa feministyczna i rola społeczna kobiety	14
2.1.4. Tożsamość seksualna i płciowa.....	17
2.1.5. Typy jadłowstrętu psychicznego a funkcjonowanie psychoseksualne.....	18
2.2. Paradygmat psychoanalityczny i molestowanie seksualne.....	20
3.Cel pracy i hipotezy badawcze	25
4.Metodyka badań.....	26
4.1.Charakterystyka ogólna grupy badanej	26
4.2. Narzędzia badawcze.....	28
4.2.1. Kwestionariusz osobowy	28
4.2.2. Kwestionariusz funkcjonowania psychoseksualnego.....	29
4.2.3.Kwestionariusz Postaw wobec Odżywiania (EAT-26)	30
4.2.4.Ankieta wiktylizacji młodzieży	31
4.3.Plan badań	32
4.4.Metody statystyczne	33
5. Wyniki badań	35
5.1. Charakterystyka opisowa grupy badanej i kontrolnej.....	35
5.2. Wyniki dotyczące czynników psychoseksualnych uzyskane w grupie badanej ...	50
5.2.1. Wyniki oceny związku między dojrzewaniem płciowym a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego.....	50
5.2.2. Wyniki oceny związku między utożsamianiem się z rolą kobiecą a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego	51
5.2.3. Wyniki oceny związku między identyfikacją płciową i skłonnościami homoseksualnymi a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego.....	53
5.2.4. Wyniki oceny związku między przekonaniami na temat sfery psychoseksualnej a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego.....	54
5.2.5. Wynik zależności nieudzielania odpowiedzi na pytania a nasilenie objawów jadłowstrętu psychicznego.....	58

6.Dyskusja	60
6.1. Zależność między funkcjonowaniem psychoseksualnym a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego	62
6.1.1. Związek między wiekiem rozpoczęcia dojrzewania płciowego a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt	62
6.1.2. Związek pomiędzy utożsamieniem się z rolą kobiecą a jadłowstręt psychiczny ..	64
6.1.3. Tożsamość płciowa i orientacja seksualna a jadłowstręt psychiczny.....	66
6.1.4. Doświadczenia seksualne dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny.....	68
6.1.5. Przekonania na temat sfery seksualnej a jadłowstręt psychiczny.....	69
6.1.6. Aktywność psychoseksualna	71
6.1.7. Molestowanie seksualne	73
7. Wnioski	75
8.Streszczenie	76
9.Summary	78
10.Piśmiennictwo	80
11.Spis tabel	91
12. Załączniki	93

Wykaz skrótów

- BMI** - ang. Body Mass Index, wskaźnik masy ciała
- DSM- IV** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego
Towarzystwa Psychiatrycznego
- EAT-26** - ang. Eating Attitudes Test-26, Kwestionariusz Postaw wobec
Odżywiania
- ICD-10** - International Statistical Classification of Diseases and Related
Health Problems, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja
Chorób i Problemów Zdrowotnych
- JVQ** - ang. Juvenile Victimization Questionnaire, Ankieta Wiktyimizacji
Dzieci i Młodzieży
- CSA** - ang. Child sexual abuse, Wykorzystanie seksualne dziecka

1. Wstęp

Zaburzenia odżywiania są trzecią pod względem rozpowszechnienia chroniczną chorobą wśród adolescentek w wieku 15- 19 lat.

Jadłowstręt psychiczny to zaburzenie nawyków żywieniowych, w którym chorzy pragną uzyskać masę ciała poniżej norm odpowiednich dla wieku i wzrostu. Choroba ta dotyczy głównie dziewcząt i młodych kobiet, które mogą odbierać pojawienie się cech kobiecych negatywnie, gdyż budzi to w nich lęk. Częstość występowania choroby w ciągu całego życia waha się między 0,5% do 3,7% populacji. Podkreślany jest wpływ czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych [62,93]. Wyniki badań donoszą, że kobiety są bardziej uwrażliwione na bycie otyłą w porównaniu z mężczyznami. Zwracają więcej uwagi na kształt swojego ciała i koncentrują się na sposobach umożliwiających utratę kilogramów [29,55,79].

Badacze od wielu lat zwracają uwagę, że coraz młodsze dziewczynki skupiają się na swojej wadze i stosują diety. Są bardziej zadowolone, jeśli mają niedowagę niż nadwagę. Odkryto, że satysfakcja z wyglądu u płci żeńskiej jest proporcjonalna do zaawansowania stopnia rozwoju drugorzędowych cech płciowych. Im bardziej dojrzała biologicznie dziewczynka, tym większe niezadowolenie z wyglądu [16,28,31]. Smolak i Levine postulowali, że jeśli zaburzenia odżywiania pojawiają się w początkowej fazie adolescencji, to są one związane ze zmianą kształtu ciała i rozwojem sylwetki w kierunku kobiecej [108].

W okresie dojrzewania, który jest fazą normatywnego kryzysu, wynikającego z burzliwie zachodzących przemian dokonujących się na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej, społecznej, młodzi ludzie przywiązują dużą wagę do atrakcyjności fizycznej, budowy ciała i wyglądu [23]. Zmiany fizyczne pojawiające się w trakcie dojrzewania mają duży wpływ na młodych ludzi, ich percepcję ciała, a to wpływa na odniesienie się do owego procesu [31].

Jest to też okres wchodzenia w nowe role społeczne, w tym także, rolę partnera seksualnego. W związku z tym, że zaburzenia odżywiania często mają swój początek w okresie adolescencyjnym, to mogą zaburzać lub utrudniać ten etap.

Uważa się, że problemową kwestią jest, co jest pierwotne, a co wtórne-anoreksja psychiczna, czy negatywne postawy względem seksualności. Spekuluje się, że negatywne nastawienie może być także skutkiem niedożywienia, choć możliwe jest również przyjęcie wtórności jadłowstrętu psychicznego [70]. Postuluje się również istnienie problemu metodologicznego pod postacią trudności w przeprowadzeniu badania wśród chorych, jeśli dotyczy ono krępującego je tematu. Odczuwają one dyskomfort i niechętnie mówią na ten temat [18]. Dotychczasowe badania dotyczące czynników ryzyka zachorowania na anoreksję psychiczną wskazują, że wpływ na rozwój zaburzenia mogą mieć między innymi: wczesne dojrzewanie płciowe i/lub pojawienie się drugorzędowych cech płciowych w ogóle, negatywny stosunek do seksualności- na przykład do masturbacji, czy umawiania się na spotkania z chłopcami, postrzeganie i akceptacja społecznej roli kobiety, a także molestowanie seksualne.

2. Przegląd piśmiennictwa na temat jadłowstrętu psychicznego i funkcjonowania psychoseksualnego dziewcząt

2.1. Postawy względem seksualności

2.1.1. Wpływ dorastania na funkcjonowanie psychoseksualne

Trudno ustalić chronologicznie, co występuje jako pierwsze- negatywna percepcja oznak dojrzewania płciowego, czy to choroba jest pierwotna w stosunku do rozwoju cech kobiecych [75]. Crisp był zdania, że bardzo rzadko anoreksja psychiczna rozwija się przed wystąpieniem pierwszej miesiączki [27]. W literaturze przedmiotu podaje się, że początek dojrzewania, w szczególności menstruacja, są rozpatrywane jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania [30,31,75,78,121].

Zmiany w wyglądzie zachodzące we wczesnej adolescencji mają duży wpływ na percepcję własnego ciała oraz nastroj. Mają odzwierciedlenie w poczuciu własnej wartości [30,31,78]. Dorastanie oznacza nie tylko zmiany w wyglądzie zewnętrznym, seksualności, ale także w kontaktach społecznych, interakcjach rodzinnych. Należy wziąć pod uwagę, że średni wiek rozpoczęcia dojrzewania płciowego obniża się, na przykład, obecnie średnia wieku dla wystąpienia pierwszej miesiączki wynosi 12,3. Dziewczęta, które mają oznaki dojrzewania wcześniej niż ich rówieśnicy mają trudności z poczuciem własnej wartości. Przeżywają więcej stanów lękowo-depresyjnych, zaburzeń adaptacyjnych oraz częściej podejmują próby samobójcze. Okres ten bardziej predysponuje do picia alkoholu, używania narkotyków, palenia tytoniu, czy przedwczesnych doświadczeń seksualnych. Dziewczęta także są bardziej narażone na krytykę, aniżeli chłopcy [78]. W związku z tym, że zaburzenia odżywiania mają najczęściej swój początek w okresie dojrzewania, mogą utrudniać lub opóźniać ten proces. Przed adolescentkami stoi trudne zadanie, by zaadaptować się do zmian w ciele, a także, by zrozumieć fakt, że stają się dojrzałymi biologicznie kobietami [121].

W trakcie dojrzewania zwiększa się ilość tkanki tłuszczowej, szczególnie znaczny

przyrost jest w przypadku dziewcząt, co może wpływać na mniejszą satysfakcję z wyglądu. Oprócz przyrostu masy ciała, istotne są również jego proporcje. Adolescentki są niezadowolone z bioder, ud, czy klatki piersiowej [5,30].

W badaniu de Castro i Goldstein zostało ukazane, że biologicznie dojrzałe dziewczęta okazują więcej niezadowolenia z sylwetki, niż te przed okresem pokwitaniowym. Brak satysfakcji z wyglądu skłania do stosowania restrykcyjnych diet, czy występowania objawów bulimicznych [30].

Hick i Katzman podają, że adolescentki dokonują nietrafnej samooceny dotyczącej zaawansowania rozwoju drugorzędowych cech płciowych. Kiedy badacze zapytali o poziom zaawansowania pokwitania przy użyciu Skali Tannera, pacjentki zlekceważyły rozwój piersi i pojawienie się owłosienia łonowego w 50% przypadków. Badanie ukazuje, w jakim stopniu dziewczęta pragną zachować dziecięcy wygląd [59].

Literatura przedmiotu poświęca sporo uwagi kwestii dotyczącej wczesnego dojrzewania. Podaje się, że dziewczęta z tej grupy są bardziej narażone na zaburzenia jedzenia. Pacjentki, bardziej rozwinięte płciowo, rozwijają patologię odżywiania znacznie częściej niż te, które dojrzewają nieco wolniej [5,97,115]. Badania podają, że zaawansowany poziom pokwitania we wczesnej lub średniej adolescencji sprzyja stosowaniu diet w późnej adolescencji.

Baker i współpracownicy nie uzyskali istotnie statystycznego związku odnośnie wczesnego rozwoju płciowego, a objawami bulimicznymi i zachowaniami anorektycznymi we wczesnej dorosłości. Jednocześnie wykazano brak istotnych różnic między adolescentkami rozwijającymi się później, a tymi o czasie, czy wcześniej w przejawianiu patologii odżywiania. Te doniesienia są zgodne z hipotezami, że wpływ pokwitania na nieprawidłowe nawyki żywieniowe jest uwarunkowany etapem dorastania, w którym występują dane zmiany bez względu na czas rozpoczęcia dojrzewania płciowego. Wczesny początek pokwitania i stopień jego zaawansowania nie jest jedynym okresem zwiększonej podatności na rozwój zaburzenia, ale proces dojrzewania i odchylenia od normy mogą powodować wzrost ryzyka wystąpienia zaburzeń

odżywiania [5].

Zdaniem Potter i współpracowników, pogląd, że początek dojrzewania płciowego może o wiele lat poprzedzać pojawienie się miesiączki jest błędny, a istnieje trend, by właśnie w tym kontekście rozpatrywać młodsze, niemiesiączkujące pacjentki z objawami AN. To może tłumaczyć wpływ rozwoju drugorzędowych cech płciowych na rozwój zaburzeń odżywiania u dziewczynek, które nie mają cykli menstruacyjnych, a pojawiają się inne cechy świadczące o pokwitaniu [91].

Istnieją również doniesienia, że postrzeganie miesiączki u chorych nie różni się od grupy kontrolnej [23]. W badaniu Mangweth-Matzek i współpracowników, wiek rozpoczęcia miesiączkowania nie różnił się od grupy kontrolnej [75].

Istotnym aspektem jest to, że każdy człowiek przechodzi okres dojrzewania płciowego, a nie wszystkie dziewczęta chorują na zaburzenia odżywiania. Może on być jednym z czynników ryzyka rozwoju patologii jedzenia, kiedy występują odchylenia od tego procesu [5]. Zależność ta wchodzi w skład innych predyktorów rozwoju jadłowstrętu psychicznego. Fornari i Dancyger ujęli to tak: „to nie dojrzewanie samo w sobie jest czynnikiem spustowym do wystąpienia ED, ale proces ten wraz z negatywnym spostrzeganiem własnego ciała może być zwiastunem JP” [41].

2.1.2. Aktywność psychoseksualna

W literaturze istnieje teza, że wstyd, a także wstręt do seksualności może być czynnikiem spustowym do zachorowania na JP [4,19,99]. Podaje się, że pacjentki boją się dorosłości, gdyż wiąże się ona z próbą zawarcia związku intymnego. Choroba rozwija się u tych dziewcząt, które nie są gotowe na bliższe i dojrzałe relacje [10,94]. Początki tezy, że chore mają trudności z nawiązywaniem relacji partnerskich, a wręcz niechęć do nich miały miejsce już w 1873 roku w badaniach Lasegue [94].

Istnieje pogląd, że pacjentki nie postrzegają związków partnerskich jako formy samorealizacji, a w przypadku większości zdrowych ludzi jest to dążeniem. Spekulowano, że często chore darzą platoniczną miłością osoby niedostępne, na przykład swoich idoli, czy osoby wyimaginowane. Cytuje się przykład chorej, która korespondowała z mężczyznami i była zainteresowana mailową formą znajomości. Adresy uzyskiwała z biura matrymonialnego, a kończyła relację, gdy któryś odbiorca proponował spotkanie [101].

Pacjentki charakteryzują się ubogą wiedzą na temat seksualności, antykoncepcji, rzadko miewają fantazje erotyczne. Czasem unikają artykułów, czy programów o tej tematyce [10,32,94,121]. W badaniu Beumont i współpracowników dziewczęta w większości negatywnie odnosiły się do zawarcia małżeństwa, choć niektóre badane deklarowały chęć zamążpójścia. Z niechęcią postrzegały ciążę, życie seksualne, również w małżeństwie, masturbację i związki homoseksualne. Swoje intymne doświadczenie oceniają negatywnie, borykają się z poczuciem winy, aczkolwiek 58% chorych onanizowało się, a niektóre miały doświadczenia z partnerem tej samej płci. Badacze wysnuli wniosek, iż być może aktywność psychoseksualna chorych może być zbliżona do grupy kontrolnej, a jedynie występują epizody, gdy libido jest bardzo niskie, co może być powiązane z gwałtownym spadkiem wagi [10]. Postuluje się, że przed zachorowaniem libido znajdowało się na przeciętnym poziomie. W czasie trwania choroby zainteresowanie seksualnością zmniejsza się,

a może być też całkowicie odrzucone [10,50,90,101]. Istnieje pogląd, że pacjentki, które dopuszczają się relacji intymnych wiążą się z niewymagającymi partnerami i unikają bliskości, a także rozmów o niej [101].

Istnieje empiryczny związek między reaktywnością seksualną a masą ciała. Libido jest mniejsze, im niższa jest waga pacjentki [50,70,83,90,125]. Po powrocie do zdrowia wzrasta zainteresowanie relacjami intymnymi. Badania dowodzą, że chore na anoreksję psychiczną o typie bulimicznym zgłaszają nieco wyższy popęd seksualny niż pacjentki o typie restrykcyjnym [1,83]. Głoszona jest hipoteza, że, jeśli u chorych następuje normalizacja wagi, badana jest wówczas postrzegana jako atrakcyjniejsza. Bycie wychudzoną traktują jako ochronę przed seksualnością [101]. Również zaburzenia endokrynne (upośledzona praca jajników) wpływa na popęd seksualny.

Pacjentki, wypierając swą kobiecość, tym samym nie dają sobie przyzwolenia na czerpanie przyjemności z aktywności psychoseksualnej, jednakże zdarza się, że chore o typie restrykcyjnym mogą spełniać się poprzez masturbację. Problem występuje, jeśli sytuacja intymna ma miejsce z drugim człowiekiem [122,125]. Czasami onanizowanie się stanowi formę zastępczą, jest kompensacją relacji społecznych [125].

Zdaniem Eysenck'a większy wpływ wywierają cechy osobowościowe, aniżeli choroba na popęd seksualny i satysfakcję z niego płynącą [35]. W piśmiennictwie znajduje się pogląd, że obok patologii jedzenia muszą mieć miejsce czynniki osobowościowe [1,32,90,121]. Zwraca się uwagę również na zaburzenia depresyjne, w których pacjent skarży się na spadek libido, a mogą towarzyszyć one anoreksji.

Badania sugerują, by dokładniej przyjrzeć się powiązaniu jadłowstrętu i sztywnych postaw względem seksualności poprzez ujęcie jej w szerszym kontekście. Badacze sugerują, by wziąć pod uwagę cały rozwój psychoseksualny, a także możliwość wystąpienia molestowania seksualnego. Należy również rozpatrywać sytuację rodzinną i więzi między członkami [125]. W rodzinach anorektycznych sztywność klimatu i zachowań dotyczą także sfery seksualnej-

rodzice nie rozmawiają z dziećmi na ten temat, panuje poczucie wstydu przed nagością i ciałem [74].

Uważa się, że jeśli pacjentki mają wysokie poczucie atrakcyjności seksualnej (sexual selfschema) to wachlarz zachowań i zadowolenia z intymnej sfery życia jest większy [4]. Aczkolwiek większość chorych nie lubi czuć się atrakcyjnie seksualnie [94,121].

Pacjentki rzadko podejmują współżycie przed ślubem. Jeśli są temu przeciwnie, a współżyły, mogą chcieć ukarać się i zapanować nad popędem poprzez wygłodzenie [77]. Chore, które mają bardzo wrogi stosunek do współżycia i ciąży, mogą odczuwać stany lękowe [19,23,50,70,90].

W badaniu Cantelon i współpracowników uzyskano wynik, że chore tak samo pragną mieć potomstwo jak dziewczęta z grupy kontrolnej, aczkolwiek bardziej boją się ciąży. Badacze uważają, że negatywne odniesienie do seksualności nie jest obserwowane u każdej pacjentki. Procent chorych, które nie chcą mieć dzieci jest porównywalny jak w grupie zdrowych [23]. Większość boi się zajścia w ciążę, gdyż kojarzy im się ona z dużym brzuchem. Niektóre z nich mają wstręt do owego stanu [19,23,121].

Bardzo rzadko występują doniesienia o zachowaniach promiskuitycznych. Spośród dwudziestu sześciu dziewcząt, siedemnaście procent chorych manifestowało owe zachowania. Istotny jest fakt, że miały one miejsce przed zachorowaniem [25].

Empiryczny związek pomiędzy zaburzeniem odżywiania a funkcjonowaniem psychoseksualnym jest niejasny [121]. Warto zauważyć, że sceptyczne podejście do relacji intymnych, seksualności, mogło się pojawić przed zachorowaniem [75]. Trudności w badaniu stanowi również niechęć do mówienia na owe tematy [125].

2.1.3. Postawa feministyczna i rola społeczna kobiety

Tradycyjne spostrzeganie męskości i kobiecości w dzisiejszych czasach zostało naruszone. Żyjemy w okresie różnorodnych przemian, nie tylko społecznych, ale też moralnych, etycznych jak i seksualnych [69,107]. Do lat sześćdziesiątych istniał pogląd, że człowiek może być żeński albo męski. Bem, twórczyni zweryfikowanych koncepcji płci psychologicznej zakwestionowała taki sposób ujmowania. Kobiecość i męskość to dwa osobowościowe wymiary [9]. Podział na te dwie dychotomiczne role ma za zadanie ustalać zachowania, które są przypisane do danej płci. Ideologia feminizmu zakłada, że te bieguny mogą ulec przemieszeniu [112]. Stereotypowo wzorzec męski wiąże się z zarabianiem pieniędzy, rozwijaniem kariery, aktywnością, a także odwagą i egocentryzmem. Kobiety miały rodzić dzieci, prowadzić dom. Cechowały się biernością, niskim poziomem aspiracji i emocjonalnością [61].

W literaturze podaje się, że chore na jadłowstręt psychiczny wypierają tradycyjną rolę kobiety. Pacjentki wiążą ją z byciem zależną i bierną [13,61,101,107,112]. Przeprowadzono badanie wśród studentek i uzyskano wniosek, że kobiety, które sprzeciwiają się stereotypowej roli są dwukrotnie bardziej narażone na zaburzenia odżywiania, głównie anoreksję typu bulimicznego [105]. Istnieje pogląd, że dziewczęta, które w dzieciństwie zinternalizowały wzorzec kobiety jako gospodyni domowej są bardziej narażone na indukcję nieprawidłowego sposobu odżywiania. Zauważono też wpływ ojców na rozwój patologii jedzenia, jeżeli postrzegali oni swoje żony jako gorsze, mniej inteligentne i jeśli w rodzinie był układ patriarchalny [106].

Zakłada się, że jeśli kobieta identyfikuje się z ideologią feminizmu, to ma mniejsze szanse na rozwój owego zaburzenia. Wiąże się to z zadowoleniem z wyglądu i ogólnym poczuciem własnej wartości [111]. Sprzeczny wniosek uzyskano nad populacją czarnoskórych dziewcząt mieszkających w Stanach Zjednoczonych. Twierdzi się, że obecnie feministki chcąc wyzbyć się kobiecości, są wychudzone, a za tym może iść rozwój patologii jedzenia [12].

Antagonistyczny pogląd głosi, że zachowanie dziewcząt zgodne ze stereotypowym spojrzeniem może być czynnikiem do rozwoju jedzenia w adolescencji [7,24,68,76,100]. Zauważono paradoksy - bycie szczupłą wpisane jest w pojęcie kobiecości, a jednocześnie chudość jest jej wyparciem [114]. Dziewczeta te, chcąc wpisywać się w kanony piękna są częściej niezadowolone ze swojego wyglądu [7,60,111].

Często poprzez wywieranie presji kobiety odczuwają stres związany ze swoją rolą społeczną. Mają być jednocześnie żonami, matkami, córkami, pracować zawodowo i zajmować się domem, a przy tym wszystkim mają być atrakcyjne fizycznie. Konfrontując swoje możliwości i nacisk społeczny, może być zwiększone ryzyko zaburzeń odżywiania [7]. Istnieje badanie, w którym uzyskano wnioski, że chore mają reprezentować tradycyjne poglądy, ale tłumaczy się ten fakt, iż nie dążą do ich realizacji dla siebie, tylko w celu sprostania wymaganiom innych, na przykład rodziców [112].

Warto zwrócić uwagę na kreowanie przedmiotowego wizerunku kobiet przez media. Niektóre z nich w ramach sprzeciwu, mogą odchudzać się do tego stopnia, by nie być kobiece i z sylwetki upodobnić się do wyglądu męskiego. Inne z kolei, chcąc wpisywać się w kanony piękna, mogą wpaść w pułapkę anoreksji, a także cierpieć na depresję, czy problemy natury seksualnej [42,110]. Feministki są mniej podatne na owe standardy i mają wyższą samoocenę [80,98].

Podsumowując, nie należy rozdzielać męskości i kobiecości od siebie. Obecnie jest to wręcz utrudnione. Uważa się, że kobiety androgyniczne mają mniejsze prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń odżywiania [58]. Akcent kładzie się na poczucie własnej wartości, które może być kluczowe w badaniu tej zależności [58,84]. Nie da się jednoznacznie określić, czy wymiar „kobiecość” sprzyja, czy nie, patologii nawyków odżywiania się, gdyż nie należy traktować go w odosobnieniu od innych czynników [24,58]. Trudno jest też zoperacjonalizować obydwa wymiary, z powodu gwałtownych zmian społeczno-kulturowych [84].

W nawiązaniu do feminizmu, należy pamiętać, że nie zawsze ideologia

przekłada się na zachowania, które mogą dotyczyć kwestii wyglądu. Może być tak, że feministki podążają za standardami urody, które obowiązują w danej kulturze. Zdarza się, że respondenci, mając samodzielnie uzupełniać kwestionariusze, mogą fałszować wyniki, bądź być niezdolne do dokonania samooceny, czy też charakteryzować się brakiem wglądu w swoje przekonania [12].

2.1.4. Tożsamość seksualna i płciowa

Należy wziąć pod uwagę, że orientacja seksualna powstaje w okresie życia płodowego i kształtuje się długo, a w przypadku kobiet proces ten jest dłuższy. Istnieje pogląd, że orientacja seksualna wpływa na stopień zadowolenia z ciała. Według badań lesbijki są bardziej usatysfakcjonowane z wyglądu aniżeli kobiety heteroseksualne. Stosują mniej diet [43,68]. Zwraca się uwagę na fakt większej tolerancji homoseksualistek do wyglądu i wagi [103]. Aczkolwiek nie wszystkie badania potwierdzają tę tezę [15].

Zaburzoną identyfikację płciową można rozpoznać, gdy człowiek ukończył osiemnaście lat. Diagnostykę można rozpocząć, gdy ma lat siedemnaście, ale za zgodą prawnych opiekunów. Proces diagnostyczny jest bardzo długi i skomplikowany [67].

Literatura podaje opis przypadku transseksualisty K/M. Zwrócono uwagę, że dwudziestoczteroletnia pacjentka miała zdiagnozowane zaburzenie osobowości typu borderline, jadłowstręt psychiczny typu bulimicznego oraz depresyjne zaburzenie nastroju. Uważano, że patologia jedzenia może być manifestacją zmiany fizycznej z wyglądu kobiecego na męski, albo może być eksternalizacją konfliktu identyfikacji płciowej [37].

Istnieje też teza, że kobiety rysujące w teście projekcyjnym „Postać Ludzka” męczyznę są bardziej skłonne rozwinąć zaburzenia odżywiania [105].

2.1.5. Typy jadłowstrętu psychicznego a funkcjonowanie psychoseksualne

W Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV wyodrębniono dwa typy jadłowstrętu psychicznego. Typ „restrykcyjny” (ograniczający) charakteryzuje się postępującą utratą masy ciała poprzez stałe zmniejszanie ilości kalorii spożywanych w ciągu dnia. W obrazie klinicznym typu bulimicznego (żałoczno-wydalającego) charakterystyczne jest występowanie epizodów niekontrolowanego objadania się, a w celu zmniejszenia wagi stosuje się środki przeczyszczające, moczopędne, czy lewatywy, a także możliwe jest występowanie prowokowanych wymiotów [3].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wyodrębnia także jadłowstręt psychiczny atypowy, w którym do decyzji badacza należy stwierdzić, jakie są typy kryteriów oraz ich liczba, by postawić diagnozę anoreksji [92].

Wyodrębnienie typów jadłowstrętu psychicznego pozwoliło zróżnicować chore pod względem ich postaw do seksualności. Literatura przedmiotu opisuje szerokie spectrum dotyczące zachowań seksualnych, postaw oraz wiedzy na temat seksualności i dojrzewania płciowego wśród pacjentek [1,10,11,18,46]. Beumont i zespół analizując historie trzydziestu jeden pacjentek, zauważyli, że grupa ta różni się znacząco pod względem funkcjonowania psychoseksualnego, co było inspiracją do dalszych badań [10]. Ustanowiono podział biorąc pod uwagę dominujące zachowanie mające na celu redukcję wagi. Abraham i Beumont wskazali, że grupa pierwsza obejmowała pacjentki, które całkowicie wypierały seksualność, a rozwój drugorzędowych cech płciowych był znacznie opóźniony. Charakteryzowały się sztywnością myślenia i głównie dzięki ograniczeniu podaży kalorii uzyskiwały oczekiwaną przez siebie wagę. Cechowały się negatywnym stosunkiem do oznak dojrzewania i niską wiedzą na temat seksualności oraz anatomii ciała. Rozwój płciowy w drugiej grupie postępował wolno i oprócz restrykcyjnej diety, dziewczęta dużo ćwiczyły. Dopuszczały sporadycznie stosowanie środków przeczyszczających i diuretyków.

Pacjentki opisane jako „seksualnie pasywne” często stosują lewatywy oraz zwracają treść pokarmową z żołądka. Mają mniej konserwatywne poglądy dotyczące seksualności. Zdaniem badaczy w czwartej grupie występuje promiskuityzm i histrioniczne cechy osobowości. Podejście do spółkowania jest bardzo liberalne [1].

Istnieją doniesienia o nielicznych zachowaniach promiskuitycznych wśród chorych na jadłowstręt psychiczny, jednakże występowały one, zanim choroba w pełni się rozwinęła [52].

Zdaniem Eysenck’a to cechy osobowości, na przykład ekstrawersja jest determinującym czynnikiem, który wpływa na zachowania psychoseksualne, a nie stosowane metody utraty wagi [35].

Eddy i zespół postulował, iż konstelacja cech osobowości chorych prowadzi do internalizacji bądź eksternalizacji zachowań, co przekłada się również na aktywność seksualną. Badacze przyjmują, że typ restrykcyjny jest bardziej sztywny i zahamowany, co może odzwierciedlać się w funkcjonowaniu psychoseksualnym [32].

Literatura przedmiotu skupia się również na porównaniu anoreksji z bulimią, w której występują zachowania kompensacyjne, jak przeczyszczanie, czy wymioty. W bulimii mamy do czynienia z postawą bardziej liberalną w odniesieniu do seksualności, a to może poniekąd „tłumaczyć”, iż typ anoreksji „żarłoczno-wydalający” jest mniej konserwatywny aniżeli „restrykcyjny” [32,54,81,97,122].

W nawiązaniu do wyodrębnienia w ICD-10 jadłowstrętu atypowego, Vaz-Leal i Salcedo- Salcedo porównali podejście do seksualności wśród czterdziestu dwóch dziewcząt z diagnozą JP, również o postaci „atypowej”. Na podstawie badania stwierdzili, że pacjentki o obrazie nietypowym rzadziej się masturbują oraz uprawiają aktywność seksualną bez immisji członka (stosunek udowy-coitus), aniżeli pacjentki z typowym obrazem klinicznym [125].

Występują również doniesienia traktujące dziewczęta chore na AN jako grupę homogeniczną w odniesieniu do funkcjonowania seksualnego [94].

2.2. Paradygmat psychoanalityczny i molestowanie seksualne

Pierwszą próbę interpretacji anoreksji w nurcie psychoanalitycznym podjął Freud. Porównał jadłowstręt psychiczny do melancholii, która występuje u niedojrzałych seksualnie dziewcząt [101].

W rozumieniu psychoanalitycznym, w okresie adolescencji budowana jest tożsamość psychoseksualna, jednakże u osób z zaburzeniami odżywiania, proces ten jest bardziej konfliktowy. Istnieją różne podejścia 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 pragnień seksualnych i osiągnięcia dojrzałości psychoseksualnej. U pacjentek anorektycznych występuje regresja do wcześniejszych faz rozwojowych w zetknięciu z konfliktem edypalnym. Jeśli występuje 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 jest walką z popędami seksualnymi. Faza analna symbolizuje tendencje sadomasochistyczne. W przypadku fiksacji oralnej spotykamy się ze złożoną psychopatologią, gdzie anoreksja psychiczna jest jednym z kilku zaburzeń [86].

Psychoanalicycy uważali, że konflikt z rozwijającą się seksualnością jest podstawowym czynnikiem do rozwoju zaburzeń odżywiania [101,121]. Anoreksja to odrzucenie kobiecości i regresja w rozwoju psychoseksualnym [101]. Pacjentki nie jedzą w obronie przed oralnym zapłodnieniem. Objawy bulimiczne rozumiane są jako negowanie zajścia w ciążę [19,77,94,121]. Zatem, zaburzenie to, jest definiowane jako powrót do etapu preadolescencji, gdzie występuje odmowa seksualności poprzez dziecięcy wygląd i brak miesiączki [19].

Perspektywa ta, często opisuje związek między molestowaniem seksualnym a zaburzeniami odżywiania [64,96]. Ofiary wykorzystania mogą czuć się

„zdradzone” przez swoje ciało, jeśli molestowanie wywołało fizjologiczne podniecenie. Obwiniając się, chcą być aseksualne, ukarać się przez głodówkę. Ciekawy przypadek opisuje Colin A. Ross, mianowicie pacjentka chorowała na zaburzenia odżywiania i jadła jedynie zupę pomidorową. Nie przyjmowała pokarmów stałych w jakiegokolwiek postaci, piła tylko płyny. Mieszkała z rodzicami, aczkolwiek zrezygnowała ze swojego pokoju, który sąsiadował z sypialnią rodziców i przeniosła swoje rzeczy na strych. Analizując wnioski z badania psychiatrycznego i psychologicznego, badacz doszedł do wniosku, że dziewczynka może być ofiarą kazirodztwa. Badana cierpiała na anoreksję o typie restrykcyjnym, a pokarmy stałe uległy generalizacji i zostały skojarzone z męskim członkiem [96].

Podsumowując, anoreksja to mechanizm obronny skierowany przeciw procesowi dojrzewania. Pacjentki dążą do ascezy i aseksualnego życia.

W literaturze anglojęzycznej spotykamy się z terminem „child sexual abuse” (CSA). Według Światowej Organizacji Zdrowia (1986) termin oznacza „nadużywanie dziecka dla uzyskiwania przyjemności seksualnej przez osoby starsze i dorosłe” Podział CSA według Kathleen Faller był następujący: bez kontaktu fizycznego, na przykład rozmowy o treści seksualnej, pobudzanie intymnych sfer ciała dziecka, kontakty oralno- genitalne, stosunki udowe, penetracja również za pomocą palca i przedmiotu, wyzyskiwanie, ale także używanie innych form przemocy, na przykład defekacji [71,72]. Trafna definicja wykorzystania seksualnego według Schechtera i Robergera uwzględnia normy społeczne i rozwojowe, ale również kwestię zdolności dziecka do zaakceptowania czynu lubieżnego. Standing Committe on Sexual Abused Children to zjawisko ujęli w następujący sposób „dzieckiem seksualnie wykorzystanym uznać można każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeżeli osoba dojrzała seksualnie, czy to przez świadome działanie, czy też przez zaniedbanie swoich społecznych obowiązków lub obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko, dopuszcza do zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej”. Ta

definicja rozstrzyga problem, czy aktywność jest związana z formą przymusu, czy nie, czy dotyczy kontaktów genitalnych lub fizycznych, czy jest przez dziecko inicjowane i jakie pozostawia szkody. Wiek bezwzględnej ochrony dziecka określa prawo- w Polsce piętnaście lat. Bardzo ważne, by w definiowaniu odnieść się do intencji sprawcy i do faktu, że molestowanie może odbyć się bez świadomości dziecka [51].

Stopień, w jakim mogą być powiązane zaburzenia odżywiania z wykorzystaniem seksualnym bądź innymi czynnościami tej natury jest szeroko badany i niesie za sobą dużo implikacji [21,124]. Nie mniej niż pięćdziesiąt procent ofiar molestowania seksualnego w dzieciństwie przejawia długoterminowe problemy psychiczne. Około dwadzieścia procent prezentuje poważną psychopatologię [17].

W literaturze porusza się wpływ molestowania na zaburzenia percepcji wyglądu. Ofiara postrzega swoje ciało jako słabe, wstydlive i czuje się zdradzona. By zrozumieć istotę przestępstwa oraz poradzić sobie z traumą odnajdują winę w swojej aparycji [17,21,64,73,116]. Ofiary mają niskie poczucie własnej wartości, przez co, chcą ukarać swoje ciało i odczuwają wstręt do niego [73,87]. Poszkodowane odczuwają zdradę dotkliwiej, jeśli wykorzystanie wywołało fizjologiczne podniecenie. W efekcie chcą „pozbyć się ciała” i osiągnąć kontrolę [64].

Istnieją również badania, w których nie udało się potwierdzić wpływu niepożądanych doświadczeń seksualnych na percepcję ciała i wystąpienie zaburzeń odżywiania [36,40,120].

Wydaje się prawdopodobne, iż niepożądane czynności seksualne mogą wpływać na wystąpienie zaburzeń odżywiania. W badaniu Calam i współpracowników najczęściej występował niechciany dotyk i próby gwałtu [21].

W literaturze opisano przypadek pacjentki chorej na anoreksję psychiczną, która doświadczyła molestowania seksualnego przez Internet. Badana między czternastym a szesnastym rokiem życia weekendy spędzała u rodziców (wychowywana przez dziadków) i wówczas korzystała z Internetu.

Miała niewielką ilość znajomych w realnym świecie. Nawiązała wirtualny kontakt z osobą, która przedstawiła się jako dwudziestodwuletni student. Ważnym aspektem jest fakt, iż rok wcześniej zawarła znajomość internetową, ale została ona zakończona na prośbę ojca pacjentki. Początkowo nowy kolega był nieśmiały, zainteresowania seksualne dziewczynką oraz wiadomości o treści erotycznej pojawiły się po pewnym czasie. Pacjentkę ogarnął lęk, gdy okazało się, że mężczyzna ma pięćdziesiąt jeden lat i cierpi na fobię społeczną oraz jest niezdolny do kontaktów intymnych w realnym świecie. Po tym zdarzeniu dziewczynka schudła dwadzieścia osiem kilogramów poprzez restrykcyjne ograniczanie jedzenia. Spełniała wszystkie kryteria anoreksji w DSM IV. Warto dodać, że miała trudności z zerwaniem tej wirtualnej znajomości. Zdaniem badaczy występuje tu związek przyczynowo- skutkowy między traumą o podłożu seksualnym a zaburzeniami odżywiania [49].

Na wystąpienie zaburzenia wpływa powiązanie molestowania z innymi czynnikami, jak otrzymanie wsparcia, czy cechy osobowości ofiary [85,109]. W pokonywaniu traumy bardzo istotne jest wsparcie ze strony rodziny [17].

Istnieją doniesienia, że typ molestowania seksualnego nie jest specyficzny w historii choroby pacjentki z zaburzeniami odżywiania [96]. Badania dowodzą, że wpływ CSA na wystąpienie patologii jedzenia jest silniejszy, jeśli wykorzystanie zawierało komponent nadużycia emocjonalnego [65]. Zwrócono też uwagę na cechy molestowania, jak na przykład, czy sprawcą był członek rodziny [34,118]. Natomiast badania Zlotnick i współpracowników nie wykryło tego związku [126].

W literaturze przedmiotu podaje się, że wykorzystanie seksualne częściej występuje w przypadku chorych na anoreksję typu żarłoczno-wydalającego, aniżeli restrykcyjnym [34,117,118,119].

W badaniu Thomsona i współpracowników wnioskowano, że wykorzystanie seksualne zwiększa częstotliwość prowokowania wymiotów i stosowania pigułek odchudzających [113]. Wykorzystanie seksualne może być czynnikiem sprzyjającym rozwojowi jadłowstrętu psychicznego [17,36,49,73,109,116,120].

Pacjentki często głodzą się, by być nieatrakcyjne dla potencjalnego sprawcy. Chcą uzyskać wygląd dziecka. Ta teza ignoruje fakt, że wykorzystanie mogło mieć miejsce w dzieciństwie [96]. Motyw „bycia niewidzialną” również występuje wśród pacjentek, jak również samobójstwo poprzez zagłodzenie się. Dziecko, chcąc się ukarać, gdyż czuje się winne, twierdzi, że nie zasługuje na jedzenie. Sprawca mógł też częstować ofiarę słodyczami, co skutkowało znaczącym ograniczeniem jedzenia. Oczyszczanie ciała ze złych emocji, a także nasienia jest istotnym czynnikiem w psychopatologii [96].

Zdaniem Cachelin i współpracowników nie ma związku pomiędzy wykorzystaniem seksualnym, a typem zaburzenia odżywiania. Uważają, że może być to czynnik ryzyka, gdyż w porównaniu z grupą kontrolną, częściej pacjentki z anoreksją relacjonują molestowanie [20].

Molestowanie seksualne mające miejsce w dzieciństwie jest ciężką traumą i może wpływać na rozwój psychopatologii i zaburzonych zachowań u ofiar. Przemoc seksualna nie jest niezbędna do wystąpienia zaburzenia odżywiania, ale może być czynnikiem ryzyka [45]. Trudności metodologiczne polegają na zdefiniowaniu terminu oraz na zmierzeniu zasięgu owej patologii [56].

3.Cel pracy i hipotezy badawcze

Celem pracy jest opisanie funkcjonowania psychoseksualnego dziewcząt chorujących na anoreksję.

Sformułowano następujące hipotezy:

1. Funkcjonowanie psychoseksualne dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny różni się od zachowań w grupie adolescentek nie przejawiających patologii odżywiania się.
2. Pacjentki są bardziej zahamowane w sferze psychoseksualnej niż respondentki z grupy kontrolnej.
3. Dojrzewanie płciowe ma związek z wystąpieniem anoreksji psychicznej.
4. Molestowanie seksualne ma związek z wystąpieniem jadłowstrętu psychicznego.
5. Funkcjonowanie psychoseksualne wpływa na nasilenie patologii odżywiania się.

4. Metodyka badań

4.1. Charakterystyka ogólna grupy badanej

W badaniu wzięło udział 80 dziewcząt, w tym 40 pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego (nie wyodrębniano typów anoreksji, gdyż nie to stanowiło meritum pracy) i 40 dziewcząt z grupy kontrolnej. Rozpoznanie choroby opierało się na podstawie kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych w DSM-IV [3]. U wszystkich pacjentek zdiagnozowano zaburzenia osi hormonalnej podwzgórze- przysadka- jajniki, które objawiają się w brakiem kiedykolwiek występowania cyklu menstruacyjnego u 35 pacjentek, nieregularnym jego występowaniem u 2, a 3 pacjentki kiedyś miesiączkowały, obecnie nie. Porównując dziewczęta z grupy kontrolnej miesiączkują regularnie. Respondentki były w przedziale wiekowym od 16 do 22 roku życia. Pacjentki były hospitalizowane w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży oraz Klinice Psychiatrii Dorosłych. Grupę kontrolną stanowiły uczennice z losowo wybranych szkół na terenie Poznania (gimnazjum, liceum, technikum, szkół wyższych). W trakcie hospitalizacji chore zostały objęte standardowym programem leczenia: kontrakt behawioralny dotyczący wzrostu wagi, zasad odżywiania się, a także uzyskiwania przywilejów, za ich przestrzeganie, kontroli nawyków dezadaptacyjnych, terapię grupową, (nie wszystkie pacjentki wyraziły chęć uczestnictwa), terapię indywidualną, krótkoterminową. Pacjentki mogły brać udział również w treningach relaksacyjnych, kinezyterapii oraz terapii zajęciowej. Czasem wdrażano leczenie farmakologiczne, stosując leki przeciwdepresyjne (mirtazapinę, bądź mianserynę w dawce 15-30 mg na dobę) oraz, gdy następował przyrost masy ciała, wdrażano leki z grupy SSRI (fluoksetynę do 40 mg/dobę oraz sertralinę do 100 mg/dobę). Niektóre pacjentki były nadruchliwe i wtedy personel leczący przepisywał olanzapinę w dawkach 2,5- 5 mg/d. Należy pamiętać, że leki z grupy SSRI, na przykład odpowiedzialne za wychwyt zwrotny serotoniny mogą powodować obniżenie libido, czy zainteresowanie seksualnością w ogóle. Nie wszystkie pacjentki ukończyły planowany program leczenia (niektóre szybciej

uzyskiwały pożądaną i wyznaczoną przez lekarzy masę ciała i nie chciały przedłużyć prewencyjnie pobytu, czy korzystać z psychoterapii w warunkach klinicznych). W przypadku dziewcząt (z obu grup) w wieku od 16-18 lat zgodę wyraziły respondentki, jak również jeden z ich rodziców lub prawny opiekun, natomiast osoby pełnoletnie wyraziły samodzielnie zgodę na udział w badaniach.

Projekt badawczy uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

4.2. Narzędzia badawcze

4.2.1. Kwestionariusz osobowy

Respondentki udzielały odpowiedzi na pytania samodzielnie, w razie jakichkolwiek wątpliwości, wyjaśniano nurtujące zagadnienia.

Kwestionariusz obejmuje następujące kwestie:

- dane demograficzne pacjentek,
- aktualną masę ciała,
- aktualny wzrost,
- sposoby regulacji masy ciała,
- wywiad rodzinny (struktura rodziny),
- wiek pojawienia się drugorzędowych cech płciowych,
- wystąpienie pierwszej miesiączki,
- choroby występujące w rodzinie (psychiczne i/lub somatyczne)
- towarzyszące choroby psychiczne i fizyczne
- korzystanie z form specjalistycznej pomocy (farmakoterapia/psychoterapia),
- doświadczenia seksualne.

4.2.2. Kwestionariusz funkcjonowania psychoseksualnego

Seksualność to niezbywalny atrybut człowieka, który sprawia, że na każdym etapie życia można podejmować nowe związane z nią wyzwania, cieszyć się jej nowymi aspektami i przyjmować wynikające z niej ograniczenia. To, w jaki sposób ludzie funkcjonują seksualnie, zależy od bardzo wielu czynników, między innymi od osobistych postaw oraz preferencji, które kształtują się w procesie rozwoju seksualnego. Jest to kwestionariusz własnego autorstwa. Podczas formułowania pytań korzystano z literatury, na przykład Bem, Cantrell, Kucz [9,24,67]. Składa się z dwudziestu dziewięciu pytań, warianty odpowiedzi to *abcd*, czasem występuje opcja *e*. W każdym pytaniu, czy twierdzeniu respondentka może nie udzielać odpowiedzi, wybierając zdanie „nie chcę ujawniać swojej opinii”.

Poruszono następujące aspekty odnośnie:

- reguł życia społecznego,
- postaw względem seksualności,
- aspektów seksualności,
- preferencji.

4.2.3. Kwestionariusz Postaw wobec Odżywiania (EAT-26)

Eating Attitudes Test-26- to metoda screeningowa w celu wykrycia wczesnych symptomów zaburzeń odżywiania w populacji i nie jest metodą diagnostyczną. W praktyce klinicznej pomaga ocenić nasilenie objawów zaburzenia odżywiania, a później monitoruje proces chorobowy w trakcie jej leczenia, a także w późniejszym czasie. Kwestionariusz zawiera 26 pytań i pomaga ocenić trzy obszary objawów, które mieszczą się w 3 podskalach, mianowicie:

- odchudzanie się (dieting),
- bulimia i nadmierna koncentracja na jedzeniu (bulimia and food preoccupation),
- kontrola (oral control).

Minimalna ilość punktów wynosi „0”, maksymalna „3”, co jest tożsame z najbardziej natężoną badaną cechą. Im większa liczba punktów, tym bardziej nasilone objawy choroby [47,48].

4.2. Ankieta wiktylizacji młodzieży

The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) - Kwestionariusz został zaprojektowany przez Sherry L. Hamby i Davida Finkelhora w 2001 roku w celu zbierania danych o skali wiktylizacji dzieci i młodzieży [38]. Opracowanie, które stosuje się do badań w Polsce opracowała dr Monika Sajkowska, wykorzystując zastosowaną w nim koncepcję wiktylizacji. Autorka wprowadziła szereg zmian i uzupełnień, by narzędzie dostosować do warunków polskich. Pytania kwestionariusza zastosowanego w badaniach dotyczyły różnych form wiktylizacji- wykorzystywania i przemocy zarówno ze strony rówieśników, jak i dorosłych. W celu ułatwienia zrozumienia pytania i uniknąć poczucia osamotnienia w problemie, każde z pytań było poprzedzone krótką historyjką, która opisywała sytuację, która może spotkać każde dziecko, czy nastolatka. Pytano o doświadczenia badanych w ciągu całego życia. W przypadku nadużycia seksualnego również pytano o zdarzenia, które miały miejsce przed ukończeniem przez respondenta 15. roku życia. (Sajkowska,2011; informacja ustna).

4.3. Plan badań

Wszystkie badania zostały przeprowadzone w ciągu trzech tygodni po przyjęciu do szpitala. W przypadku pacjentek (n=40) między 16-18 rokiem życia była wymagana zgoda jednego z rodziców lub opiekuna prawnego, a w ciągu pierwszych dwóch tygodni pacjentki chore na jadłowstręt psychiczny muszą przestrzegać kontraktu behawioralnego. Zawiera on zasadę „zakazu odwiedzin” dla tych pacjentek, dlatego nie można było wcześniej wykonać badania. Oceny towarzyszących patologii psychicznej dokonano na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w ICD-10 [74]. Grupa kontrolna (n=40) to losowo wybrane respondentki w wieku od 16-22 lat.

4.4. Metody statystyczne

Do opisu wieku, wzrostu, masy ciała, BMI, wieku, w jakim była dziewczynka, gdy zaczęła miesiączkować, a także, gdy zaczęły pojawiać się inne oznaki procesu dojrzewania, jak pojawienie się owłosienia łonowego, czy rozwój piersi użyto średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego, mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej wyznaczając zakres. Aby porównać dwie grupy- dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny oraz dziewcząt, które nie przejawiają patologii jedzenia sprawdzono czy ww. parametry mają rozkład zgodny z rozkładem normalnym testem Shapiro-Wilka w każdej z grup. Gdy potwierdzono zgodność z rozkładem normalnym dla homogenicznych wariancji zastosowano test t-Studenta w modelu zmiennych niezależnych. Gdy nie potwierdzono zgodności z rozkładem normalnym zastosowano test nieparametryczny Manna-Whitneya.

Do opisu wariantów odpowiedzi na pytania w kwestionariuszach-osobowym i funkcjonowania psychoseksualnego wyznaczono ich liczebności i odpowiadające im wartości procentowe. Do porównania analizowanych grup, w pytaniach które były na skali porządkowej tj. była gradacja, wykorzystano test nieparametryczny Manna-Whitneya. Natomiast, gdy gradacji nie było, dla odpowiedzi z dwoma kategoriami zastosowano test χ^2 z poprawką Yatesa lub test dokładny Fishera. W pytaniach które miały więcej niż dwa warianty odpowiedzi zastosowano test Fishera-Freemana-Haltona. Gdy test Fishera-Freemana-Haltona okazał się istotny porównano odpowiadające sobie procenty testem u-Gaussa.

Wyznaczono (wykorzystując model regresji logistycznej) iloraz szans z 95% przedziałem ufności dla objawów bulimicznych.

W kwestionariuszu EAT-26 wyznaczono sumę wszystkich odpowiedzi twierdzących, które dotyczyła zaburzeń odżywiania i opisano je medianą, pomiarem minimalnym i maksymalnym w grupie chorych. Aby zbadać zależność między punktacją EAT-26 i odpowiedziami z kwestionariusza funkcjonowania

psychoseksualnego wyznaczono współczynnik korelacji nieparametrycznej Spearmana, gdy były warianty odpowiedzi uporządkowane. Gdy warianty odpowiedzi były niezależne zastosowano testy nieparametryczne: Manna-Whitneya – dla dwóch kategorii odpowiedzi lub test Kruskala-Wallisa z testem wielokrotnych porównań Dunnna.

Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Obliczenia wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA v10 oraz Cytel Studio v 9.0.0.

Obliczenia statystyczne zostały wykonane w Katedrze i Zakładzie Informatyki i Statystyki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu pod kierownictwem prof. dr hab. Jerzego Moczko.

5. Wyniki badań

5.1. Charakterystyka opisowa grupy badanej i kontrolnej

W badaniu wzięło udział 80 respondentek: 40 dziewcząt z grupy badanej i 40 z grupy kontrolnej w wieku od 16 do 22 lat. Rozpatrywane dane zamieszczono w poniższych tabelach, które zostały opatrzone komentarzem.

Tabela 1

Charakterystyka grupy

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Aktualna masa ciała (kg)	n=39 39,9 ± 6,05 Me = 39 30 - 55	n=40 59,6 ± 6,18 Me = 59 46 - 77	1	Test t-Studenta p <0,0001
Wiek	n=40 17,5±1,72 15,04 – 21,98	n=40 18,09±1,48 16,04 – 21,04	0	Test t-Studenta p=0,1063
Szkoła: gimnazjum szkoła średnia inne	n=40 15 (37,5%) 19 (47,5%) 6 (15,0%)	n=40 4 (10,0%) 20 (50,0%) 16 (40,0%)	0	Test F-F-H p=0,0047 p = 0,0039 p = 0,8230 p =0,0123
Rodzina: Pełna W separacji Po rozwodzie	n=39 26 (66,7%) 5 (12,8%) 8 (20,5%)	n=40 22 (55,0%) 11 (27,5%) 7 (17,5%)	1	Test F-F-H p=0,2601
Miasto: Pow.10 tyś. Poniżej 10 tyś. Wieś	14 (35,0%) 5 (12,5%) 21 (52,5%)	34 (85,0%) 2 (5,0%) 4 (10,0%)	0	Test F-F-H p<0,0001 p<0,0001 p=0,2352 p=0,0001

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

Test t- Studenta- test t- Studenta w modelu zmiennych niezależnych

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

W związku z postawionym celem pracy, którym jest opis funkcjonowania psychoseksualnego dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny, badanie zostało przeprowadzone na grupie pacjentek hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii oraz grupie kontrolnej. W grupie kontrolnej było utrudnione przeprowadzenie badania

u dziewcząt w wieku 16-18 lat, w związku z napotkanymi trudnościami ze strony dyrekcji szkoły oraz rodziców odnośnie pytań dotyczących seksualności, co tylko potwierdza jakim tabu jest owy temat. W grupie badanej opiekunowie prawni wyrażali aprobatę do projektu badawczego, który może przyczynić się do pogłębienia wiedzy na temat zaburzeń odżywiania. Niektóre respondentki z grupy kontrolnej charakteryzowały się niską wagą, aczkolwiek nie stwierdza się u nich zaburzeń odżywiania, a mogła ona wynikać z innych przyczyn somatycznych, jak na przykład, zaburzenia endokrynne. Jedna pacjentka nie podała aktualnej masy ciała, stąd czasem liczba respondentek jest pomniejszona o osoby, które wstrzymały się od odpowiedzi w tej tabeli i następnych.

Największą liczbę badanych stanowiły uczennice szkół średnich w obu grupach, natomiast najwyższy wskaźnik patologii odżywiania odnotowany jest wśród gimnazjalistek.

Większość pacjentek pochodzi ze wsi, co może być powiązane z ograniczonym dostępem do leczenia psychologicznego, czy psychiatrycznego w poradniach lub placówkach prywatnych. Być może, choroba nie zostaje u nich zdiagnozowana na wcześniejszym etapie rozwoju, jak zdarza się w większych aglomeracjach, gdzie dostęp do opieki medycznej jest powszechny, a także mniej wstydliwe jest uczęszczanie na psychoterapię. Efektem tego jest zatrzymanie rozwoju choroby.

Wysuwa się wniosek, że w mniejszych miejscowościach należy przeprowadzać psychoedukację w szkołach z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a każdy uczeń powinien mieć łatwiejszy dostęp do spotkań z pedagogiem/psychologiem szkolnym. Zanotowano wskaźnik chorych wynoszący 35% z miast, co można tłumaczyć faktem dużego wpływu kultury oraz presji wywieranych na dorastające dziewczęta, które nie potrafią przeciwstawić się rosnącym wymaganiom lub dążą do doskonałości poprzez chęć uzyskania idealnej sylwetki.

Tabela 2

Analiza objawów bulimicznych w obu grupach

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny n=40	Grupa kontrolna n=40	Istotność statystyczna	Iloraz szans (Przedział ufności)
Objadanie się	14 (35,0%)	2 (5,0%)	Test dokł.Fishera p= 0,0015	10,2 (2,1-50,1)
Wymioty	9 (22,5%)	2 (5,0%)	Test dokł.Fishera p=0, 0476	5,5 (1,1-28,1)
Przeczyszczanie się	8 (20,0%)	5 (12,5%)	Test dokł.Fishera p=0,5458	

Test dokł. Fishera- test dokładny Fishera

Grupy istotnie różnią się pod względem objawów bulimicznych pod postacią objadania się i zwracania treści pokarmowych. Grupa populacji zdrowej (przynajmniej raz w życiu) zastosowała diuretyk lub środek przeczyszczający w celu regulacji wagi ciała.

Tabela 3

Charakterystyka grup pod względem wieku rozpoczęcia dojrzewania płciowego

Parametr	grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Miesiączka: Tak Nie Obecny zanik	n=40 2(5%) 3(7,5%) 35(87,5%)	n=40 40(100%) 0(0%) 0(0%)	0	Test F-F-H p<0,0001 p<0,0001 p=0,0775 p<0,0001
Miesiączka (wiek)	n=35 12,1 ± 1 Me = 12 10-15	n=40 12,8 ± 1 Me = 13 11-15	2	Test M-W p =0,013
Rozwój piersi (wiek)	n=35 11,5 ± 0,9 Me =12 10-13	n=40 11,3 ± 1,2 Me = 11 9-14	5	Test M-W p=0,3539
Owłosienie łonowe (wiek)	n=35 11,5±1,1 Me=11 10-14	n=40 11,4 ±1,1 Me=11 9-13	5	Test M-W p=0,9823

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

U pacjentek nastąpił zanik miesiączki przez wystąpienie anoreksji psychicznej. U trzech z nich, choroba rozwinęła się przed rozpoczęciem menstruacji, co opóźniło proces dojrzewania. U dwóch pacjentek w trakcie leczenia wrócił cykl menstruacyjny, aczkolwiek jest on nieregularny (co 2-3 miesiące). W przypadku grupy chorych miesiączka wystąpiła istotnie wcześniej, co może potwierdzać tezę, że menstruacja może być jednym z czynników ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania. Nie wykazano różnic istotnych na poziomie statystycznym dotyczących innych cech dojrzewania płciowego, być może dziewczęta z projektu badawczego, nie są do nich nastawione w sposób negatywny.

Tabela 4

Analiza aktywności seksualnej w obu grupach

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Współżycie: Tak Nie	n=32 4(12,5%) 28(87,5%)	n=29 15(51,7%) 14(48,3%)	19	Test dokł. Fishera p =0,0019
Współżycie (wiek)	n=5 18 ± 0,7 Me = 18 17-19	n=14 16,7± 1,4 Me = 16,5 15-20	1	Test M-W p =0,0323
Petting: Tak Nie	n=35 4(11,4%) 31(88,6%)	n=26 19(73,1%) 7(26,1%)	19	Test dokł. Fishera p<0,0001
Petting (wiek)	n=4 18±0,8 Me=18 17-19	n=17 16,2 ±1,4 Me=16 13-19	2	Test t-Studenta p=0,0264
Masturbacja Tak Nie	n=36 2(5,6%) 34(94,4%)	n=21 17(81%) 4(19%)	23	Test dokł. Fishera p<0,0001
Masturbacja (częstość) 5-6xtydz. 3-4xtydz. 2xtydz. 1xtydz. 1x2tyg. Wstrzymało się	1 1	 2(22,2%) 3(33,3%) 2(22,2%) 1(11,1%) 1 (11,1%)		Nie wyznaczano różnic

Test M-W- test nieparametryczny Manna-Whitneya

Test t- Studenta- test t- Studenta w modelu zmiennych niezależnych

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

W obu grupach dziewczęta niechętnie udzielały informacji odnośnie faktu rozpoczęcia współżycia seksualnego. 87,5% chorych nie przeżyło inicjacji, może być to tłumaczone niechęcią do kontaktów seksualnych w porównaniu z grupą kontrolną, jak i ogólnie niższym wiekiem grupy. Średni wiek rozpoczęcia współżycia seksualnego jest niższy w grupie chorych. Istotnie więcej dziewcząt w grupie kontrolnej potwierdziło doświadczenia seksualne pod postacią pettingu,

również we wcześniejszym okresie życia. Taka sama zależność została zaobserwowana dla masturbacji i jej częstości.

Powyższe wyniki potwierdzają tezę, że pacjentki chore na jadłowstręt psychiczny, mogą mieć trudności w nawiązywaniu relacji partnerskich, a także odczuwać niechęć do związku intymnego. Braki danych tłumaczy się faktem ogólnego wstydu względem seksualności. Być może zainteresowanie chorych tematem seksualności też jest skorelowane z niską wagą ciała, gdyż im jest ona niższa, tym mniejsze libido.

Tabela 5

Analiza grupy w aspekcie psychologiczno-psychiatrycznym

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Choroby psychiczne w rodzinie:	n=40	n=39		
Nikt	24(60%)	29(74,4%)	1	Test F-F-H p=0,2223
Rodzice	3(7,5%)	3(7,7%)		
Rodzeństwo	3(7,5%)	2(5,1%)		
Dziadkowie	5(12,5%)	0(0%)		
Inni	5(12,5%)	5(12,8%)		
Opieka lekarza specjalisty:	n=38	n=40	2	Test dokł. Fishera p=0,0067
Tak	23(60,5%)	11(27,5%)	0	Test dokł. Fishera p<0,0001
Nie	15(39,5%)	29(72,5%)		
Specjalista:	n=23	n=11	3	Test dokł. Fishera p<0,0001
Psychiatra	22(95,6%)	0(0%)		
Inny	1(4,4%)	11(100%)		
Opieka psychologiczna:	n=37	n=40		
Tak	27(73%)	4(10%)	3	Test dokł. Fishera p<0,0001
Nie	10(27%)	36(90%)		

Test dokł. Fishera- test dokładny Fishera

Pacjentki istotnie częściej są leczone u lekarzy specjalistów, głównie z dziedziny psychiatrii, a także korzystają z pomocy psychologa. Obie grupy nie różnią się pod względem występowania chorób psychicznych w rodzinie.

Tabela 6

Nawyki żywieniowe w obu grupach

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Posiłki: W domu W szkole Inne	n=38 30(79%) 4(10,5%) 4(10,5%)	n=39 15(38,5%) 17(43,6%) 7(18%)	3	test F-F-H p=0,00068 p=0,0003 p=0,0011 p=0,3473
Czemu nie zje: Nie jest głodna Nie zdąży zjeść Nie ma pieniędzy Odchudza się	n=36 16(44,4%) 4(11,1%) 1(2,8%) 15(41,8%)	n=37 15(40,5%) 15(40,5%) 1(2,7%) 6(16,2%)	7	test F-F-H p=0,01294 p=0,7361 p=0,0042 p=0,9792 p=0,0158
Czy jada z rodziną: Czasami Tak Rzadko Nie	n=35 14(40%) 15(42,9%) 5(14,3%) 1(2,9%)	n=40 16(40%) 15(37,5%) 7(17,5%) 2(5%)	5	Test F-F-H p=0,9801

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

Chore częściej jadają w domu, gdyż niechętnie do spożywają posiłki w miejscach publicznych, czy o nieokreślonych porach dnia. Pacjentki przyznają, że chcą schudnąć. Pod względem spożywania posiłków z rodziną nie stwierdza się różnic istotnych statystycznie. Braki danych wśród pacjentów można tłumaczyć niechęcią do udzielania odpowiedzi na temat nawyków żywieniowych, a wśród grupy kontrolnej owe pytania mogły być bagatelizowane.

Tabela 7

Analiza grup w aspekcie dojrzewania płciowego i swojego ciała

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Rówieśnicy wyśmiewali mnie, gdy zaczęłam dojrzewać: Czasami Tak Rzadko Nie	n=38 2(5,3%) 0(0%) 13(34,2%) 23(60,5%)	n=37 4(10,8%) 2(5,4%) 16(43,2%) 15(40,5%)	5	Test F-F-H p=0,2144
Lubię przeglądać się w lustrze: Tak Nie wiem Nie	n=36 7(19,5%) 12(33,3%) 17(47,2%)	n=36 6(16,7%) 22(61,1%) 8(22,2%)	8	test F-F-H p=0,0405 p=0,7560 p=0,0181 p=0,0259
Czy dojrzewanie płciowe jest czymś obrzydliwym: Tak Nie wiem Nie	n=34 11(32,4%) 22(64,7%) 1(2,9%)	n=38 15(39,5%) 23(60,5%) 0(0%)		Test F-F-H p=0,6257

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami odnosząc się do krytyki na jaką wystawione są młode dziewczęta ze strony rówieśników. Nie stwierdza się różnic w postrzeganiu aspektu dojrzewania jako stanu obrzydliwego wśród respondentek, natomiast zdrowe istotnie częściej lubią oglądać swoje ciało.

Tabela 8

Utożsamianie się z rolą kobietą

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Lubię ubierać się w luźne, chłopięce stroje: Czasami Tak Rzadko Nie	n=39 12(30,8%) 6(15,4%) 13(33,3%) 8(20,5%)	n=40 19(47,5%) 5(12,5%) 6(15%) 10(25%)	1	Test F-F-H p=0,2091
Bardzo chciałabym mieć w przyszłości dziecko/dzieci: Tak Nie wiem Nie	n=35 19(54,3%) 14(40%) 2(5,7%)	n=39 24(61,5%) 15(38,5%) 0(0%)	6	Test F-F-H p=0,3839
Uważam, że bardzo atrakcyjne są kobiety o tzw. "kobięcych kształtach": Tak Nie wiem Nie	n=37 10(27%) 17(46%) 10(27%)	n=36 7(19,4%) 24(66,7%) 5(13,9%)	7	Test F-F-H p=0,1961
Imponują mi starsze dziewczyny/młode kobiety (nauczycielki, trenerki): Tak Nie wiem Nie	n=34 8(23,5%) 14(41,2%) 12(35,3%)	n=39 17(43,6%) 9(23,1%) 13(33,3%)	7	Test F-F-H p=0,1379

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

Nie wykazano różnic międzygrupowych na poziomie istotnym statystycznie w aspektach, które dotyczą kobiecości. Braki odpowiedzi można wyjaśnić skrupowaniem lub niechęcią poruszania tak zwanych „trudnych tematów”.

Tabela 9

Analiza przekonań i postaw wobec seksualności w obu grupach

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Moim zdaniem masturbacja jest czymś złym: Tak Nie wiem Nie	n=32 12(37,5%) 19(59,4%) 1(3,1%)	n=37 7(18,9%) 30(81,1%) 0(0%)	12	Test F-F-H p=0,0784
Współzycie bez miłości jest złe: Tak Nie wiem Nie	n=36 20(55,5%) 15(41,7%) 1(2,8%)	n=38 5(13,2%) 7(18,4%) 26(68,4%)	6	test F-F-H p<0,0001 p=0,0001 p=0,0287 p<0,0001
Oglądanie czasopism erotycznych jest bardzo interesujące: Tak Nie wiem Nie Wstrzymało się	n=38 0(0%) 6(15,8%) 32(84,2%) 2	n=34 2(5,9%) 29(85,3%) 3(8,8%) 6		test F-F-H p<0,0001 p=0,1295 p<0,0001 p<0,0001
Religia jest bardzo ważna w moim życiu: Tak Nie wiem Nie Wstrzymało się	n=35 17(48,6%) 6(17,1%) 12(34,3%) 5	n=39 2(5,1%) 9(23,1%) 28(71,8%) 1		test F-F-H p<0,0001 p=0,0001 p=0,5257 p=0,0012

Współzycie nie jest ciekawe: Tak Nie wiem Nie	n=33 6(18,2%) 17(51,5%) 10(30,3%)	n=39 4(10,3%) 11(28,2%) 24(61,5%)	8	Test F-F-H p=0,0280 p=0,3329 p=0,0432 p=0,0082
Wiem wystarczająco na temat antykoncepcji: Tak Nie wiem Nie	n=34 12(35,3%) 18(52,9%) 4(11,8%)	n=37 21(56,8%) 15(40,5%) 1(2,7%)	9	Test F-F-H p=0,1306
Szanująca się dziewczyna nie wykazuje zainteresowania chłopcami: Tak Nie wiem Nie	n=36 6(16,7%) 10(27,8%) 20(55,7%)	n=38 5(13,2%) 13(34,2%) 20(52,6%)	6	Test F-F-H p=0,8529
Jestem feministką: Tak Nie wiem Nie	n=32 8(25%) 17(53,1%) 7(21,9%)	n=38 12(31,6%) 17(44,7%) 9(23,7%)	10	Test F-F-H p=0,8191
Dziewczęta nie powinny oglądać czasopism erotycznych: Tak Nie wiem Nie	n=33 16(48,5%) 15(45,5%) 2(6,1%)	n=38 6(15,8%) 32(84,2%) 0(0%)	9	Test F-F-H p=0,0012

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

55,5% pacjentek uważa, że miłość jest niezbędnym elementem współzycia i nie wykazują zainteresowania pismami erotycznymi w 84,2%. Wiara jest ważną częścią ich życia.

Elastycznie jest postrzegana kwestia masturbacji w obu grupach. Zarysowuje się pewna sztywność przekonań na temat ważnych obszarów w życiu. Obserwuje się tendencję do wstrzymywania się od odpowiedzi wśród chorych

znacznie częściej niż w grupie kontrolnej, co może być skutkiem negatywnego postrzegania owych tematów i niechęci do rozmów.

Tabela 10

Analiza grup w aspekcie identyfikacji płciowej i orientacji seksualnej

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Podobają mi się osoby tej samej płci: Tak Nie wiem Nie	n=36 0(0%) 4(11,1%) 32(88,9%)	n=38 1(2,6%) 18(47,4%) 19(50%)	6	test F-F-H p=0,0005 p=0,3272 p=0,0006 p=0,0030
Fantazjuję o byciu w związku z inną dziewczyną: Tak Nie wiem Nie	n=32 2(6,2%) 6(18,8%) 24(75%)	n=40 2(5%) 26(65%) 12(30%)	8	test F-F-H p=0,0001 p=0,8180 p=0,0001 p=0,0001
Chciałabym zmienić płeć: Tak Nie wiem Nie	n=40 1(2,5%) 5(12,5%) 34(85%)	n=37 0(0%) 6(16,2%) 31(83,8%)	3	Test F-F-H p=0,8710
Cieszę się, że jestem kobietą: Tak Nie wiem Nie	n=33 14(42,4%) 14(42,4%) 5(15,2%)	n=37 27(73%) 9(24,3%) 1(2,7%)	10	test F-F-H p=0,0257 p=0,0096 p=0,1075 p=0,0632

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

Pacjentki przejawiają tendencje heteroseksualne. Występują różnica na poziomie istotnym statystycznie dotycząca bycia zadowoloną z faktu bycia kobietą, bardziej dumne z tego faktu są zdrowe dziewczęta. Jedna respondentka w obu grupach chciałaby być płci męskiej.

Tabela 11

Analiza aktywności psychoseksualnej w obu grupach

Parametr	Grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Wstrzymało się	Istotność statystyczna
Czy pojawiają się u Ciebie myśli/fantazje nt. współżycia seksualnego? Czasami Tak Rzadko Nie	n=38 6(15,8%) 2(5,3%) 17(44,7%) 13(34,2%)	n=39 23(59%) 12(30,8%) 3(7,7%) 1(2,6%)	3	test F-F-H p<0,0001 p=0,0001 p=0,0037 p=0,0002 p=0,0003
Lubię chodzić na randki z chłopcami: Tak Nie wiem Nie	n=36 11(30,6%) 7(19,4%) 18(50%)	n=35 15(42,9%) 16(45,7%) 4(11,4%)	9	test F-F-H p=0,0012 p=0,0282 p=0,0180 p=0,0004
Często zakochuje się w chłopcach: Tak Nie wiem Nie	n=38 5(13,2%) 11(28,9%) 22(57,9%)	n=35 3(8,6%) 20(57,1%) 12(34,3%)	7	Test F-F-H p=0,0523
Wyobrażam sobie, jak przytulam się i całuję z chłopcem, który mi się podoba: Czasami Tak Rzadko Nigdy	n=35 4(11,4%) 2(5,7%) 22(62,9%) 7(20%)	n=36 14(38,9%) 20(55,6%) 2(5,6%) 0(0%)	9	test F-F-H p<0,0001 p=0,0078 p<0,00001 p<0,00001 p=0,0047
Podobają mi się chłopcy: Tak Nie wiem Nie	n=36 19(52,8%) 11(30,6%) 6(16,7%)	n=38 32(84,2%) 6(15,8%) 0(0%)	6	test F-F-H p=0,0031 p=0,0057 p=0,1523 p=0,0156
Rozmawiam z koleżankami o chłopakach, całowaniu i sprawach	n=35	n=37	8	

związanych z seksem:				
Czasami	11(31,4%)	9(24,3%)		Test F-F-H p=0,0755
Tak	9(25,7%)	20(54,1%)		
Rzadko	11(31,4%)	7(18,9%)		
Nie	4(11,4%)	1(2,7%)		
Będąc kilkuletnią dziewczynką lubiłam zabawy „w dom”, „mame i tatę”:	n=35	n=36	9	Test F-F-H p<0,0614
Tak	20(57,1%)	13(36,1%)		
Nie wiem	9(25,7%)	19(52,8%)		
Nie	6(17,1%)	4(11,1%)		
W domu swobodnie rozmawiamy na tematy związane z seksem:	n=35	n=33	12	Test F-F-H p=0,7903
Tak	3(8,6%)	5(15,1%)		
Nie wiem	18(51,4%)	16(48,5%)		
Nie	14(40%)	12(36,4%)		
Lubię podobać się chłopcom:	n=39	n=37	4	test F-F-H p=0,0004 p=0,3618 p=0,0644 0,0002
Tak	17(43,6%)	20(54%)		
Nie wiem	10(25,6%)	17(46%)		
Nie	12(30,8%)	0(0%)		

Test F-F-H- test dokładny Fishera- Freemana- Haltona

Obserwuje się różnicę istotną statystycznie pod względem częstotliwości występowania myśli na temat seksu i swojej sympatii, częściej owe fantazje występują w grupie zdrowych. Pacjentki nie angażują się w spotkania z chłopcami, co może wynikać z niechęci do kontaktów interpersonalnych, w szczególności intymnych. Dziewczęta też nie wykazują zainteresowania relacją partnerską, są wycofane.

Tabela 12

Analiza grupy w aspekcie zaburzeń odżywiania

Parametr	grupa dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny	Grupa kontrolna	Istotność statystyczna
EAT 26(suma)	n=40 Me=59 40-101	n=40 Me=8 2-17	Test M-W p<0,0001

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

Wszystkie respondentki zostały poddane badaniu za pomocą kwestionariusza EAT-26, co wykazało jak silnie jest rozwinięta patologia jedzenia w przypadku pacjentek i służył jako test przesiewowy w grupie kontrolnej.

Ze względu na małą liczebność odpowiedzi respondentek, dotyczących molestowania seksualnego, nie wyznaczano różnic statystycznych.

W obu grupach zdarzały się sytuacje przekroczenia granic wśród dziewcząt, jednakże by zbadać skalę zjawiska należy przeprowadzić badanie na dużej populacji. Być może istnieje również obawa przed wyjawianiem treści odnośnie nadużycia seksualnego. W przypadku pacjentek wymienione zdarzenia dotyczyły:

- nakłaniania pacjentki do oglądania intymnych części ciała drugiej osoby (także, gdy była poniżej piętnastego roku życia),
- dotykania ciała pacjentki przez drugą osobę,
- próba wykorzystania znajomości internetowej do celów seksualnych,
- otrzymywania wiadomości o charakterze seksualnym,
- nakłaniania do współżycia.

5.2. Wyniki dotyczące czynników psychoseksualnych uzyskane w grupie badanej

5.2.1. Wyniki oceny związku między dojrzewaniem płciowym a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego

Tabela 13

Ocena związku rozpoczęcia dojrzewania płciowego a nasilenie objawów jadłowstrętu psychicznego

Eat 26 suma	R_s	p
Wiek wystąpienia pierwszej miesiączki	0,0081	p=0,964326
Wiek początku rozwoju piersi	-0,1502	p=0,389142
Wiek pojawienia się owłosienia łonowego	0,0693	p=0,6925

R_s współczynnik korelacji nieparametrycznej Spearmana

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Tabela 14

Wartości uzyskane w grupie badanej odnośnie przekonań na temat dojrzewania płciowego

Eat 26 suma	Często	Czasami	Rzadko	Nie	Wstrzymało się	p	R_s
Moi rówieśnicy wyśmiewali mnie, gdy zaczęłam dojrzewać (gdy zaczęły rosnąć mi piersi, zaczęłam miesiączkować)	n=0	n=2 Me=64,5 62-67	n=13 Me=66 40-78	n=23 Me=57 40-101	2	Test M-W p=0,1765 (porównanie odpowiedzi „rzadko” z „nie”)	-0,2239

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

Tabela 15

Ocena związku przekonania dotyczącego pojawienia się drugorzędowych cech płciowych a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Nie wiem	Nie	Wstrzymało się	p
Moim zdaniem dojrzewanie płciowe jest „czymś obrzydliwym”	n=11 Me=58 51-74	n=22 Me=58 40-101	n=1 Me=67 67-67	6	Test M-W p=0,5662 (porównanie odpowiedzi „nie wiem” z „tak”)
Lubię przeglądać się w lustrze	n=7 Me=50 40-64	n=12 Me=66 48-78	n=17 Me=58 43-101	4	Test K-W p=0,1173

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

Test K-W- test Kruskalla-Wallisa

5.2.2. Wyniki oceny związku między utożsamianiem się z rolą kobiecą a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego

Tabela 16

Ocena zależności między utożsamianiem się z rolą kobiecą a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Czasami	Rzadko	Nie	Wstrzymało się	p	R_s
Lubię ubierać się w luźne, chłopięce stroje	n=6 Me=61 47-72	n=12 Me=58 41-101	n=13 Me=61 43-67	n=8 Me=53 40-74	1	Test M-W p=0,4662	-0,1206

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

R_s współczynnik korelacji nieparametrycznej Spearmana

Tabela 17

Ocena zależności przekonań odnośnie roli kobiety a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Nie wiem	Nie	Wstrzymało się	p
Chciałabym mieć w przyszłości dziecko/dzieci	n=19 Me=54 40-74	n=14 Me=60,5 48-101	n=2 Me=62 54-70	5	Test M-W p=0,0942 (porównanie odpowiedzi „tak” z „nie wiem”)
Uważam, że atrakcyjne są kobiety o tak zwanych „kobiecych kształtach	n=10 Me=60 40-78	n=17 Me=63 48-101	n=10 Me=57,5 40-67	3	Test K-W p=0,3707
Imponują mi starsze dziewczyny/młode kobiety (nauczycielki, trenerki)	n=8 Me=62 51-101	n=14 Me=57,5 40-67	n=12 Me=56 40-78	6	Test K-W p=0,3753

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

Test K-W- test Kruskalla-Wallisa

5.2.3. Wyniki oceny związku między identyfikacją płciową i skłonnościami homoseksualnymi a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego

Tabela 18

Ocena zależności związku między identyfikacją płciową a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Nie wiem	Nie	Wstrzymało się	p
Jeśli byłaby taka możliwość, chciałabym zmienić płeć	n=1 Me=52 52-52	n=5 Me=64 40-68	n=34 Me=59 40-101	0	Test M-W p=0,8829 (porównanie odpowiedzi „nie wiem” z „nie”)
Cieszę się, że jestem kobietą	n=17 Me=61 40-101	n=17 Me=57 43-78	n=5 Me=67 54-70	1	Test K-W p=0,4365

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

Test K-W- test Kruskalla-Wallis

Tabela 19

Ocena zależności między preferencjami homoseksualnymi a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Nie wiem	Nie	Wstrzymało się	p
Podobają mi się osoby tej samej płci	n=0	n=4 Me=61,5 48-78	n=32 Me=60,5 40-101	4	Test M-W p=0,7623
Fantazjuję o związku z inną dziewczyną	n=2 Me=63 58-68	n=6 Me=63,5 54-78	n=24 Me=57,5 40-101	8	Test M-W p=0,3440 (porównanie odpowiedzi „nie” z „nie wiem”)

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitneya

5.2.4. Wyniki oceny związku między przekonaniem na temat sfery psychoseksualnej a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego

Tabela 20

Ocena związku między doświadczeniami seksualnymi a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Nie	Wstrzymało się	p
Inicjacja seksualna	n=4 Me=62,5 52-78	n=28 Me=57,5 40-101	8	Test M-W p=0,3921
Petting	n=4 Me=62,5 43-78	n=31 Me=58 40-101	5	Test M-W p=0,5680

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna-Whitneya

Ze względu na małą liczebność próby nie wyznaczano zależności między czynnością masturbacyjną i jej częstością a jadłowstrętem psychicznym wśród grupy pacjentek.

Tabela 21

Ocena związku między wiekiem w jakim pacjentka rozpoczęła aktywność seksualną a anoreksją psychiczną

Eat 26 suma	R_s	p
Wiek inicjacji	-0,4472	p=0,4502
Wiek rozpoczęcia pettingu	-0,6325	p=0,3675

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

R_s . współczynnik korelacji nieparametrycznej Spearmana

Tabela 22

Ocena zależności między aktywnością psychoseksualną a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Wstrzymało się	p	R _s
Czy pojawiają się u Ciebie myśli/fantazje na temat współżycia seksualnego?	0	p=0,5245	-0,1065
Wyobrażam sobie jak przytulam i całuję się z chłopcem, który mi się podoba	5	p=0,2237	-0,2109
Rozmawiam z koleżankami o chłopakach, całowaniu i sprawach związanych z seksem	5	p=0,8719	0,0283

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

R_s. współczynnik korelacji nieparametrycznej Spearmana

Tabela 23

Ocena zależności między aspektem psychoseksualnym a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Nie wiem	Nie	Wstrzymało się	p
W moim domu swobodnie rozmawiamy na tematy związane z seksem	n=3 Me=51 40-58	n=18 Me=62 47-101	n=14 Me=59 40-74	5	Test K-W p=0,2484
Lubię chodzić na randki z chłopcami	n=11 Me=58 40-78	n=7 Me=64 49-68	n=18 Me=55,5 40-74	4	Test K-W p=0,4726
Często zakochuje się w chłopcach	n=5 Me=63 40-67	n=11 Me=57 43-78	n=22 Me=59 40-101	2	Test K-W p=0,7005
Podobają mi się chłopcy	n=2 Me=63 58-68	n=6 Me=63,5 54-78	n=24 Me=57,5 40-101	8	Test K-W p=0,3440 (porównanie odpowiedzi „nie wiem” z „nie”)
Będąc kilkuletnią dziewczynką lubiłam zabawy „w dom”, „w mamę i tatę”	n=20 Me=57,5 40-72	n=9 Me=62 48-78	n=6 Me=63 47-101	5	Test K-W p=0,3528

Lubię podobać się chłopcom	n=17 Me=57 40-67	n=10 Me=66,5 47-101	n=12 Me=59 48-72	1	Test K-W p=0,0857
-----------------------------------	------------------------	---------------------------	------------------------	---	----------------------

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test K-W- test Kruskalla-Wallisa

Tabela 24

Związek między przekonaniem dotyczącymi sfery psychoseksualnej a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Eat 26 suma	Tak	Nie wiem	Nie	Wstrzymało się	p
Moim zdaniem masturbacja jest czymś złym	n=12 Me=60,5 52-72	n=19 Me=54 40-101	n=1 Me=58 58-58	8	Test M-W (porównanie odpowiedzi „tak” z „nie wiem” p=0,2229
Moim zdaniem współzycie bez miłości jest złe	n=20 Me=59,5 40-101	n=15 Me=58 49-78	n=1 Me=72 72-72	4	Test M-W p=0,5479 (porównanie odpowiedzi „nie wiem” z „nie”
Moim zdaniem oglądanie czasopism erotycznych jest bardzo interesujące	n=0	n=6 Me=55,5 51-63	n=32 Me=61,5 40-101	2	Test K-W p=0,2451
Moim zdaniem religia jest bardzo ważna w moim życiu	n=17 Me=62 40-101	n=6 Me=58,5 54-66	n=12 Me=58 41-78	5	Test K-W p=0,9962
Moim zdaniem współzycie nie jest ciekawe	n=6 Me=69,5 47-78	n=17 Me=58 51-101	n=10 Me=63,5 40-70	7	p=0,5038
Uważam, że wiem wystarczająco na temat antykoncepcji	n=12 Me=58,5 40-78	n=18 Me=59 48-101	n=4 Me=51,5 40-60	3	Test K-W p=0,2727
Szanująca się dziewczyna nie wykazuje zainteresowania chłopcami	n=6 Me=62 47-70	n=10 Me=63 48-72	n=20 Me=57,5 40-101	4	Test K-W p=0,5710

Uważam, że jestem feministką	n=8 Me=53 40-68	n=17 Me=63 48-101	n=7 Me=57 40-72	8	Test K-W p=0,0557
Moim zdaniem dziewczęta nie powinny oglądać czasopism erotycznych	n=16 Me=58 43-68	n=15 Me=64 40-101	n=2 Me=67 60-74	7	Test M-W p=0,3317 (porównanie odpowiedzi tak” z „nie wiem”

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna-Whitneya

Test K-W- test Kruskalla-Wallisa

Po połączeniu wariantów odpowiedzi również nie uzyskano wyniku istotnego na poziomie statystycznym.

5.2.5. Wynik zależności nieudzielenia odpowiedzi na pytania a nasilenie objawów jądłowstrętu psychicznego

Tabela 25

Porównanie odpowiedzi „wstrzymało się” z innymi wariantami w twierdzeniu „Fantazjuję o byciu w związku z inną dziewczyną” pomiędzy grupą chorych na jądłowstręt psychiczny a grupą kontrolną.

	Wstrzymało się	Inne	p
Grupa chorych na jądłowstręt psychiczny	n=8	n=32	Test dokł. Fishera p=0,0053
Grupa kontrolna	n=0	n=40	

Test dokł. Fishera- test dokładności Fishera

Tabela 26

Porównanie odpowiedzi „wstrzymało się” z innymi wariantami w twierdzeniu „Moim zdaniem współżycie seksualne nie jest ciekawe” pomiędzy grupą chorych na jądłowstręt psychiczny a grupą kontrolną.

	Wstrzymało się	Inne	p
Grupa chorych na jądłowstręt psychiczny	n=7	n=33	Test dokł. Fishera p=0,0254
Grupa kontrolna	n=1	n=39	

Test dokł. Fishera- test dokładności Fishera

Tabela 27

Porównanie odpowiedzi „wstrzymało się” z innymi wariantami w grupie dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny a nasileniem objawów choroby według Kwestionariusza Eat 26.

Eat 26 suma	Grupa dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny		p
Jeśli byłby taka możliwość, chciałabym zmienić płeć.	Wstrzymało się	Inne	Test M-W p= 0,0037
	n=4	n=36	
	Me=68 63-101	Me=58 40-78	

Eat 26 suma- suma punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się

Test M-W- test nieparametryczny Manna- Whitney

W badaniu miała miejsce tendencja do nieudzielenia odpowiedzi na pytania. Szczególnie to zjawisko obserwowano się w grupie chorych, co potwierdza hipotezę, że dziewczęta są bardziej zahamowane w tej sferze. Jeśli zdarzały się odpowiedzi potwierdzające molestowanie seksualne, to występowały one u dziewcząt chorych na anoreksję psychiczną. Grupy różnią się pod względem:

- rozpoczęcia miesiączkowania – chore rok wcześniej zaczęły miesiączkować,
 - doświadczeniami seksualnymi- rozpoczęciem współżycia i pettingu, wiekiem w jakim była dziewczynka , gdy zaczęły mieć miejsce te aktywności, masturbacją),
 - przekonaniem- czy współżycia bez miłości jest złe, czy jest ciekawe, czy interesujące jest oglądanie czasopism erotycznych i czy wypada je oglądać, skłonnościom homoseksualnym, radością z faktu posiadania swojej płci, fantazjami seksualnymi, czy o swojej sympatii, jak i chodzeniem na randki.
- Istotną różnicą było też to, czy dziewczętom podobają się chłopcy i czy one lubią się im podobać.

Pacjentki o wyższym nasileniu psychopatologii nie odpowiedziały na pytania dotyczące zmiany płci, te które się wstrzymały uzyskały więcej punktów w Kwestionariuszu EAT-26.

Istotne różnice międzygrupowe zaobserwowano w twierdzeniach:

- „Fantazjuję o byciu w związku z inną dziewczyną”,
- „Moim zdaniem współżycie seksualne nie jest ciekawe”.

W analizie statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic między nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego, który był mierzony za pomocą Kwestionariusza EAT-26, a funkcjonowaniem psychoseksualnym.

6.Dyskusja

Zaburzenia odżywiania stały się bardzo rozpowszechnioną chorobą chroniczną wśród dorastających dziewcząt [39]. Jadłowstręt psychiczny jest oporny na działania terapeutyczne, wykazuje tendencję do chronicznego przebiegu z częstymi nawrotami i ma wiele powikłań somatycznych, jak i psychicznych. Wykazuje wysoki wskaźnik śmiertelności wśród chorób psychicznych, może on wynosić do 20%. Biorąc pod uwagę owe aspekty, problem ten wymaga pogłębienia wiedzy na temat patomechanizmu choroby, co może skutkować większym powodzeniem psychoterapii.

Ogólnie rzecz biorąc, etiologia jadłowstrętu psychicznego nie jest dogłębnie wyjaśniona, głównie rozpatruje się czynniki genetyczne, psychologiczne, rozwojowe i socjokulturowe, jak i nadużycie fizyczne oraz seksualne (88).

Celem niniejszego badania była próba ustalenia związku między seksualnością a jadłowstrętem psychicznym. Ocenie zostały poddane następujące aspekty: wiek rozpoczęcia dojrzewania płciowego, utożsamianie się z rolą kobiecą, myśli na temat tożsamości płciowej i seksualnej, nadużycie seksualne. Projekt badawczy został przeprowadzony wśród pacjentek przebywających na oddziale psychiatrycznym oraz w grupie kontrolnej wśród uczennic gimnazjum, szkół średnich i wyższych. W celu wykluczenia z grupy kontrolnej dziewcząt, które mogłyby reprezentować objawy patologii odżywiania się, przeprowadzono Kwestionariusz Postaw wobec Odżywiania się -EAT 26. To samo narzędzie badawcze zostało użyte w celu zbadania wśród chorych nasilenia objawów jadłowstrętu psychicznego.

Zauważono tendencję do nieudzielania odpowiedzi na pytania dotyczących sfery psychoseksualnej, głównie wśród chorych. Można wnioskować, że dziewczęta chore na anoreksję psychiczną są zahamowane w tym aspekcie, nie interesują się tematem seksualności lub wręcz czasem wypierają swoją seksualność i kobiecość. Sfera seksualna jest dla nich tematem trudnym, często wręcz „tabu”. Porównując obie grupy, istnieją różnice w funkcjonowaniu

psychoseksualnym, a chore są dość podobne do siebie w tym względzie. Zaistniałe zjawisko tłumaczy się tendencją do nieudzielania odpowiedzi na pytania, przez co ilość odpowiedzi zmniejszyła się w grupie badanej. W tym wypadku istotne jest zwiększyć liczbę respondentek w kolejnym projekcie badawczym.

Uważam, że aspekt seksualności jest istotny w życiu człowieka i powinno się zwracać na niego większą uwagę wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych, jak i wśród dorastającej młodzieży.

6.1. Zależność między funkcjonowaniem psychoseksualnym a nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego

6.1.1. Związek między wiekiem rozpoczęcia dojrzewania płciowego a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Miesiączka u chorych na jadłowstręt psychiczny wystąpiła wcześniej o około rok w porównaniu z grupą dziewcząt zdrowych. Można wysnuć wniosek, że wcześniejsze rozpoczęcie miesiączkowania może być jednym z czynników ryzyka do rozwinięcia patologii odżywiania się. Biorąc pod uwagę pozostałe oznaki procesu dojrzewania, takie jak, początek pojawienia się owłosienia łonowego, czy rozwój piersi, w prezentowanym badaniu nie stwierdza się istotnych różnic międzygrupowych. Może to dowodzić, że menstruacja jest szczególnie postrzegana, być może jako utrata kontroli. Nie wykryto zależności między wiekiem rozpoczęcia się procesu dojrzewania a nasileniem objawów choroby. W literaturze od dawna jest głoszony pogląd, że chore na jadłowstręt psychiczny wypierają cechy kobiece [44]. W cytowanych wcześniej badaniach [30,31,75,78,121] podejmowano próbę rozstrzygnięcia związku pomiędzy początkiem procesu dojrzewania płciowego a jadłowstrętem psychicznym. Mimo, iż w prezentowanym badaniu zaznaczyła się tendencja istotna statystycznie dotycząca wieku rozpoczęcia miesiączkowania i przeglądaniem się w lustrze między grupami, to trudno odnieść się do pozostałych aspektów. Można wysnuć wniosek, że pacjentki w porównaniu z grupą kontrolną, niechęć do dojrzewania płciowego mają nieświadomioną, bądź wypartą, stąd brak różnic międzygrupowych. Należy zwrócić uwagę na nieudzielanie odpowiedzi przez chore, co świadczy o trudnościach w odniesieniu się do wstydliwych twierdzeń. Wydaje się, że nasilenie zaburzenia odżywiania nie zawsze jest powiązane z początkiem procesu dojrzewania płciowego. W niniejszym projekcie badawczym nie zarysowuje się taki związek.

W literaturze porusza się aspekt zwiększającej się masy ciała podczas dorastania [16,28,31,108]. Być może dziewczęta po uzyskaniu upragnionej wagi

ciała, w skutek odchudzania się, nie odnoszą się negatywnie do owego procesu, bądź ignorują te aspekty. Problemowe jest stwierdzenie, co jest pierwotne, a co wtóre- negatywny stosunek do dojrzewania płciowego, czy anoreksja psychiczna [75]. Wiek początku występowania cech płciowych systematycznie obniża się i ten fakt sam w sobie może być trudny dla dziewcząt.

Warto przytoczyć tu badanie Baker i innych, którzy nie uzyskali istotnego związku pomiędzy wiekiem dojrzewania płciowego a jadłowstrętem psychicznym. Być może, to odchylenia od normy mogą predysponować do rozwinięcia patologii jedzenia, a nie proces dojrzewania sam w sobie. Podczas dojrzewania w organizmie zachodzą zmiany fizyczne i biochemiczne. Zwraca się uwagę na odkładanie się komórek tłuszczowych, na przykład w okolicach ud w przypadku dziewcząt i być może ten aspekt budzi więcej negatywnych emocji aniżeli rozwój piersi. Stąd, być może dorastanie jest związane z wystąpieniem zaburzeń odżywiania. Wysnuwa się wniosek, że to nie dojrzewanie płciowe samo w sobie może być predykatorem rozwoju patologii jedzenia, ale ono w połączeniu z niskim poczuciem własnej wartości [41].

Warto przytoczyć tu badanie Buvat- Herbaut i współpracowników, którzy na podstawie badania 81 chorych na JP i 288 dziewcząt z grupy kontrolnej stwierdzili, że w obu grupach miesiączka jest tak samo postrzegana. Badacze wnioskuje również, że w grupie chorych większość dziewcząt chce miesiączkować, jak ich rówieśniczki [54].

W innym badaniu, autorzy stwierdzili, że aspekt dojrzewania płciowego jako predykatora ED może być powiązany z klimatem panującym w rodzinie. Jeśli rodzice traktują temat seksualności jako tabu, nie przygotowują córki na zmiany, które zachodzą w tym czasie, to wtedy może być ona skłonna do rozwinięcia zaburzeń odżywiania [75].

Być może nie chodzi o pojawienie się miesiączki, czy innych drugorzędowych cech płciowych jako takich, ale o utratę kontroli nad ciałem i w dalszych badaniach powinno się rozpatrywać proces dojrzewania pod tym względem jako jeden z predyktorów zaburzeń odżywiania.

Może warto wziąć pod uwagę bardziej całościowo okres adolescencji, jako bardzo trudny czas dla młodego człowieka, gdzie jest na niego wywierana presja, by dobrze wyglądać, być lubianym, osiągać sukcesy w nauce, sporcie i z tego względu może dążyć do perfekcji w wyglądzie, a co za tym idzie- rozwinać patologię odżywiania się [5].

6.1.2. Związek pomiędzy utożsamieniem się z rolą kobiecą a jadłowstręt psychiczny

W niniejszej pracy pod terminem „utożsamianie się z rolą kobiecą” analizuje się: preferencje ubioru, chęć posiadania dzieci, postrzeganie kobiecego ciała, jak i innych kobiet w otoczeniu pacjentek. Biorąc pod uwagę obie grupy nie stwierdzono istotnych różnic w tym aspekcie. Zarysowuje się tendencja do nieudzielania odpowiedzi na pytania w grupie chorych na jadłowstręt psychiczny. Także utożsamianie się z rolą kobiecą nie wpływa na nasilenie objawów zaburzenia odżywiania.

Pojęcie „męskość” i „kobiecość” ulega cały czas przemieszaniu. Mając na uwadze stwierdzenie, które wysnuła Sandra L. Bem rozróżnia się cztery typy płci psychologicznej [9]. Zalicza się do nich osoby androgyniczne, które charakteryzują się w dużym stopniu cechami męskimi i kobiecymi, niezależnie od swojej płci biologicznej [8]. Uważa się, że obecnie więcej osób jest androgynicznych, co przejawia się przez zacieranie się różnic kulturowych, celowym zewnętrznym upodobaniu się jednych do drugich, na przykład poprzez ubiór, a także dzięki wypełnianiu przez kobiety ról społecznych przypisywanych mężczyznom i na odwrót [69]. Wnioskuje się, że to „przemieszanie się” ról płciowych nie dotyczy tylko dziewcząt, które wykazują predyspozycję do rozwinięcia patologii jedzenia, ale populacji ludzkiej w ogóle. Tą zależność braku różnic między chorymi na ED a grupą kontrolną poparły badania, na przykład Srikameswaran i współpracowników [112].

Warto też zwrócić uwagę na wzorce, które istnieją w domach, to jak dziewczęta postrzegają swoich rodziców [123]. Dalsze zgłębienie tego zjawiska, które może pośredniczyć w zachorowalności na anoreksję, dostarczy pomocnych informacji, pomocnych w zrozumieniu choroby, jak i stworzeniu udoskonalonego programu prewencyjnego i leczniczego.

W literaturze istnieje pogląd, że kobiety są bardziej skłonne być niezadowolone z ciała, dążą do perfekcji, a co za tym może iść- zaburzeń odżywiania, jako, że czują się niedocenione przez innych ludzi jako odnoszące sukcesy. Wnioskuje się, że kobiety, które mają ambiwalentne odczucia do bycia płci żeńskiej, dążą do osiągnięć w tak zwanych „męskich” dziedzinach. Twierdzą one, że mężczyznom łatwiej jest odnieść sukces [63,104]. Obecnie taki pogląd zanika, szczególnie w kulturze zachodu.

Silverstein i inni badacze zwrócili też uwagę, że patologia odżywiania się jest bardziej skłonna rozwinąć się u dziewcząt, które pochodzą z rodzin, gdzie istnieje pogląd, że „miejsce kobiety jest w domu”, a także jeśli ojcowie czuli się ważniejsi, a matki były niezadowolone z wyboru w życiu jakiego dokonały [106]. W okresie emancypacji kobiet coraz rzadziej spotykamy się z tym poglądem. Murnen i Smolak uważają, że nie ma wystarczających dowodów, że role płciowe są związane z obrazem ciała i zaburzeniami odżywiania u dziewcząt i kobiet. Uważają, że ówczesne badania dotyczące norm kobiecości ukazują, że wygląd i wyraźny nacisk na szczupłość jest nierozdzielnie związany z pojęciem kobiecości, a nie wszystkie kobiety cierpią na zaburzenia odżywiania [84]. Bardziej niż rola sama w sobie, to wpływy kulturowe i presja może przyczyniać się do zaburzeń psychicznych [24].

Badania prowadzone przez Thornton'a i współpracowników dowodzą, że utożsamianie siebie *stricte* z wymiarem kobiecości, bądź męskości może predysponować do zachorowania na zaburzenia odżywiania, a androgyniczne kobiety mają mniejszą szansę na rozwój choroby [114].

Zdaniem Murnen i Smolak należałoby zoperacjonalizować pojęcie „kobiecość”, dopiero wtedy badać związek między tym wymiarem a zaburzeniami

odżywiania. Zwrócono uwagę, że cechy takie jak bierność, zależność, potrzeba aprobaty ze strony innych jest charakterystyczna dla dziewcząt chorych [13]. Jak zauważono przymioty te korelują z wysoko pojmowanym wymiarem kobiecości i być może dlatego mówi się o związku między utożsamianiem się z rolą kobietą a niewłaściwymi nawykami żywieniowymi [84]. Męskość i kobiecość nie powinny być od siebie izolowane w kontekście badań nad ich związkiem z zaburzeniami odżywiania. Wśród chorych, androgynia wiąże się z niższym nasileniem patologii. Poczucie własnej wartości odgrywa znaczącą rolę w tej relacji [58].

6.1.3. Tożsamość płciowa i seksualna a jadłowstręt psychiczny

Najważniejszą cechą, która określa kim jesteśmy, to poczucie płci. Jeśli świadomość bycia kobietą, czy mężczyzną jest niezgodne z fenotypem, mamy do czynienia z zaburzeniem tożsamości płciowej. Transseksualizm jest rzadko spotykanym, prawdopodobnie dotyka on 1 osobę na 100 000. Warto zwrócić uwagę, że częściej spotyka się mężczyzn, którzy pragną być kobietami, aniżeli odwrotnie. Szacunkowo stosunek ten wynosi od 2,5 do 1 bądź od 6,6 do 1 [6,14]. Należy pamiętać, by postawić właściwą diagnozę, muszą być spełnione określone warunki, jak tożsamość transseksualna istniejąca minimum dwa lata, a także niewystępowanie innych zaburzeń psychicznych, jak schizofrenia [67].

W niniejszym projekcie nie zaobserwowano związku pomiędzy myślami o tożsamości płciowej a jadłowstrętem psychicznym, nie badano zaburzenia samego w sobie. Warto jeszcze raz podkreślić, że rzadko mamy do czynienia z transeksualizmem kobiecym. Biorąc pod uwagę spore ograniczenia w literaturze, istnieje niewystarczająca ilość danych na ten temat. Znajdujemy opis przypadku transeksualistki, która oprócz anoreksji typu bulimicznego, cierpiała na zaburzenie osobowości typu borderline oraz na depresyjne zaburzenia nastroju. Można zauważyć, że w podanym przykładzie patologia odżywiania nie występuje w izolacji od innych zaburzeń psychicznych. Istotne jest to, że anoreksja wystąpiła wtórnie do pozostałych zaburzeń. Być może jadłowstręt psychiczny wystąpił tu

jako wyraz ekspresji utożsamiania się z rolą męską (pacjentka była po mastektomii i hysterotomii), albo jako wyraz przetrwałego konfliktu z własną seksualnością. Biorąc pod uwagę spectrum zaburzeń jakie może występować w skutek transseksualizmu trudno jest zbadać bezpośredni związek między nim a zaburzeniami odżywiania. Istotnym aspektem jest również to, jak w dzieciństwie były ukazywane wzorce żeńskie i męskie. Nie powinno się rozpatrywać tego związku, ignorując, na przykład, poczucie własnej wartości. W przypadku osób transseksualnych to ono może mieć większy wpływ na rozwój patologii odżywiania, aniżeli samo zaburzenie tożsamości płciowej [37].

Badania utrzymują, że orientacja seksualna jest skutkiem połączenia wpływów zmian genetycznych, hormonalnych i neurologicznych, a do ich uaktywnienia dochodzi na skutek zmian hormonalnych, które zachodzą w okresie adolescencji. Tendencja do homoseksualizmu zostaje przypisana przed urodzeniem się. Zmienne jest to, kiedy, gdzie i jak orientacja seksualna ujawni się [6]. W literaturze istnieje pogląd, że orientacja homoseksualna jest powiązana z zaburzeniami jedzenia [43,68]. Analizuje się raczej satysfakcję z własnego ciała, aniżeli orientację seksualną samą w sobie. Stwierdza się, że lesbijki mają niższe poczucie atrakcyjności ciała, aniżeli kobiety heteroseksualne. Częściej związek ten bada się wśród homoseksualnych mężczyzn. W przypadku kobiet zdania są podzielone [68]. Istnieją doniesienia, że lesbijki są mniej skoncentrowane na swojej sylwetce i rzadziej rozwijają patologię jedzenia, aniżeli kobiety heteroseksualne [33,43,100]. Uważa się też, że kobiety homoseksualne są bardziej elastyczne i tolerancyjne, co do sylwetki swojego ciała, a wpływ mediów i kultura ma na nie mniej znaczący wpływ [3].

W niniejszym projekcie badawczym wykazano różnice międzygrupowe dotyczące predyspozycji homoseksualnym. Aczkolwiek dziewczęta chore na anoreksję psychiczną ujawniają bardziej tradycyjny pogląd na związki intymne, niż respondentki z grupy kontrolnej. Zauważalna jest też tendencja do nieudzielania odpowiedzi na pytania. Należy pamiętać, że podstawowe typy orientacji seksualnej to heteroseksualna, homoseksualna, a między nimi rozciąga

się kontinuum, na którym jest trzeci typ- biseksualny. W skutek uczenia się, orientacja może ujawnić się na różnych poziomach rozwoju [6].

6.1.4. Doświadczenia seksualne dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny

W prezentowanej pracy zarysowała się tendencja do nieudzielania odpowiedzi na pytania dotyczące aktywności seksualnej zarówno w grupie badanej jak i kontrolnej. Potwierdza się, że dziewczęta chore na jadłowstręt psychiczny są zahamowane w tej sferze, jak i mniej aktywne od populacji zdrowych. Natomiast nie stwierdza się różnic istotnych statystycznie odnośnie doświadczeń seksualnych a nasileniem objawów chorobowych. Przegląd piśmiennictwa dostarcza nam sprzecznych informacji, na przykład, istnieją badania mówiące o braku różnic między wiekiem, w którym była badana, gdy po raz pierwszy całowała się, czy doświadczyła orgazmu a grupą zdrowych respondentek [75]. Do sprzecznych wniosków doszedł też Buvat-Herbaut wraz z zespołem. Zauważyli oni, że nie w każdym przypadku pacjentka chora na anoreksję wypiera seksualność, jednocześnie zwracają uwagę, że strach przed doświadczeniami seksualnymi, jak i wstręt do tej sfery jest wyższy u chorych niż w grupie kontrolnej. Wyparcie lub strach przed seksualnością zaobserwowali u 20%-40% przypadków swojej grupy badanej, która liczyła 81 chorych [19]. Często badania prowadzone są w oparciu o samoocenę, a istnieje tendencja u chorych do wypierania objawów. Zdaniem Wiedermana te pacjentki wypierają również niezadowolenie ze sfery seksualnej. Dziewczęta niechętnie dorastają i stają się młodymi kobietami. Ta odmowa w przypadku chorych przejawia się również pod postacią rezygnacji z przyjemności, także mając na myśli masturbację [122]. Przy interpretacji danych należy wziąć pod uwagę czynniki kulturowe, które mogą przyczyniać się do nieujawnienia wielu aspektów seksualności, szczególnie wśród bardzo młodych kobiet.

Rozpatrując tak trudny temat, który nadal bywa traktowany jako tabu, należy badanie przeprowadzić na większej próbie chorych. Brak związku między aktywnością seksualną a nasileniem objawów chorobowych można tłumaczyć tym, że w omawianej grupie, chore dziewczęta różniły się pod względem stopnia zaawansowania choroby. Większość z nich od dłuższego czasu była w leczeniu ambulatoryjnym, czy miała nieduży ubytek masy ciała, a badania dowodzą, że istnieje związek między reaktywnością seksualną a masą ciała. W trakcie zdrowienia wzrasta zainteresowanie relacjami intymnymi. Niższa waga koresponduje z niskim libido (50,70,83,90,125). Należy wziąć pod uwagę również działanie hormonów- jeśli pacjentka przyjmuje je w postaci syntetycznej, bądź następuje restytucja wagi ciała, ma to związek z popędem płciowym [101]. Związek ten należy poddać dalszym badaniom, uwzględniając aspekt stopnia zaawansowania choroby, długość leczenia, ubytek masy ciała i zastosowane leczenie endokrynologiczne. Można przyjrzeć się, co kieruje badanymi, że nie udzielają odpowiedzi na pytania- wstyd, że na przykład, podjęły życie seksualne, czy może zażenowanie pytaniem.

6.1.5. Przekonania na temat sfery seksualnej a jadłowstręt psychiczny

Rozpatrywano tu takie aspekty jak: opinia na temat masturbacji, współżycia, oglądania czasopism erotycznych, religii, wiedzy na temat antykoncepcji, zainteresowanie płcią przeciwną, feminizm. W niektórych przypadkach zauważono różnice międzygrupowe, aczkolwiek nie stwierdza się związku z nasileniem objawów chorobowych. Na te pytania również wiele chorych nie odpowiedziało. Zauważono, że chore są niedojrzałe w zachowaniu oraz przejawiają sztywne postawy względem seksualności [32].

Istnieje teza, że sztywne przekonania są skutkiem ubocznym zaburzeń odżywiania, a brak zainteresowania seksualnością, czy odczuwany dyskomfort w tej sferze jest wynikiem niezadowolenia z wyglądu [2]. Też należy wziąć pod

uwagę związek libido z masą ciała i działaniem hormonów [50,70,83,101]. Warto zwrócić uwagę, że cechy osobowości mogą odgrywać istotną rolę w rozumieniu seksualności pacjentek [32]. Warto przyjrzeć się temu aspektowi w dalszych rozważaniach. Mówi się też, że pacjentki, które od początku trwania choroby wykazują bardziej negatywne nastawienie do seksualności, ciała to w następstwie wykazują bardziej złożoną patologię charakteru. Być może przekonania na temat seksualności wynikają bardziej z ogólnej konstelacji cech osobowości i to może wpływać na zaburzenia odżywiania, a nie postawy same w sobie [70]. Grupa chorych może charakteryzować się odmiennymi postawami odnośnie seksualności, co nie musi być tłumaczone nasileniem objawów chorobowych. Różnice wewnątrzgrupowe przedstawili Abraham i Beumont, którzy dokonali podziału pacjentek ze względu na sposób utraty masy ciała. Pierwszą grupę stanowiły pacjentki, które całkowicie wypierały seksualność, rozwój psychoseksualny był zaburzony, stosowały restrykcyjną dietę. Negatywnie odnosiły się do aspektów dojrzewania, związków, współżycia (również małżeńskiego), masturbacji. Ich przekonania były sztywne. Miały znikomą wiedzę na temat budowy ciała ludzkiego i antykoncepcji, nie były tym też zainteresowane. Druga grupa, oprócz restrykcyjnej diety, stosowała ćwiczenia i była bardziej otwarta na zawieranie relacji partnerskich. Sztywność myślenia była zachowana. W trzeciej grupie występowały epizody bulimiczne i pacjentki charakteryzowały się bardziej plastycznym myśleniem dotyczącym seksualności. Chore na anoreksję o typie żarłoczno-przeczyszczającym miały doświadczenia seksualne o charakterze promiskuitycznym i były otwarte na wszelkie informacje dotyczące sfery seksualnej. Badacze ci uważają, że wśród chorych rozciąga się szerokie spectrum zachowań seksualnych, postaw i wiedzy z tego obszaru, na co nie musi mieć wpływu nasilenie objawów zaburzenia odżywiania [1].

Należy pamiętać, że wraz z restytucją masy ciała zmienia się poziom pobudzenia seksualnego, przez co mogą pojawiać się myśli na ten temat [83]. Niektóre pacjentki w przedstawianym badaniu były leczone wcześniej, czy uczęszczały na terapię, a także charakteryzowały się różnym stopniem

wychudzenia, co niekoniecznie mogło wpływać na ilość punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Postaw wobec Odżywiania się.

Istnieje pogląd, że postawa feministyczna może być predykatorem zaburzeń odżywiania. Jednocześnie jak zauważa Blue i Berkel, feministki nie przystają na oczekiwania społeczeństwa w stosunku do nich, a tym samym odczuwają mniejszą presję, by być perfekcyjną [12]. W związku z tym, że nie przyjmują nacisków, nie przykładają aż tak dużej wagi odnośnie wyglądu i jest mniej prawdopodobne, że są niezadowolone z wyglądu swojej sylwetki [98,111]. W tym przypadku bycie feministką jest czynnikiem chroniącym przed rozwojem patologii jedzenia, a należy zauważyć, że coraz więcej kobiet deklaruje taki pogląd. Warto zauważyć, że nie zawsze poglądy feministyczne muszą być tak silne, czy odzwierciedlać się w kwestii wyglądu [53]. Poza tym pojęcie „feminizmu” może być różnorodnie rozumiane i zinternalizowane przez pacjentki [12].

6.1.6. Aktywność psychoseksualna

W prezentowanym projekcie badawczym została potwierdzona różnica w doświadczeniach seksualnych między grupami. Chore rzadziej angażują się w aktywność seksualną, wliczając w to masturbację. W obu grupach zarysowuje się tendencja do nieudzielania odpowiedzi na pytania. To, jak silna jest patologia odżywiania, mierzona testem EAT 26, nie jest powiązana z seksualnością. Warto przyjrzeć się dogłębniej temu zjawisku badając większą grupę chorych, jak i poruszyć szerzej aspekt funkcjonowania seksualnego. Tutaj też ważny jest wskaźnik masy ciała. Dziewczęta w trakcie restytucji wagi ciała są bardziej zainteresowane różnymi sferami życia aniżeli wychudzone. Podkreśla się tu pracę hormonów płciowych i wzrostu libido po podjęciu leczenia. Ogólnie rzecz ujmując, chore na zaburzenia odżywiania mają ubogie funkcjonowanie psychoseksualne i satysfakcję. Czynnikiem, który warto wziąć pod uwagę jest współchorobowość, jak na przykład, występowanie zaburzeń nastroju, co wpływa

na zainteresowanie aspektem psychoseksualny. Być może nastrój depresyjny bardziej niż nasilenie patologii jedzenia wpływa na funkcjonowanie w tej sferze [83].

Być może, na niechęć do angażowania się w bliższe związki wpływa ogólna niechęć do kontaktów społecznych. Twierdzi się, że różnice w funkcjonowaniu psychoseksualnym nie uwidaczniają się w nasileniu objawów chorobowych, a w typie jadłowstrętu psychicznego i w tym kierunku powinny być prowadzone dalsze badania.

Można znaleźć również badania, które mówią, że pacjentki nie funkcjonują w sposób bardzo zahamowany w aspekcie życia seksualnego. W badaniu Morgan i Russel pacjentki przed zachorowaniem miały chłopaka, a także posiadały wiedzę na temat seksualności [82]. Należy też zwrócić uwagę, że czasem pacjentki ukazują ambiwalentne nastawienie do aspektów psychoseksualnych, jak masturbacja, ciąża, czy małżeństwo [10]. Być może też mają trudności w relacjach intymnych, gdyż są one częścią dorosłego życia, a chore przejawiają niechęć do dorosłości.

Trudno ustalić, co jest pierwotne, a co wtórne, skoro istnieją doniesienia, że przed zachorowaniem dziewczęta były zainteresowane chłopcami, czy wiedzą na tematy seksuologiczne. Być może wycofanie i brak zainteresowania tą sferą życia jest skutkiem wygłodzenia i upośledzonej pracy hormonów. Przy analizowaniu tego związku powinno się również rozpatrywać cechy osobowości [50].

6.1.7. Molestowanie seksualne

W grupie chorych na jadłowstręt psychiczny występowało nadużycie seksualne pod postacią: nakłaniania do oglądania intymnych części ciała, dotykania ich, także, gdy pacjentka była poniżej 15-go roku życia, zawarcia znajomości internetowej i próba wykorzystania jej do celów seksualnych, nadużycie słowne lub pisemne, nakłanianie do stosunku seksualnego, zanim badana skończyła 15 lat. Jednakże z powodu małej liczebności odpowiedzi twierdzących w grupie czterdziestu osób nie wyznaczono związku z nasileniem objawów zaburzenia odżywiania, ani różnic międzygrupowych.

Literatura donosi, że molestowanie seksualne może wpływać na rozwój zaburzeń odżywiania [20,49,65]. Wykorzystanie seksualne powoduje również problemy z własną seksualnością, a także z nawiązywaniem bliższych relacji, co z kolei jest charakterystyczne dla dziewcząt chorych [20]. Nadużycie może prowadzić do niskiego poczucia własnej wartości, chęci ukarania swojego ciała poprzez odmowę jedzenia lub niechęć do niego [64].

Istnieją również badania, które nie wykazują powiązania między tymi czynnikami [26,66]. Niektórzy badacze uważają, że częstotliwość doświadczenia molestowania seksualnego w grupie dziewcząt chorych nie różni się od grupy nie wykazującej cech patologii jedzenia [66]. Czynniki takie jak: wiek w jakim była ofiara, gdy nadużycie miało miejsce, po jakim czasie sytuacja została wyjawiona, czy była użyta siła fizyczna, a także, czy był to czyn kazirodczy, wpływa na to, czy może rozwinąć się zaburzenie odżywiania, czy nie [17,22].

Także poczucie winy odgrywa ważną rolę w powstaniu zaburzeń odżywiania [76,111]. Być może zjawisko molestowania seksualnego jest o wiele szersze, aczkolwiek dziewczęta boją się o tym mówić, nadużycie często ma miejsce w izolacji lub bliskie osoby są sprawcami, co wzmacnia niechęć do mówienia o tym [75,96]. Istotnym czynnikiem wpływającym na to, czy wystąpi zaburzenie psychiczne, jest wsparcie ze strony bliskich. Ofiary często cierpią na zaburzenia postrzegania ciała, widzą w nim źródło winy, wstydu [64]. Trudno jest

powiedzieć, że istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy między molestowaniem a rozwojem patologii jedzenia. Raczej negatywne doświadczenie seksualne jest powiązane z postrzeganiem własnego ciała, samooceny, otrzymanego wsparcia i innych czynników, jak fakt, czy był to członek rodziny, a korelacje różnorodnych aspektów wpływa na pojawienie się choroby.

Warto rozważyć istnienie problemów natury metodologicznej, by zmierzyć zasięg nadużycia seksualnego, czasem bierze się pod uwagę wykorzystanie bez udziału kontaktu fizycznego [21].

6. Wnioski

1. Dziewczęta chore na jadłowstręt psychiczny różnią się pod względem funkcjonowania psychoseksualnego w porównaniu z grupą kontrolną. Odmienność dotyczy:
 - a) rozpoczęcia współżycia seksualnego i pettingu, a także wiekiem, w jakim były, rozpoczynając owe doświadczenia seksualne,
 - b) masturbacji,
 - c) przekonań na temat seksualności.
2. Zahamowanie w sferze seksualnej dotyczyło wyższego wskaźnika patologii odżywiania się korelował z następującym sformułowaniem: „jeśli byłaby taka możliwość, to chciałabym zmienić płeć”. W porównaniu z grupą kontrolną, chore szczególnie podkreśliły opór przed stwierdzeniem „Fantazjuję o byciu w związku z inną dziewczyną”, „Moim zdaniem współżycie seksualne nie jest ciekawe”.
3. W grupie u niektórych dziewcząt chorych, dojrzewanie manifestujące się wystąpieniem pierwszej miesiączki, rozpoczęło się o rok wcześniej w porównaniu z grupą kontrolną. Może to świadczyć o związku wcześniejszego dojrzewania z początkiem anoreksji psychicznej.
4. Nie stwierdzono istotnie statystycznego związku między molestowaniem seksualnym a występowaniem jadłowstrętu psychicznego. Jednak oświadczenia twierdzące padały w grupie chorych.
5. W niniejszym projekcie badawczym funkcjonowanie psychoseksualne nie wpływa na nasilenie objawów jadłowstrętu psychicznego.

8. Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem o złożonej i wieloczynnikowej etiopatogenezie. Cechuje go, na przykład, oporność na leczenie, tendencja do chronicznego przebiegu, a choroba nierzadko powoduje nie tylko upośledzenie zdrowia psychicznego, czy fizycznego, ale też relacji interpersonalnych. Wskutek tego badacze podejmują próby identyfikacji czynników, które mogą wpływać na chorobę. Zainteresowanie wielu autorów zwraca się ku związkowi między funkcjonowaniem psychoseksualnym a zaburzeniem odżywiania.

Celem pracy była próba ustalenia czynników psychoseksualnych, które mogą wpływać na nasilenie objawów jadłowstrętu psychicznego u dziewcząt. Podjęto próbę ustalenia związku z chorobą następujących aspektów: dojrzewania płciowego, utożsamiania się z rolą kobiecą, myślami odnośnie tożsamości płciowej i seksualnej oraz doświadczeń seksualnych, aktywności psychoseksualnej, sztywności przekonań i nadużycia seksualnego. Owe czynniki poddano także ocenie w grupie kontrolnej. Badana grupa różniła się od zdrowej populacji dziewcząt pod wieloma względami, co świadczy, że funkcjonowanie seksualne jest upośledzone wśród chorych. Zaawansowanie choroby określono na podstawie oceny nasilenia objawów psychopatologicznych anoreksji mierzonej za pomocą Kwestionariusza EAT-26. Założono, że wiek rozpoczęcia dojrzewania, a także szereg innych jego aspektów, jak na przykład, wygląd ciała wpływa na zaawansowanie choroby. Wzięto też pod uwagę inne czynniki dotyczące funkcjonowania psychoseksualnego.

Grupę badaną stanowiło 40 pacjentek w wieku od 16-22 lat z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, które były hospitalizowane na oddziale psychiatrycznym. Wykorzystano następujące metody badawcze: symptomatologię anoreksji oceniono za pomocą Kwestionariusza Postaw Wobec Odżywiania (EAT-26), pozostałe aspekty dotyczące sfery seksualnej przy użyciu Kwestionariusza Funkcjonowania Psychoseksualnego, a nadużycie przy pomocy Ankiety

Wiktyimizacji Dzieci i Młodzieży (JVQ). Wywiad z pacjentkami przeprowadzono wykorzystując Kwestionariusz Osobowy.

Na podstawie uzyskanych wyników nie potwierdzono wpływu funkcjonowania psychoseksualnego na nasilenie objawów choroby. Zauważono istotnie statystyczną różnicę między pacjentkami a grupą kontrolną w omawianych aspektach.

Badanie miało charakter orientacyjny, celem było ogólne przyjrzenie się funkcjonowaniu seksualnemu u chorych dziewcząt. Biorąc pod uwagę otrzymane wyniki- różnice międzygrupowe należy dogłębniej przyrzeć się zagadnieniom. Warto zwiększyć ilość osób w grupie badanej i zwrócić uwagę na liczbę pacjentek, które wstrzymują się od odpowiedzi. Przewidziana jest kontynuacja badań przy uwzględnieniu wniosków wysnutych z niniejszej pracy. Wydaje się ważnym uwzględnienie tego aspektu psychopatologii anoreksji przy opracowywaniu terapii psychologicznej, a także seksuologicznej.

9. Summary

Anorexia nervosa is a disorder with a complex and multifactorial etiology. It is characterized by for example, resistance to treatment, the tendency to chronic course, and the disease often causes not only impairment of mental or physical, but also interpersonal relationships. Consequently, researchers are attempting to identify the factors that may affect the disease. The interest of many authors turn to the relationship between psychosexual functioning and eating disorder.

The aim of this study was to determine the psychosexual factors that may influence the severity of the symptoms of anorexia nervosa among girls. An attempt was made to establish a link with the disease following aspects: sexual maturation, identification with the role of women, gender identity, sexual orientation and experience, psychosexual activity, rigid beliefs, and sexual abuse. These factors were also assessed in the control group. The study group was different from the normal population of girls in many ways, suggesting that sexual functioning is impaired in patients. Extent of the disease was determined on the basis of an assessment of psychopathological symptoms of anorexia as measured by the EAT- 26 questionnaire. It is assumed that the starting age of puberty, and a number of other aspects, for example, the appearance of the body affects the severity of the disease. Finally the other factors of psychosexual functioning.

The study group comprised 40 patients aged 16-22 years with a diagnosis of anorexia nervosa who were hospitalized in the psychiatric ward . The following test methods were used: anorexia symptomatology was assessed using the Questionnaire Place To Nutrition (EAT-26), the other aspects of sexual Functioning Questionnaire with psychosexual and abuse by Victimization Survey of Children and Youth (JVQ). Interview conducted with patients using the Personality Questionnaire.

The results did not confirm the impact of psychosexual functioning of the severity of symptoms. Statistically significant difference was noted between the control group patients of these aspects.

The study indicative overall aim was to look at the sexual functioning of girls. Considering the obtained results- the differences between groups, should be further look at the issues. There should be larger number of people in the study group and should pay attention to the number of patients who refrain from answering. Further research is planned, taking into account the conclusions drawn from this float. It seems important to include this aspect of the psychopathology of anorexia in the development of psychological and sexological .

10. Piśmiennictwo

1. Abraham S., Beumont PJV.: *Varieties of psychosexual experience in patients with anorexia nervosa*, Int. J. Eat. Disord. 1982; 1(3): 10-19.
2. Allerdisen R., Florin I., Rost W.: *Psychological characteristics of women with bulimia nervosa (bulimarexia)*, Behavior Analysis and Modification, 1981: 314-317.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* APA, Washington DC; 1994.
4. Andersen BL., Cyranowski JM.: *Women's sexuality: behaviors, responses and individual differences*, J. Consult. Clin. Psychol. 1995; 63(6): 891-906.
5. Baker JH., Thornton LM., Lichtenstein P., Bulik CM.: *Pubertal development predicts eating behaviors in adolescence*, Int. J. Eat. Disord. 2012; 45(7):819-826.
6. Bancroft J.: *Homosexual orientation: The research for a biological basis*, British Journal of Psychology, 1994; 64:437-440.
7. Bekker MHJ., Boselie KAHM.: *Gender and stress: is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders*, Stress and Health. 2002; 18(3):141-149.
8. Bem SL.: *Androgynia psychiczna a tożsamość płciowa*, rozdział w: Psychologia i życie, red. Zimbardo PG., Ruch FL., PWN, Warszawa 1988.
9. Bem SL.: *Męskość, kobiecość. O różnicach wynikających z płci*, Wyd.: GWP, Gdańsk, 2000.
10. Beumont PJV., Abraham SF., Simson KG.: *The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa*, Psychol. Med. 1981; 11(1): 131-140.
11. Beumont PJV., George GCW., Smart DE.: *"Dieters" and "vomitters and purgers" in anorexia nervosa*, Psychol. Med. 1972; 6(4):617-622.
12. Blue EL., Berkel LA.: *Feminist identity attitudes, negative affect and eating pathology in African American collage women*, J. Black. Psychol. 2010; 36(4):426-445.

13. Boskind-Lodahl M.: *Cindirella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia*, Journal of Women in Culture and Society. 1976; 2(2):342-356.
14. Bradley SJ., Zucker KJ.: *Gender identity disorder: A review of the past 10 years*, J.Child. Adolesc. Psychiatry. 1997;36: 872-880.
15. Brand PA., Rothblum ED., Solomon LJ.: *A comparison of lesbians, gay men and heterosexuals on weight and restrained eating*, Int. J. Eat. Disord.1992;11(3):253-259.
16. Brooks-Gunn J., Petersen AC.: *Problems in studying and defining pubertal events*, J.Youth.Adolesc. 1984; 13(3):181-196.
17. Brown A., Finkelhor D.: *Impact of child sexual abuse: A review of the research*, Psychol. Bull. 1986;99(1):66-77.
18. Bruch H.: *Primary anorexia nervosa*, rozdział w: *Eating Disorders, obesity, anorexia nervosa and the person within*, Wyd: Routledge and Kegan Paul, Londyn 1974;275-280.
19. Buvat-Herbaut M., Hebbinckuys P., Lemaire A., Buvat J.: *Attitudes toward weight, body image, eating, menstruation, pregnancy and sexuality in 81 cases of anorexia compared with 288 normal control school girls*, Int. J.Eat.Disord. 1983;2(4):45-59.
20. Cachelin FM., Schug RA., Juarez LC., Monreal TK.: *Sexual abuse and eating disorders in a community sample of Mexican American women*, Hisp. J. Behav. Sci. 2005; 27(4):533-546.
21. Calam R., Griffiths R., Slade P.: *Eating disorders, body satisfaction and unwanted sexual experience: U.K., Australian and U.S. data*, Eur. Eat. Disord. Rev. 1997; 5(3):158-170.
22. Calam R., Slade P.: *Sexual experiences and eating problems in female undergraduates*, Int.J.Eat.Disord. 1989;8(..):391-397.
23. Cantelon LJ., Leichner PP., Harper DW.: *Sex-role conflict in women with eating disorders*, Int. J. Eat. Disord. 1986;5(2):317-323.
24. Cantrell PJ., Ellis JB.: *Gender role and risk patterns for eating disorders in*

men and women, J. Clin. Psychol.1991;47(1):53-57.

25. Cantwell DP.,Sturzenburger S., Burroughs J., Salkin B., Green JK.: *Anorexia nervosa: An affective disorder?*, Arch. Gen.Psychiatry.1997;34(9):1087-1093.

26. Connors ME., Morse W.: *Sexual abuse and eating disorders: A review*, Int.J.Eat.Disord. 1993;13(1):1-11.

27. Crisp AH.:*Arousal, physical activity and energy balance in eating and body weight and shape disorders*, Int.J.Eat.Disord.1985;4(4):627-649.

28. Crisp AH.: *Psychopathology of anorexia nervosa: Getting the "heat" out of the system*, rozdział w: *Eating and its disorders*, edited by Stunkard AJ., Stellar E. Raven Press, New York 1984;209-234.

29. Davies E., Furnham A.: *The dieting and body shape concerns of adolescent females*, J.Child.Psychol.Psychiat.1986;27(3):417-428.

30. De Castro JM., Goldstein SJ.: *Eating attitudes and behaviors of pre and postpubertal females: Clues to the etiology of eating disorders*, Physiol. Behav.1995;58(1):15-23.

31. Dorn LD., Crockett LJ., Petersen AC.: *The relations of pubertal status to intrapersonal changes in young adolescents*, J.Early.Adolesc.1988;8(4):405-419.

32. Eddy KT., Novotny CM., Westen D.: *Sexuality, personality and heating disorders*, Eat.Disord.2004;12(3):191-208.

33. Epel ES., Spanakos A., Kasl- Godley J., Brownell KD.: *Body shape ideals across gender, sexual orientation, socioeconomic status, race and age in personal advertisement*. Int.J.Eat.Disord. 1996;1:265-273.

34. Everill JT., Waller G.: *Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link*, Int.J.Eat.Disord.1995;18(1):1-11.

35.Eysenck HT. :*Personality and sexual behavior*, J.Psychosom. Res.1972; 16(3):141-152.

36. Favaro A., Dalle-Grave R., Santonastaso P.: *Impact of a history of a physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects*, Acta.Psychiatr.Scand.1998;97(5):358-363.

37. Fernandez-Aranda F., Peri JM., Navarro V., Badia-Casanovas A., Turon-Gil

- V., Vallejo-Ruilaba J.: *Transsexualism and anorexia nervosa: A case report*, *Eat.Disord.*2000;8(1):63-66.
38. Finkelhor D., Hamby SH., Ormrod R., Turner H.: *The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity and national norms*, *Child Abuse and Neglect.* 2005;383-412.
39. Fisher M., Golden NH., Katzman DK., Kreipe RE., Rees J., Schebendach J.: *Eating disorders in adolescents: A background paper*, *J.Adolesc.Health.* 1995; 16:420-437.
40. Folsom V., Krahn D., Nairn K., Gold L., Demitrack MA., Silk KR.: *The impact of sexual and physical abuse on eating disordered psychiatric symptoms: A comparison of eating disordered and psychiatric inpatients*, *Int.J.Eat.Disord.*1993;13(3):249-257.
41. Fornari V., Dancyger IF.: *Psychosexual development and eating disorders*, *Adolesc.Med.*1981;14(1):61-75.
42. Fredrickson BL., Roberts TA.: *Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risk*, *Psychology of Women Q.*1997;21(2):173-206.
43. French SA., Story M., Remafedi G., Resnick MD., Blum RW.: *Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents*, *Int.J.Eat.Disord.* 1996;19(2):119-126.
44. Frick V., Schindler A.: *Preliminary results of an investigation of psychological, gynecological and endocrinological relationships in secondary amenorrhea*, *Medicine.* 1972;23:1934-1936.
45. Fullerton DT., Wonderlich SA., Gosnell BA.: *Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse*, *Int.J.Eat.Disord.*1995;17(3):243-249.
46. Garfinkel PE.: *Some recent observations of the pathogenesis of anorexia nervosa*, *Can.J.Psychiatry.*1981;26(4):218-223.
47. Garner DM., Garfinkel DE.: *Rating scale and assessment instruments for use*

in pediatric psychopharmacology research, Pharm.Bulletin1985;21(4):1002.

48. Garner DM., Olmsted MP., Bohr Y., Garfinkel PE.: *The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates*, Psychol.Med.1982;12(4):871-878.

49. Gati A., Tenyi T., Tury F., Wildmann M.: *Anorexia nervosa following sexual harassment on the internet: A case report*, Int.J.Eat.Disord.2002;31(4):474-477.

50. Ghizzani A., Montomoli M.: *Anorexia nervosa and sexuality in women: A review*, JSET.2000;25(1):80-81.

51. Glaser D., Frosh S.: *Mit i rzeczywistość. Rozmiary seksualnego wykorzystania dziecka*, rozdział w: *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, red. I wyd. pol.: Pospiszyl I., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1995;17-38.

52. Golberg SC., Halmi KA., Ekert ED., Casper RC., Davis JM., Roper M.: *Attitudinal dimensions in anorexia nervosa*, J.Psychiatr.Res.1980;15(4):239-251.

53. Guille C., Chrisler JC.: *Does feminism serve a protective function against eating disorders?*, Journal of Lesbian Studies; 1999;3(4):141-148.

54. Haimes AL., Katz JL.: *Sexual and social maturity versus social conformity in restricting anorectic, bulimic and borderline women*, Int.J.Eat.Disord. 1988;7(3): 331-341.

55. Harris MB., Smith SD.: *Beliefs about obesity: effects of age, ethnicity, sex and weight*, Psychol.Rep. 1982;51(3f):1047-1055.

56. Hastings T., Kern JM.: *Relationships between bulimia, childhood sexual abuse and family environment*, Int.J.Eat.Disord.1994;15(2):103-111.

57. Heffernan K.: *Eating disorders and weight concern among lesbians*, Int.J.Eat.Disord. 1996;19:127-138.

58. Hepp V., Spindler A., Milos G.: *Eating disorder symptomatology and gender role orientation*, Int.J.Eat.Disord.2005;37(3):227-233.

59. Hick KM., Katzman DK.: *Self-assessment of sexual maturation in adolescent females with anorexia nervosa*, J.Adolesc.Health.1999;24(3):206-211.

60. Jackson LA., Sullivan LA., Rostker R.: *Gender, gender role and body image*, Sex Roles. 1988;19(7/8):429-443.

61. Januszek K.: *Some aspects of sexual identity of girls suffering from anorexia*

nervosa, Arch. Psychiatr.Psychother.2007;3:53-62.

62. Józefik B.: *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się*, rozdział w: *Anoreksja i bulimia psychiczna*, red. Józefik B., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999;22-30.

63. Kagan DM., Squires RL.: *Dieting, compulsive eating and feelings of failure among adolescents*, Int.J.Eat.Disord.1986;3:15-26.

64. Kearney-Cooke A., Striegel-Moore RH.: *Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach*, Int.J.Eat.Disord.1994;15(4):305-319.

65. Kent A., Waller G., Dagnan D.: *A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables*, Int.J.Eat.Disord.1999;25(2):159-167.

66. Kinzl JF., Traweger C., Guenther V., Biebl W.: *Family background and sexual abuse associated with eating disorders*, Am. J. Psychiatr. 1994;151(8):1127-1131.

67. Kucz EA.: *Biologiczne aspekty seksualności człowieka*, rozdział w: *Seksualność w cyklu życia człowieka*, red. Beisert M., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006;33-61.

68. Lakkis J., Ricciardelli LA., Williams RJ.: *Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating*, Sex Roles.1999;41(1/2):1-15.

69. Lelakowska K., Zdrojewicz Z.: *Płeć psychologiczna a preferowane bodźce seksualne*, Seksuologia Polska.2008;6(1):14-20.

70. Leon GR., Lucas AR., Ferdinand RF., Mangelsdorf C., Colligan RC.: *Attitudes about sexuality and other psychological characteristics as predictors of follow-up status in anorexia nervosa*, Int.J.Eat.Disord.1987;6(4):477-484.

71. Lew-Starowicz Z.: *Przestępczość seksualna*, rozdział w: *Seksuologia Sądowa*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000;194-347.

72. Lew-Starowicz Z.: *Typy przemocy seksualnej*, rozdział w: *Przemoc seksualna*, Wyd. Jacek Santorski&CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992;40-48.

73. Logio KA.: *Gender, race, childhood abuse and body image among adolescents*, Violence Against Women.2003;9(8):931-954.

74. Mangweth B., Hausmann A., Danz C., Walch TH., Rupp CI., Biebl W.: *Childhood body-focused behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders*, *Psychother.Psychosom.*2005;74(4):247-253.
75. Mangweth-Matzek B., Rupp CI., Hausmann A., Kemmler G., Biebl W.: *Menarche, puberty and first sexual activities in eating-disorders patients as compared with a psychiatric and a nonpsychiatric control group.*, *Int.J.Eat.Disord.*2007;40(8):705-710.
76. Martz DM., Handey KB., Eisler RM.: *The relationship between feminine gender role stress, body image and eating disorders*, *Psychology of Women Q.*1995;19(4):493-508.
77. Mc Ararney ER., Hoekelman RA.: *Conflicted adolescent premarital intercourse: An antecedent of mild anorexia nervosa?*, *Clin.Pediatr.*1979;18(6):340-342.
78. Meine M., Bunnell DW.: *A perfect biopsychosocial storm*, rozdział w: *Treatment of eating disorders*, red. Meine M., Gilley BH., Bunnell DW., Wydawnictwo Elsevier Inc., USA 2010;3-16.
79. Miller TM., Coffman JG., Linke RA.: *Survey on body image, weight and diet of college students*, *J.Am.Diet.Assoc.*1980;77(5):561-566.
80. Moradi B., Subich LM., Phillips JC.: *Revisiting feminist identity development theory, research and practice*, *Couns.Psychol.*2002;30(1):6-43.
81. Morgan CD., Wiederman MW., Pryor TL.: *Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: a follow-up study*, *J.Sex.Marital.Ther.*1995;21(2):67-77.
82. Morgan HG., Russell GFM.: *Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow up study of 41 patients*, *Psychol.Med* 1975;5:355-371.
83. Morgan JF., Lacey JH., Reid F.: *Anorexia nervosa: Changes in sexuality during weight restoration*, *Psychosom. Med.*1999;61(4):541-545.
84. Murnen SK., Smolak L.: *Femininity, masculinity and disordered eating: A meta-analytic review*, *Int.J.Eat.Disord.*1997;22(3):231-242.

85. Neumark-Sztainer D., Story M., Hannan PJ., Beuhring T., Resnick MD.: *Disordered eating among adolescents: Associations with sexual, physical abuse and other familial, psychosocial factors*, *Int.J.Eat.Disord.*2000;28(3):249-258.
86. Nogas G.: *Psychodynamiczne rozumienie zaburzeń odżywiania się*, rozdział w: *Anoreksja i bulimia psychiczna*, red. Józefik B., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999;72-82.
87. Oppenheimer R., Howells K., Palmer RL., Chaloner DA.: *Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description*, *J.Psychiatr.Res.*1985;19(2/3):357-361.
88. Papadopoulos FC., Ekblom A., Brandt L., Ekselius L. *Excessmortality ,causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa*, *Br.J.Psychiatry*, 2009;194(1):10-17.
89. Phinney VG., Jensen LC., Olsen JA., Cundick B.: *The relationship between early development and psychosexual behaviors in adolescent females*, *J.Adolesc.*1990;25(98):321-332.
90. Pinheiro AP., Raney TJ., Thornton LM., Fichter MM., Berrettini WH., Goldman D., Halmi KA., Kaplan AS., Strober M., Treasure J., Woodside DB., Kaye WH., Bulik CM.: *Sexual functioning in women with eating disorders*, *Int.J.Eat.Disord.* 2010;43(2):123-129.
91. Potter U., Bartrop R., Touyz S.: *Pubertal process and green sickness in Renaissance drama: a forum frusta of anorexia nervosa?* *Australas.Psychiatry.* 2009;17(5):380-384.
92. Pużyński S.(red.): *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych I zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków-Warszawa,1988.
93. Rajewski A.: *Zaburzenia odżywiania*, rozdział w: *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, red. Namysłowska I., PZWL, Warszawa 2012;247-265.
94. Rotschild BS., Fagan PJ., Woodall C., Andersen AE.: *Sexual functioning of female eating-disordered patients*, *Int.J.Eat.Disord.* 1991;10(4):389-394.
95. Rosen D.: *Eating disorders in children and young adolescents: Etiology*,

- classification, clinical features and treatment*, *Adolesc.Med.*2003;14(1):49-59.
96. Ross CA.: *Psychodynamic of eating disorder behavior in sexual abuse survivors*, *Am.J.Psychother.*2009;63(3):211-266.
97. Russka J., Kaltiala-Heino R., Koivisto AM., Rautanen P.: *Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients*, *Eur.Child.Adolesc.Psychiatry.*2003;12(5):214-220.
98. Sabik NJ., Tylka TL.: *Do feminist identity styles moderate the relation between perceived sexist events and disordered eating*, *Psychology of Women Q.*2006;30(1):77-84.
99. Schmidt V., Tiller J., Blanchard M., Andrews B., Treasure J.: *Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa?*, *Psychol.Med.*1997;27(3):523-530.
100. Schneider JA., O'Leary A., Jenkins SR.: *Gender, sexual orientation and disordered eating*, *Psychol.Health.*1995;10(2):113-128.
101. Scott DW.: *The involvement of psychosexual factors in the causation of eating disorders: Time for reappraisal*, *Int.J.Eat.Disord.*1987;366(2):199-213.
102. Seligman MEP., Walker EF., Rosenhan DL. (red.): *Zaburzenia na tle seksualnym*, rozdział w: *Psychopatologia*, 2003;572-615.
103. Siever MD.: *Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders*, *J.Consult.Clin.Psychol.*1994;62(2):252-260.
104. Silverstein B., Berdue L., Peterson B., Vogel L., Fantini DA.: *Possible cause of the thin standard of bodily attractiveness for women*, *Int.J.Eat.Disord.* 1986;5:907-916.
105. Silverstein B., Carponan S., Perlick D., Perdue L.: *Nontraditional sex role aspirations, gender identity conflict and disordered eating among college women*, *Sex Roles.*1990;23(11/12):687-694.
106. Silverstein B., Perdue L., Wolf C., Pizzolo C.: *Bingeing, purging and estimates of parental attitudes regarding female achievement*, *Sex Roles.*1988;19(11/12):723-733.

107. Sitnick T., Katz JL.: *Sex role identity and anorexia nervosa*, Int.J.Eat.Disord.1984;3(3):81-87.
108. Smolak L., Levine MP.: *Adolescent transitions and the development of eating problems*, rozdział w: *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention and treatment*, edited by Smolak L., Levine MP., Striegel-Moore R. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, N.J.1996;207-233.
109. Smolak L., Levine MP., Sullins E.: *Are child sexual experiences related to eating-disordered attitudes and behaviors in a college sample?*, Int.J.Eat.Disord.1990;9(2):167-178.
110. Smolak L., Murnen SK.: *Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification*, Body Image.2008;5(3):251-260.
111. Snyder R., Hasbruck L., *Feminist identity, gender traits and symptoms of disturbed eating among college women*, Psychology of Women Q. 1996;20(4):593-598.
112. Srikameswaran S., Honours BA., Leichner P., Harper D.: *Sex role ideology among women with anorexia nervosa and bulimia*, Int.J.Eat.Disord.1984;3(3):39-43.
113. Thompson KM., Wonderlich SA., Crosby RD., Mitchel JE.: *Sexual violence and weight control techniques among adolescent girls*, Int.J.Eat.Disord.2001;29(2):166-176.
114. Thornton B., Leo R., Alberg K.: *Gender role typing, the superwoman ideal and the potential for eating disorders*, Sex Roles.1991;25(7/8):469-484.
115. Tremblay L., Lariviere M.: *The influence of puberty onset, body mass index and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents*, Eat.Behav.2009;10:75-83.
116. Treuer T., Koperdak M., Roza S., Furedi J.: *The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders*, Eur.Eat.Disord.Rev.2005;13(2):106-111.
117. Waller G.: *Association of sexual abuse and borderline personality disorder*

in eating disordered women, Int.J.Eat.Disord.1993;13(3):259-263.

118. Waller G.: *Perceived control in eating disorders: Relationship with reported sexual abuse*, Int.J.Eat.Disord.1998;23(2):213-216.

119. Waller G., Halek C., Crisp AH.: *Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa. Evidence from two separate case series*, J.Psychosom.Res. 1993;37(8):873-879.

120. Waller G., Hamilton K., Rose N., Sumra J., Baldwin G.: *Sexual abuse and body image distortion in the eating disorders*, J.Clin.Psychol.1993;32(3):350-352.

121. Wiederman MW.: *Women, sex and food: A review of research on eating disorders and sexuality*, J.Sex.Res.1996;33(4):301-311.

122. Wiederman MW., Pryor T., Morgan CD.: *The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa*, Int.J.Eat.Disord. 1996;19(2):109-118.

123. Williams J.: *Sexual role identification and personality function in girls: A theory revisited*, J. Personal. 1973;41(1):1-8.

124. Wonderlich S., Crosby R., Mitchell J., Thompson K., Redlin J., Demuth G., Smyth J.: *Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children*, Int.J.Eat.Disord.2001;29(3):270-279.

125. Vaz-Leal FJ.,Salcedo-Salcedo MS.: *Sexual adjustment and eating disorders: Differences between typical and atypical anorexic adolescent females*, Int.J.Eat.Disord.1992;12(1):11-19.

126. Zlotnick C., HohlsteinLA., Shea MT., Pearlstein T., Recupero P., Bioladi K.: *The relationship between sexual abuse and eating pathology*, Int.J.Eat.Disord. 1996;20(2):129-134.

11. Spis tabel

Tabela 1. Charakterystyka grupy

Tabela 2. Analiza objawów bulimicznych w obu grupach

Tabela 3. Charakterystyka grup pod względem wieku rozpoczęcia dojrzewania płciowego

Tabela 4. Analiza aktywności seksualnej w obu grupach

Tabela 5. Analiza grupy w aspekcie psychologiczno-psychiatrycznym

Tabela 6. Nawyki żywieniowe w obu grupach

Tabela 7. Analiza grup w aspekcie dojrzewania płciowego i swojego ciała

Tabela 8. Utożsamianie się z rolą kobiecą

Tabela 9. Analiza przekonań i postaw wobec seksualności w obu grupach

Tabela 10. Analiza grup w aspekcie identyfikacji płciowej i orientacji seksualnej

Tabela 11. Analiza aktywności psychoseksualnej w obu grupach

Tabela 12. Analiza grupy w aspekcie zaburzeń odżywiania

Tabela 13. Ocena związku rozpoczęcia dojrzewania płciowego a nasilenie objawów jadłowstrętu psychicznego

Tabela 14. Wartości uzyskane w grupie badanej odnośnie przekonań na temat dojrzewania płciowego

Tabela 15. Ocena związku przekonania dotyczącego pojawienia się drugorzędowych cech płciowych a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 16. Ocena zależności między utożsamianiem się z rolą kobiecą a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 17. Ocena zależności przekonań odnośnie roli kobiety a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 18. Ocena zależności związku między identyfikacją płciową a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 19. Ocena zależności między preferencjami homoseksualnymi a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 20. Ocena związku między doświadczeniami seksualnymi a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 21. Ocena związku między wiekiem w jakim pacjentka rozpoczęła aktywność seksualną a anoreksją psychiczną

Tabela 22. Ocena zależności między aktywnością psychoseksualną a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 23. Ocena zależności między aspektem psychoseksualnym a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 24. Związek między przekonaniami dotyczącymi sfery psychoseksualnej a jadłowstrętem psychicznym u dziewcząt

Tabela 25. Porównanie odpowiedzi „wstrzymało się” z innymi wariantami w twierdzeniu „Fantazjuję o byciu w związku z inną dziewczyną” pomiędzy grupą chorych na jadłowstręt psychiczny a grupą kontrolną.

Tabela 26. Porównanie odpowiedzi „wstrzymało się” z innymi wariantami w twierdzeniu „Moim zdaniem współżycie seksualne nie jest ciekawe” pomiędzy grupą chorych na jadłowstręt psychiczny a grupą kontrolną.

Tabela 27. Porównanie odpowiedzi „wstrzymało się” z innymi wariantami w grupie dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny a nasileniem objawów choroby według Kwestionariusza EAT 26.

12. Załączniki

Załącznik 1

Kwestionariusz Osobowy

1. **Data.....**
2. **Data urodzenia.....**
3. **Do jakiej szkoły uczęszczasz:**
 - a) Szkoła podstawowa
 - b) Gimnazjum
 - c) Szkoła średnia
 - d) Inne
4. **Aktualna waga.....**
5. **Aktualny wzrost.....**
6. **Czy kiedykolwiek wystąpił u Ciebie epizod związany z objadaniem się (np. zjedzenie w krótkim czasie zdecydowanie większej ilości jedzenia, niż większość ludzi w podobnym okresie czasu)?**
 - a) Tak
 - b) Nie
7. **Czy kiedykolwiek prowokowałaś wymioty, aby pozbyć się zjedzonego posiłku?**
 - a) Tak
 - b) Nie
8. **Czy kiedykolwiek stosowałaś środki przeczyszczające w celu regulacji wagi ciała?**
 - a) Tak
 - b) Nie
9. **Miejsce zamieszkania**
 - a) Wieś
 - b) Miasto powyżej 10 tys.
 - c) Miasto poniżej 10 tys.
10. **Rodzina:**
 - a) Pełna
 - b) Rodzice w separacji
 - c) Rodzice po rozwodzie

11. Jeśli w Twojej rodzinie występują choroby psychiczne, to u kogo?

- a) Nie występują
- b) Rodzice
- c) Rodzeństwo
- d) Dziadkowie
- e) Inne

12. Jeśli występują, to jakie choroby psychiczne?

- a) Zaburzenia odżywiania
- b) Inne zaburzenia psychiczne (w tym alkoholizm)

13. Czy jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty?

- a) Tak
- b) Nie

14. Jeśli jesteś pod opieką lekarską, to jaki to specjalista?

- a) Psychiatra
- b) Inny specjalista

15. Jeśli jesteś pod opieką lekarza specjalisty, to z jakiego powodu?

- a) Zaburzenia odżywiania
- b) Inne

16. Czy jesteś pod opieką psychologa lub psychoterapeuty?

- a) Tak
- b) Nie

17. Jeśli jesteś pod opieką psychologa lub psychoterapeuty, to z jakiego powodu?

- a) Zaburzenia odżywiania
- b) Inne

18. Czy miesiączkujesz?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Kiedyś tak, teraz nie

19. Ile miałaś lat, gdy pojawiła się pierwsza miesiączka?

.....

20. W jakim wieku zauważyłaś rozwój piersi?

.....

21. W jakim wieku zauważyłaś pojawienie się owłosienia łonowego?

.....

22. Czy rozpoczęłaś współżycie seksualne?

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie

23. Jeśli rozpoczęłaś współżycie seksualne, proszę podaj w jakim wieku.

.....

24. Czy masturbujesz się?

- a) Nie chce ujawniać swojej opinii
- b) Tak
- c) Nie

25. Jeśli masturbujesz się, proszę podaj jak często:

- a) Nie chce odpowiadać na to pytanie
- b) Częściej niż raz dziennie
- c) Raz dziennie
- d) 5-6 razy na tydzień
- e) 3-4 razy na tydzień
- f) 2 razy na tydzień
- g) raz w tygodniu
- h) raz na dwa tygodnie
- i) raz na miesiąc
- j) rzadziej niż raz na miesiąc

26. Czy uprawiałaś petting (czynność polegająca na stymulacji narządów płciowych innej osoby za pomocą ręki)

- a) Nie chcę odpowiadać na to pytanie
- b) Tak
- c) Nie

27. Jeśli uprawiałaś petting proszę podaj w jakim wieku po raz pierwszy

.....

28. Gdzie najczęściej spożywasz posiłki?

- a) W domu
- b) W szkole
- c) Inne.....

29. Jeśli czasem zdarza Ci się nie zjeść posiłku to dlaczego?

- a) Nie jestem głodna
- b) Nie zdążę zjeść
- c) Nie mam pieniędzy na jedzenie
- d) Nie chcę jeść/ odchudzam się

30. Czy jesz posiłki z rodziną (np. kolacja, rodzinne obiady)?

- a) Nie chce odpowiadać na to pytanie
- b) Czasami
- c) Tak
- d) Rzadko
- e) Nie

Załącznik 2

Kwestionariusz funkcjonowania psychoseksualnego

Autor: Monika Olejniczak

Seksualność to niezbywalny atrybut człowieka, który sprawia, że na każdym etapie życia można podejmować nowe związane z nią wyzwania, cieszyć się jej nowymi aspektami i przyjmować wynikające z niej ograniczenia. To, w jaki sposób ludzie funkcjonują seksualnie, zależy od bardzo wielu czynników, między innymi od osobistych postaw oraz preferencji, które kształtują się w procesie rozwoju seksualnego. Jest jeszcze wiele niejasności i nadal brakuje rzetelnych informacji na temat funkcjonowania psychoseksualnego młodzieży. Celem niniejszego badania jest poznanie wzajemnych zależności między regułami życia społecznego, postawami, przejawami seksualności i preferencjami.

1. Lubię ubierać się w luźne, chłopięce stroje:

- a) Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b) Czasami
- c) Tak
- d) Rzadko
- e) Nie

2. Bardzo chciałabym w przyszłości mieć dziecko/ dzieci

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

3. Czy pojawiają się u Ciebie myśli/ fantazje na temat współżycia seksualnego?

- a) Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b) Czasami
- c) Tak
- d) Rzadko
- e) Nie

4. Podobają mi się osoby tej samej płci

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

5. Moi rówieśnicy wyśmiewali mnie, gdy zaczęłam dojrzewać (gdy zaczęły mi rosnąć piersi, zaczęłam miesiączkować)

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Czasami
- c) Tak
- d) Rzadko
- e) Nie

6. Fantazjuję o byciu w związku z inną dziewczyną

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Czasami
- c) Tak
- d) Rzadko
- e) Nie

7. Moim zdaniem masturbacja (samopobudzanie narządów płciowych) jest czymś złym.

- a) Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie.
- d) Nie

8. Moim zdaniem współżycie seksualne bez miłości jest złe

- a) Nie chce ujawniać swojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

9. Moim zdaniem oglądanie pornografii jest bardzo interesujące

- a) Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

10. W moim domu swobodnie rozmawiamy na tematy związane z seksualnością i seksem.

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

11. Jeśli byłaby taka możliwość chciałabym zmienić płeć

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak

- c)Nie wiem, ani tak ani nie
- d) Nie

12. Lubię chodzić na randki z chłopcami

- a)Nie chce ujawniać mojej opinii
- b)Tak
- c)Nie wiem, ani tak, ani nie
- d)Nie

13.Lubię przeglądać się w lustrze

- a)Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b)Tak
- c)Nie wiem, ani tak, ani nie
- d)Nie

14.Często zakochuje się w chłopcach

- a)Nie chce ujawniać mojej opinii
- b)Tak
- c)Nie wiem, ani tak, ani nie
- d)Nie

15.Moim zdaniem religia jest bardzo ważna w moim życiu

- a)Nie chce ujawniać mojej opinii
- b)Tak
- c)Nie wiem, ani tak, ani nie.
- d)Nie

16.Lubię podobać się chłopcom

- a)Nie chce ujawniać mojej opinii
- b)Tak
- c)Nie wiem, ani tak, ani nie
- d)Nie

17.Moim zdaniem współżycie seksualne nie jest ciekawe

- a)Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b)Tak
- c)Nie wiem, ani tak, ani nie
- d)Nie

**18.Uważam, że bardzo atrakcyjne są kobiety o tzw. „kobięcych kształtach”
(duży biust, szerokie biodra)**

- a)Nie chce ujawniać swojej opinii
- b)Tak
- c)Nie wiem, ani tak, ani nie
- d)Nie

19. Wyobrażam sobie jak całuje się i przytulam z chłopcem, który mi się podoba

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Czasami
- c) Tak
- d) Rzadko
- e) Nigdy

20. Uważam, że wiem wystarczająco na temat antykoncepcji

- a) Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Częściowo się nie zgadzam
- e) Nie zgadzam się

21. Cieszę się, że jestem kobietą

- a) Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b) Częściowo się zgadzam
- c) Zgadzam się
- d) Nie

22. Uważam, że szanująca się dziewczyna nie wykazuje zainteresowania chłopcami

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

23. Imponują mi starsze dziewczyny/ młode kobiety (kuzynki, trenerki, nauczycielki)

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

24. Podobają mi się chłopcy

- a) Nie chcę ujawniać mojej opinii
- b) Tak
- c) Nie wiem, ani tak, ani nie
- d) Nie

25. Uważam, że jestem feministką (jestem za równouprawnieniem płci)

- a) Nie chce ujawniać mojej opinii
- b) Tak

c)Nie wiem, ani tak, ani nie

d)Nie

26.Uważam, że dziewczęta nie powinny oglądać czasopism o tematyce erotycznej

a)Nie chce ujawniać mojej opinii

b)Tak

c)Nie wiem, ani tak, ani nie

d)Nie

27.Rozmawiam z koleżankami o chłopakach, całowaniu, sprawach związanych z seksem

a)Nie chce ujawniać mojej opinii

b)Czasami

c)Tak

d)Rzadko

e)Nie

28.Moim zdaniem dojrzewania płciowe jest czymś obrzydliwym

a)Nie chce ujawniać swojej opinii

b)Tak

c)Nie wiem, ani tak, ani nie

d)Nie

29.Będąc kilkuletnią dziewczynką lubiłam zabawy „w dom” lub „mama i tate”

a)Nie chce ujawniać mojej opinii

b)Tak

c)Nie wiem, ani tak, ani nie

d)Nie

Załącznik 3

KWESTIONARIUSZ POSTAW WOBEC ODŻYWIANIA EATING ATTITUDE TEST- 26(EAT-26)

	ZAWSZE	ZWYKLE	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	NIGDY
1. Przeraza mnie myśl, że będę gruba						
2. Unikam jedzenia, gdy jestem głodna						
3. Jestem zajęta myślami o jedzeniu						
4. Objadam się i czuję, że nie jestem w stanie przestać						
5. Dzielę jedzenie na małe kawałki						
6. Wiem, ile kalorii ma posiłek, który zjadam						
7. Szczególnie unikam jedzenia z dużą zawartością						
8. Czuję, że inni woleliby, abym jadła więcej						
9. Wymiotuję po jedzeniu						
10. Czuję się szczególnie winna po zjedzeniu posiłku						
11. Pochłania mnie myśl o tym, aby być szczuplejszą						
12. Kiedy wykonuję ćwiczenia myślę żeby spalić kalorie						
13. Inni ludzie myślą, że jestem zbyt szczupła						
14. Zamartwiam się, że jestem tłusta						
15. Jem dłużej posiłki niż inni						
16. Unikam jedzenia zawierającego cukier						
17. Jem jedzenie dietetyczne						
18. Czuję, że jedzenie kontroluje moje życie						
19. Udaję, że mam kontrolę nad jedzeniem						
20. Czuję, że inni wywierają na mnie presję, abym jadła						
21. Poświęcam za dużo czasu na jedzenie i myślenie o nim						
22. Czuję niezadowolenie po zjedzeniu słodczy						
23. Lubię odchudzać się						
24. Lubię kiedy mam pusty żołądek						
25. Lubię próbować nowe obfite w kalorie posiłki						
26. Mam odruchy wymiotne po jedzeniu						

Załącznik 4

Ankieta Wiktyimizacji Dzieci i Młodzieży

Chcemy poznać doświadczenia i opinie młodych ludzi na temat różnych, często przykrych problemów, z którymi mogli się spotkać. Zwracamy się do Ciebie z prośbą o udzielenie szczerych odpowiedzi na pytania niniejszej ankiety. Gwarantuję całkowitą anonimowość.

*Po przeczytaniu każdego pytania zastanów się i **podkreśl odpowiedź, która jest najbliższa temu co myślisz lub wpisz odpowiedź w wolne miejsce.***

Przedstawimy Ci teraz krótkie opisy, tego, co zdarzyło się osobom w Twoim wieku. Prosimy Cię o uważne ich przeczytanie i odpowiedź na pytania dotyczące tych zdań, które mogły się zdarzyć w ciągu Twojego życia.

A. W czasie jazdy autobusem ktoś ukradł Renacie z torebki portfel. Nie udało się ustalić, kto to zrobił ani odzyskać straty.

I. Czy komuś z Twoich znajomych rówieśników kiedykolwiek ktoś ukradł jakąś rzecz, która nigdy już nie została odzyskana? Chodzi tu o np. takie przedmioty jak plecak, pieniądze (podkreśl jedną odpowiedź),

1. Nie znam nikogo, komu się to zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II. Czy Tobie zdarzyło się, by kiedykolwiek ktoś ukradł Ci jakąś rzecz, której nigdy nie odzyskałaś?

1. Nie zdarzyło mi się to
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy.

B. Do Darka podszedł wieczorem na ulicy młody mężczyzna. Kazał mu oddać pieniądze i komórkę, grożąc, że go pobije, jeśli tego nie zrobi.

I. Czy komuś z Twoich znajomych rówieśników zdarzyło się kiedykolwiek, że odebrano mu/jej siłą coś, co mieli przy sobie?

1. Nie znam nikogo, komu się to zdarzyło

<ol style="list-style-type: none"> 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób
<p>II. Czy kiedykolwiek ktoś użył siły, żeby Tobie zabrać coś, co miałaś przy sobie albo na sobie?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI C 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób <p>JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE</p>
<p>III. Jeśli zdarzyło Ci się, że ktoś użył siły, żeby Tobie zabrać coś, co miałaś przy sobie, albo na sobie to, czy był to ktoś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nieznajomy 2. Znajomy 3. Członek rodziny
<p>IV. Czy była to osoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Młodsza od Ciebie 2. Mniej więcej w Twoim wieku 3. Starsza nie więcej niż o 10 lat 4. Starsza o 10 lat lub więcej 5. Trudno powiedzieć
<p>C. Koleżanki Joanny zabrały jej kurtkę i pocięły żyletką</p>
<p>I. Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych rówieśników, komu kiedykolwiek ktoś celowo zepsuł lub zniszczył coś, co należało do niego?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób
<p>II. Czy ktoś celowo zepsuł albo zniszczył coś, co należało do Ciebie?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI D 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy. <p>JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY, WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE</p>
<p>III. Jeśli zdarzyło Ci się, że ktoś kiedykolwiek celowo coś zepsuł, czy zniszczył, co należało do Ciebie, czy był to ktoś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nieznajomy 2. Znajomy 3. Członek rodziny

IV. Czy była to osoba:

1. Młodsza od Ciebie
2. Mniej więcej w Twoim wieku
3. Starsza nie więcej niż o 10 lat
4. Starsza o 10 lat lub więcej
5. Trudno powiedzieć

D. Łukasz został zaatakowany przez mężczyznę, który groził mu nożem.

I. Czy ktoś z Twoich znajomych rówieśników kiedykolwiek został uderzony lub zaatakowany przy użyciu jakiegoś niebezpiecznego przedmiotu (kija, noża)?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II. Czy kiedykolwiek ktoś Ciebie uderzył lub celowo zaatakował przy użyciu któregoś z takich niebezpiecznych przedmiotów?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI E
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy.

JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY, WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE

III. Jeśli zdarzyło Ci się, że kiedykolwiek ktoś Ciebie uderzył lub celowo zaatakował przy użyciu któregoś z niebezpiecznych przedmiotów, czy był to ktoś:

1. Nieznajomy
2. Znajomy
3. Członek rodziny

IV. Czy była to osoba?

1. Młodsza od Ciebie
2. Mniej więcej w Twoim wieku
3. Starsza nie więcej niż o 10 lat
4. Starsza o 10 lat lub więcej
5. Trudno powiedzieć

E. Jola nie może dogadać się ze swoim wujkiem. W czasie ostatniej kłótni wujek ją uderzył.

I. Czy kogoś z Twoich znajomych rówieśników, kiedykolwiek ktoś dorosły (opiekun, członek rodziny), uderzył, pobił, albo używał innych rodzajów przemocy fizycznej wobec Twojej koleżanki, kolegi lub rodzeństwa i byłaś świadkiem tego?

1. Nie zdarzyło mi się to
2. Zdarzyło mi się to jeden raz

3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy

II.Czy Ciebie w ciągu całego życia ktoś dorosły (np. członek rodziny) uderzył, pobił, albo używał wobec Ciebie innych rodzajów przemocy fizycznej?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI F
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy.

JESLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY, WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE

III.Jeśli zdarzyło Ci się, że ktoś dorosły użył wobec Ciebie przemocy fizycznej w ciągu ostatniego roku, to czy był to:

1. Ktoś z rodziny
2. Nauczyciel
3. Ktoś inny.....

F.Rodzice często krzyczą na Andrzeja. Wyzywają go, używając przy tym poniżających i pogardliwych słów- np. ty idioto

I.Czy znasz kogoś, kto w kiedykolwiek czuł się naprawdę źle, bo dorośli (członkowie rodziny, opiekunowie) wymyślali mu/jej, mówili złe rzeczy?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II.Czy zdarzało się, że kiedykolwiek czułaś się źle, bo dorośli wymyślali Ci, mówili o Tobie złe rzeczy?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI G
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy.

JESLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY, WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE

III.Jeśli zdarzyło Ci się, że ktoś dorosły wymyślał Ci lub mówił o Tobie złe rzeczy w ciągu ostatniego roku, czy był to:

1. Ktoś z rodziny
2. Nauczyciel
3. Ktoś inny.....

G.Alicja była świadkiem tego, jak ojczym w trakcie rodzinnych awantur uderzył jej matkę

I.Czy kiedykolwiek, któreś z Twoich rodziców zostało pobite przez drugiego albo przez przyjaciela?

1. Nie zdarzyło mi się to

2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy.

H.Karol został w czasie kłótni uderzony przez chłopaka z jego szkoły

I.Czy ktoś z Twoich znajomych kiedykolwiek został uderzony lub pobity przez swojego rówieśnika?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II.Czy kiedykolwiek byłeś świadkiem tego, że ktoś z Twoich znajomych został uderzony lub pobity przez swojego rówieśnika?

1. Nie zdarzyło mi się to
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy

III.Czy w ciągu całego życia zdarzyło się, że Ciebie ktoś pobił z rówieśników?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI I
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy

JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE

IV.Jeśli chociaż raz zdarzyło Ci się, że uderzył Cię lub pobił ktoś mniej więcej w Twoim wieku, czy był to ktoś:

1. Ktoś nieznajomy
2. Koleżanka/kolega ze szkoły
3. Siostra lub brat
4. Inne osoby, jakie.....

I.Kiedy Piotrek wracał do domu zaczepiła go grupa chłopaków. Zaczęli go wyzywać, wyśmiewać się z niego. Nie pozwalali mu odejść. Kiedy powiedział, żeby się odczepili, pobili go.

I.Czy znasz kogoś, kto kiedykolwiek został pobity, zaczepiony lub napadnięty przez grupę dzieci lub młodzieży?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II.Czy kiedykolwiek Ty zostałaś pobita lub napadnięta przez rówieśników?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI J
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy

JESLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY TO WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE

IV.Jeśli kiedykolwiek zostałaś napadnięta to czy byli to:

1. Nieznajomi
2. Znajomi

J.Ania umówiła się ze swoim chłopakiem. W czasie spotkania zaczęli się kłócić i chłopak uderzył ją w twarz.

I.Czy znasz kogoś, kto kiedykolwiek został uderzony przez kogoś z kim umówił się na randkę?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II.Czy kiedykolwiek Twój chłopak/dziewczyna spoliczkował Cię na randce?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO CZĘŚCI J
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy

K.Koledzy z klasy znęcają się nad Krzyśkiem. Zmuszają go, żeby wykonywał ich polecenia, popychają.

I.Czy znasz kogoś, nad kim kiedykolwiek znęcali się rówieśnicy?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II.Czy kiedykolwiek byłaś świadkiem tego, że Twoi rówieśnicy znęcali się nad kimś?

1. Nie zdarzyło mi się to
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy

III.Czy kiedykolwiek rówieśnicy znęcali się nad Tobą?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU L
2. Zdarzyło mi się to jeden raz

<ol style="list-style-type: none"> 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy
<p>IV. Jeśli kiedykolwiek znęcał się nad Tobą rówieśnik, był to:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nieznajomy 2. koledzy/koleżanki ze szkoły 3. siostra lub brat 4. inne osoby, jakie.....
<p>L.Kiedy Elżbieta jechała pociągiem, została sama na sam w przedziale z młodym mężczyzną. Ten nagle rozpiął spodnie, obnażył się i był wyraźnie podniecony.</p>
<p>I.Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych rówieśników, kogo ktoś kiedykolwiek zmuszał do oglądania intymnych części jego ciała- przy użyciu siły lub z zaskoczenia?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób
<p>II.Czy kiedykolwiek ktoś Ciebie zmuszał do oglądania intymnych części jego ciała?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU Ł 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy <p>JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ KILKA RAZY WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE STWIERDZENIE</p>
<p>III.Jeśli chociaż raz zdarzyło Ci się, by ktoś zmuszał Cię do oglądania intymnych części jego ciała, to był to ktoś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nieznajomy 2. Znajomy 3. Członek rodziny
<p>IV.Czy była to osoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Młodsza od Ciebie 2. Mniej więcej w Twoim wieku 3. Starsza nie więcej niż o 10 lat 4. Starsza o 10 lat lub więcej 5. Trudno powiedzieć
<p>L.Kolega Kamila wbrew jego woli, dotykał intymnych części jego ciała i zmuszał go, żeby i on tak go dotykał.</p>
<p>I.Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych rówieśników, kogoś, kogo wbrew jego woli, ktoś dotykał i/lub zmuszał do dotykania intymnych części ciała?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło

<ol style="list-style-type: none"> 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób
<p>II. Czy kiedykolwiek ktoś wbrew Twojej woli, dotykał intymnych części Twojego ciała i/lub zmuszał Cię do takiego dotyku?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU M 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy <p>JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE.</p>
<p>III. Jeśli chociaż raz zdarzyło Ci się, że kiedykolwiek ktoś dotykał intymnych części Twojego ciała, czy był to ktoś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nieznajomy 2. Znajomy 3. Członek rodziny
<p>IV. Czy była to osoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Młodsza od Ciebie 2. Mniej więcej w Twoim wieku 3. Starsza nie więcej niż o 10 lat 4. Starsza o 10 lat lub więcej 5. Trudno powiedzieć
<p>V. Czy była to osoba pod wpływem alkoholu lub narkotyków?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tak 2. Nie 3. Trudno powiedzieć
<p>VI. Czy powiedziałaś komuś o tym zdarzeniu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tak, zaraz po nim 2. Tak, ale dopiero po czasie 3. Nie
<p>M. Mężczyzna, który siedział obok Beaty na plaży zaczął komentować wygląd jej piersi i nóg, składać jej propozycje seksualne i opowiadać o tym, co chętnie zrobiłby z nią w sytuacji intymnej.</p>
<p>I. Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych, kto kiedykolwiek czuł się zraniony tym, że pisano do niej/niego rzeczy związane z seksem?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób

<p>II.Czy kiedykolwiek ktoś zranił Twoje uczucia, mówiąc lub pisząc rzeczy związane z seksem?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU N 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy <p>JESLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE</p>
<p>III.Jeśli choć raz zdarzyło Ci się, że ktoś mówił lub pisał rzeczy związane z seksem, był to ktoś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Znajomy 2. Nieznajomy 3. Członek rodziny
<p>IV.Czy była to osoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Młodsza od Ciebie 2. Mniej więcej w Twoim wieku 3. Starsza nie więcej niż o 10 lat 4. Starsza o 10 lat lub więcej 5. Trudno powiedzieć
<p>N.Ewa była siłą zmuszana do stosunku seksualnego.</p>
<p>I.Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych rówieśników, kto kiedykolwiek był zmuszany do uprawiania seksu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób
<p>II.Czy kiedykolwiek byłaś świadkiem tego, że ktoś zmuszał drugą osobę do odbycia stosunku seksualnego?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy
<p>III.Czy Ciebie kiedykolwiek zmuszał ktoś do uprawiania seksu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU O 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy
<p>IV.Jeśli chociaż raz zdarzyło Ci się, że ktoś kiedykolwiek zmuszał Cię do uprawiania seksu, to był to ktoś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nieznajomy

<ol style="list-style-type: none"> 2. Znajomy 3. Członek rodziny
<p>V. Czy była to osoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Młodsza od Ciebie 2. Mniej więcej w Twoim wieku 3. Starsza nie więcej niż o 10 lat 4. Starsza o 10 lat lub więcej 5. Trudno powiedzieć
<p>VI. Czy ta osoba była pod wpływem alkoholu lub narkotyków?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tak 2. Nie 3. Nie wiem
<p>VII. Czy powiedziałaś komuś o tym zdarzeniu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tak, zaraz po nim 2. Tak, ale dopiero po czasie 3. Nie
<p>O. Justyna poznała w Internecie Krzysia. Napisał, że jest jej rówieśnikiem. Potem okazało się, że jest o wiele starszy i chciał się spotkać w celach seksualnych.</p>
<p>I. Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych rówieśników, kto kiedykolwiek zawarł w Internecie znajomość, w wyniku której próbowano wykorzystać go do celów seksualnych?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób
<p>II. Czy Tobie zdarzyło się kiedykolwiek zawrzeć w Internecie znajomość, którą próbowano wykorzystać do celów seksualnych?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU Q 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy
<p>III. Jeśli zdarzyło Ci się kiedykolwiek zawrzeć taką znajomość, to, czy była to osoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Młodsza od Ciebie 2. Mniej więcej w Twoim wieku 3. Starsza nie więcej niż o 10 lat 4. Starsza o 10 lat lub więcej 5. Trudno powiedzieć

Teraz zapytam Cię o zdarzenia, które miały miejsce zanim opisywane osoby skończyły 15 lat.

Przypomnij proszę sobie te zdarzenia, gdy miałeś mniej niż 15 lat.

Q.Kiedy Marek miał 13 lat, ktoś dorosły dotykał intymnych części jego ciała i doprowadził do tego, że i on dotykał intymnych części ciała tej osoby.

I.Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych, komu, zanim ukończył 15 lat, zdarzyła się podobna sytuacja?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

II.Czy Tobie zdarzyło się, zanim skończyłaś 15 lat, by ktoś dotykał intymnych części Twojego ciała i/lub zmuszał Cię byś Ty też dotykała tę osobę?

1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU P
2. Zdarzyło mi się to jeden raz
3. Zdarzyło mi się to kilka razy
4. Zdarzyło mi się to wiele razy

JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY, WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE.

III.Jeśli choć raz zdarzyła Ci się ta sytuacja, to był to ktoś:

1. Nieznajomy
2. Znajomy
3. Członek rodziny

IV.Kiedy ta sytuacja miała miejsce:

1. Miałam mniej niż 7 lat
2. 7-13 lat
3. Więcej niż 13, a mniej niż 15
4. Nie pamiętam/trudno powiedzieć

V.Czy powiedziałaś o tym komuś?

1. Tak, zaraz po nim
2. Tak, ale dopiero po czasie
3. Nie

P.Kiedy Wiktoria miała 14 lat, ktoś dorosły odbył z nią stosunek seksualny.

I.Czy znasz kogoś wśród swoich znajomych, kto, zanim ukończył 15 lat, odbył stosunek seksualny z kimś dorosłym?

1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło
2. Znam jedną taką osobę
3. Znam kilka takich osób
4. Znam wiele takich osób

<p>II. Czy Tobie zdarzyło się, że zanim skończyłaś 15 lat, ktoś dorosły odbył z Tobą stosunek seksualny?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to PRZEJDŹ DO PUNKTU R 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy <p>JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY, WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE</p>
<p>III. Jeśli kiedykolwiek miała miejsce ta sytuacja, to był to ktoś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nieznajomy 2. Znajomy 3. Członek rodziny
<p>IV. Czy zdarzyło się to, gdy miałaś:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mniej niż 7 lat 2. 7-13 lat 3. Więcej niż 13, a mniej niż 15 lat
<p>V. Czy powiedziałaś o tym komuś?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tak, zaraz po nim 2. Tak, ale dopiero po czasie 3. Nie
<p>R. Dorosły mężczyzna zaprosił 12-letniego Juliana do swojego mieszkania, doprowadził do tego, że chłopiec rozebrał się i fotografował go oraz nagrywał, kiedy był nagi.</p>
<p>I. Czy znasz kogoś komu przed ukończeniem 15-go roku życia, zdarzyła się taka sytuacja jak Julianowi?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie znam nikogo, komu to się zdarzyło 2. Znam jedną taką osobę 3. Znam kilka takich osób 4. Znam wiele takich osób
<p>II. Czy Tobie taka sytuacja się zdarzyła?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie zdarzyło mi się to 2. Zdarzyło mi się to jeden raz 3. Zdarzyło mi się to kilka razy 4. Zdarzyło mi się to wiele razy <p>JEŚLI ZDARZYŁO CI SIĘ TO KILKA RAZY, WEŹ POD UWAGĘ OSTATNIE ZDARZENIE</p>
<p>III. Czy powiedziałaś o tym komuś?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tak 2. Nie