

## Porównanie danych socjodemograficznych pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i bulimicznego hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1993–2003

### Comparison of socio-demographic data of female patients with purging and restricting types of anorexia nervosa hospitalised at the Psychiatry Department of the Medical University of Lublin in the years 1993–2003

Beata Pawłowska, Marek Masiak

Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

#### Summary

**Aim.** The aim of this study was a comparison of socio-demographic data of female patients with a diagnosis of purging and restricting type of anorexia nervosa.

**Methods.** The method of the study was an analysis of the data obtained from 131 case histories of female patients with a diagnosis of anorexia nervosa (40 patients with restrictive type and 91 with a bulimic type of anorexia), treated at the Adolescent Department and the Neurosis Department of the Psychiatry Department of the Medical University of Lublin in the years 1993 – 2003. The mean age of the investigated patients with a restrictive type of anorexia was 20.8 years, the age of disease onset was 16.5 years, the mean time of disease duration was 3.7 years, mean BMI = 15.4. The mean age of the patients with a bulimic type of anorexia was 21.8 years, the age of disease onset was 17.9 years, the mean time of disease duration was 4.6 years, mean BMI = 15.9. Half of the patients had a secondary level education. 87% were brought up in a full family and the most frequent reason of being brought up by a single parent was the death of another parent.

**Results.** Results of our study revealed relevant differences between female patients with a restrictive type of anorexia and a purging type of anorexia in certain family factors.

**Conclusions.** 1. Compared to the patients with the restrictive type of anorexia, much more patients with the bulimic type of anorexia assessed their relationships with their mothers negatively.

2. Much more patients with the bulimic type of anorexia compared to the patients with the restrictive type of anorexia, experienced sexual and physical abuse, in most cases caused by their fathers.

3. Alcohol abuse was present in 53% of the fathers of the patients with the bulimic type of anorexia and 30% of the fathers of patients with the restrictive type of anorexia.

4. Mental diseases occurred more often in mothers of women with a restrictive type of anorexia (10%) than the bulimic type (2.2%).
5. Chronic somatic diseases occurred more often in fathers of the patients with a restrictive type of anorexia (12%) than with the bulimic type (2.2%).
6. Compared to the patients with the restrictive type of anorexia, significantly more patients with the bulimic type of anorexia abused alcohol and had a lifetime history of suicide attempt.

*Słowa klucze:* jadłowstręt psychiczny typu restrykcyjnego, jadłowstręt psychiczny typu bulimicznego

*Key words:* bulimic type of anorexia, restrictive type of anorexia

Zaburzenia odżywiania są zaburzeniami złożonymi, ich etiologia ma charakter wieloczynnikowy, a wzrost ryzyka zachorowania wiąże się ze specyficznym połączeniem czynników biologicznych, osobowościowych i środowiskowych, przy czym różne kombinacje tych czynników wpływają na indywidualny obraz kliniczny i przebieg tych zaburzeń [1, 2]. Badacze zwracają uwagę na stały wzrost liczby zachorowań na zaburzenia odżywiania się, obniżanie się wieku zachorowania, a także na coraz rzadsze występowanie anoreksji typu restrykcyjnego, a częstsze typu bulimicznego, spowodowane zmianami kulturowo-społecznymi [3, 4].

Cennym źródłem informacji, dotyczących zmian zachodzących w zakresie niektórych czynników mogących odgrywać istotną rolę w rozwoju objawów zarówno jadłowstrętu psychicznego, jak i bulimii, wydawały się autorom pracy dane zebrane z historii chorób pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, które były hospitalizowane na przestrzeni ostatnich kilku lat.

### **Grupa badana i metoda**

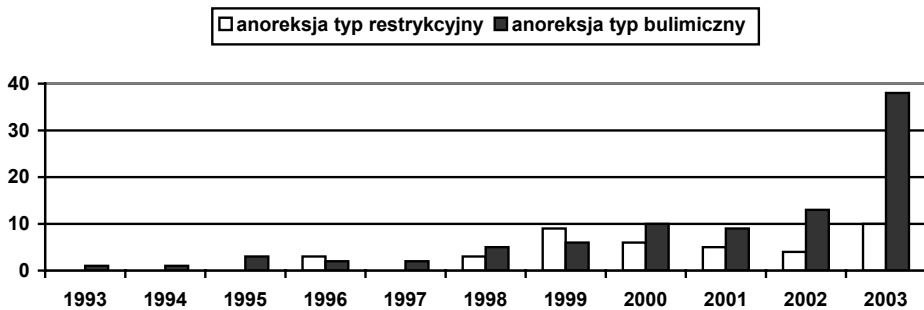
W pracy przeanalizowano dane uzyskane z 216 historii chorób pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, leczonych na Oddziale Młodzieżowym oraz Oddziale Nerwic Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1993–2003. W ciągu 10 lat hospitalizowano 184 kobiety (32 pacjentki były hospitalizowane dwu- lub trzykrotnie), spośród których wyodrębniono grupę 40 kobiet z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego typu restrykcyjnego, 91 pacjentek z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego i grupę 53 kobiet z bulimią.

Uzyskany, na podstawie historii chorób pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, materiał analizowano, biorąc pod uwagę dane takie, jak: wiek leczonych kobiet, wiek zachorowania, liczba hospitalizacji, czas trwania choroby, BMI, liczbę pacjentek wypisanych na żądanie, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, zatrudnienie, strukturę rodziny, liczbę rodzeństwa. Przeprowadzone z pacjentkami, przy przyjęciu na oddział oraz w trakcie terapii, wywiady dostarczyły informacji na temat oceny ich relacji z rodzicami, rodzeństwem, nadużywania przez nie i członków rodziny alkoholu, doświadczanej przemocy, podejmowanych prób samobójczych oraz występujących u nich oraz u ich rodziców i rodzeństwa chorób somatycznych.

W niniejszej pracy przedstawiono dane uzyskane na podstawie historii chorób pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego typu restrykcyjnego i bulimicznego, a w artykule „Analiza danych demograficznych i relacji w rodzinach kobiet z bulimią”, stanowiącym II część pracy, zebrano informacje dotyczące pacjentek z rozpoznaniem bulimii.

## Wyniki

W pierwszym etapie pracy porównano liczbę pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i bulimicznego, hospitalizowanych w latach 1993–2003 (wykres 1).



Wykres 1. Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym leczone w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1993–2003

Dane zamieszczone na wykresie informują o stale wzrastającej liczbie kobiet leczonych z powodu jadłowstrętu psychicznego, głównie typu bulimicznego.

Średni wiek, wiek zachorowania, liczbę hospitalizacji, czas trwania choroby, liczbę pacjentek wypisanych na żądanie oraz ich wagę, wzrost i BMI, z uwzględnieniem podziału na typ zaburzeń odżywiania się, przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Wiek, czas trwania choroby, liczba hospitalizacji oraz BMI pacjentek z anoreksją

Dane	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
wiek pacjentek (w latach)	20,80	21,80
wiek zachorowania (w latach)	16,50	17,91
czas trwania choroby (w latach)	3,70	4,60
liczba hospitalizacji	1,50	2,24
wypis na żądanie (%)	12,50	8,80
waga (kg)	41,40	43,00
wzrost (cm)	1,64	1,63
BMI	15,40	15,90

Jak wynika z powyższej tabeli, pacjentki leczone z powodu jadłowstrętu psychicznego typu restrykcyjnego były średnio o rok młodsze od pacjentek z anoreksją typu bulimicznego. Kobiety z anoreksją typu restrykcyjnego zaczynały chorować w wieku 16 lat i rzadziej były hospitalizowane, w porównaniu z pacjentkami z anoreksją typu bulimicznego, których średni wiek zachorowania wynosił 17–18 lat. Na żądanie wypisało się 8 pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego, pomimo nieznacznie niższego BMI od BMI pacjentek z anoreksją typu bulimicznego, spośród których 5 wypisało się na żądanie.

W kolejnych tabelach zaprezentowano poziom wykształcenia (tab. 2) i zatrudnienie (tabela 3) pacjentek z uwzględnieniem podziału na typ jadłowstrętu psychicznego.

Tabela 2. Poziom wykształcenia pacjentek z anoreksją

Wykształcenie	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
podstawowe	37,5%	30,1%
średnie	55,0%	49,5%
zawodowe	5,0%	9,9%
wyższe	2,5%	9,9%

W grupie kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego – 15 miało wykształcenie podstawowe, 22 – średnie, 2 – zawodowe i 1 – wykształcenie wyższe. Spośród pacjentek z anoreksją typu bulimicznego – 27 miało wykształcenie podstawowe, 45 – średnie, 9 – zawodowe i 9 wyższe.

Tabela 3. Zatrudnienie pacjentek z anoreksją

Zatrudnienie	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
uczeń	80%	62,5%
pracujący	5%	10,0%
bezrobotny	15%	22,0%
renta	0%	5,5%

W grupie 40 kobiet z jadłowstrętem psychicznym typu restrykcyjnego 32 kontynuowały naukę, 2 – pracowały, a 6 – miało status osoby bezrobotnej. Spośród 91 kobiet z anoreksją typu bulimicznego 54 kontynuowały naukę, 9 – pracowało, 20 – było osobami bezrobotnymi, a 5 pobierało świadczenia rentowe.

W tabeli 4 przedstawiono dane dotyczące stanu cywilnego pacjentek.

Większość hospitalizowanych kobiet była pannami – 38 pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i 86 z anoreksją typu bulimicznego. W obu wyodrębnionych grupach 3 pacjentki były mężatkami. Kobiety rozwiedzione były jedynie w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego (2 osoby).

W tabelach 5 i 6 podano informacje o miejscu zamieszkania oraz o osobach, z którymi pacjentki obecnie mieszkają.

Tabela 4. Stan cywilny pacjentek z anoreksją

Stan cywilny	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
panna	92,5%	94,5%
mężatka	7,5%	3,3%
rozwódka	0,0%	2,2%

Tabela 5. Miejsce zamieszkania pacjentek z anoreksją

Miejsce zamieszkania	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
miasto	72,5%	73,6%
wieś	27,5%	26,4%

Tabela 6. Osoby, z którymi mieszkają pacjentki z anoreksją

Mieszkanie z	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
rodzicami	82,5%	81,3%
samotnie	2,5%	3,3%
mężem	7,5%	4,4%
matką	2,5%	4,4%
ojcem	5,0%	4,4%
babcią	0,0%	2,2%

Większość pacjentek, zarówno z anoreksją typu restrykcyjnego (29 osób), jak i bulimicznego (67 osób), mieszkała w mieście. Na wsi mieszkało 12 kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego i 24 – typu bulimicznego.

Zdecydowana większość pacjentek, zarówno z jądłowstrętem psychicznym typu restrykcyjnego (34 osoby), jak i bulimicznego (74 osoby), mieszkała wspólnie z rodzicami.

Dane zamieszczone w tabeli 7 informują o strukturze rodziny pacjentek i przyczynach wychowania się w rodzinie niepełnej.

Tabela 7. Struktura rodzin kobiet z anoreksją

Struktura rodziny	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
rodzina pełna	87,50%	86,80%
rozwód rodziców	2,50%	3,30%
śmierć rodzica	7,50%	6,60%
pobyt rodzica za granicą	2,50%	3,35%

Najwięcej pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, zarówno typu restrykcyjnego (32 osoby), jak i bulimicznego (79 osób), wychowywało się w rodzinie pełnej, natomiast najczęściej występującą przyczyną wychowania się w rodzinie niepełnej kobiet

z obu grup (łącznie 9 osób) była śmierć jednego z rodziców spowodowana chorobą nowotworową, wypadkiem samochodowym lub samobójstwem dokonany pod wpływem alkoholu. Rozwiedzeni byli rodzice 1 pacjentki z anoreksją typu restrykcyjnego i 3 pacjentek z anoreksją typu bulimicznego, a wiele lat za granicą pracowali: ojciec 1 pacjentki z jadłowstrętem typu restrykcyjnego i 3 ojców pacjentek z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego.

W następujących tabelach przedstawiono liczbę rodzeństwa kobiet z jadłowstrętem psychicznym (tab. 8) oraz kolejność ich urodzenia się (tab. 9).

Tabela 8. Liczba rodzeństwa pacjentek z anoreksją

Liczba rodzeństwa	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
brak rodzeństwa	22,0%	21,9%
jedno	48,0%	48,4%
dwoje	15,0%	15,4%
troje	12,5%	5,5%
czworo	2,5%	5,5%
sześćcioro	0,0%	2,2%
siedmioro	0,0%	1,1%

Tabela 9. Kolejność urodzenia się pacjentek z anoreksją

Kolejność urodzenia się	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
pierwsze dziecko	47,5%	42,9%
drugie	35,0%	31,9%
trzecie	4,5%	11,0%
czwarte	7,5%	3,3%
piąte	0,0%	1,1%
siódme	0,0%	1,1%
brak danych	5,5%	8,7%

Prawie połowa hospitalizowanych pacjentek z jadłowstrętem psychicznym ma jednego brata lub siostrę i jest najstarszym dzieckiem w rodzinie (tab. 9).

Na podstawie zamieszczonych w historiach chorób wywiadów uzyskano informacje o ocenach sformułowanych przez kobiety z jadłowstrętem psychicznym, dotyczących ich relacji z rodzicami oraz rodzeństwem (tab. 10).

W grupie pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego negatywnie ocenia swoje relacje z ojcami 21 kobiet, z matkami – 11, a z rodzeństwem 14. Pozytywnie relacje z ojcami spostrzega 10 kobiet, z matkami – 21, a z rodzeństwem 10 kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego. W grupie pacjentek z anoreksją typu bulimicznego negatywnie ocenia relacje z ojcami 60 kobiet, z matkami – 47, a z rodzeństwem – 27. Pozytywnie wypowiadało się o relacjach z ojcami 20 kobiet, z matkami – 32, a z rodzeństwem – 25 kobiet z anoreksją typu bulimicznego.

W tabeli 11 przedstawiono liczbę pacjentek, które zgłaszały, że były ofiarami przemocy fizycznej lub seksualnej.

Tabela 10. **Relacje w rodzinach pacjentek z anoreksją**

Relacje w rodzinie w ocenie pacjentek	Negatywne		Pozytywne	
	typ restrykcyjny	typ bulimiczny	typ restrykcyjny	typ bulimiczny
z ojcem	52,5%	66,0%	25,0%	22,0%
z matką	27,5%	51,6%	52,5%	35,0%
z rodzeństwem	35,0	29,7%	25,0%	27,5%

Tab.11. **Procent kobiet z anoreksją doświadczających przemocy fizycznej i seksualnej**

Sprawca przemocy	Przemoc fizyczna		Przemoc seksualna	
	typ restrykcyjny	typ bulimiczny	typ restrykcyjny	typ bulimiczny
ojciec	17,5%	26,0%	5%	7,7%
matka	0,0%	2,2%	0%	0,0%
brat	0,0%	2,2%	0%	3,3%
mąż	0,0%	4,4%	0%	0,0%
osoba obca	0,0%	0,0%	0%	4,4%
łącznie	17,5%	34,8	5%	15,4

O doświadczanej przemocy fizycznej ze strony ojca informowało 7 pacjentek, a o przemocy seksualnej mówiły 2 kobiety z anoreksją typu restrykcyjnego. W grupie chorujących na anoreksję typu bulimicznego – 34 kobiety były ofiarami przemocy fizycznej, a 14 kobiet doświadczyło przemocy seksualnej. W 26 przypadkach sprawcą przemocy fizycznej był ojciec, w 2 – matka, w 2 rodzeństwo i w 4 – mąż. Sprawcą wykorzystywania seksualnego 7 pacjentek z anoreksją typu bulimicznego był ojciec, 3 – brat, a 4 – osoba spoza rodziny. Przedstawione dane wskazują, że znacznie częściej o przemocy zarówno fizycznej, jak i seksualnej, której sprawcami byli ojcowie, informowały pacjentki z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego niż typu restrykcyjnego.

W tabeli 12 przedstawiono liczbę pacjentek, rodziców i rodzeństwa nadużywających alkoholu.

Tabela 12. **Procent pacjentek, rodziców i rodzeństwa nadużywających alkoholu**

Nadużywanie alkoholu	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
pacjentka	2,5%	10,0%
ojciec	30,0%	52,7%
matka	2,5%	10,0%
rodzeństwo	2,5%	3,3%

O nadużywaniu alkoholu informowała 1 pacjentka z anoreksją typu restrykcyjnego i 9 z anoreksją typu bulimicznego. Alkoholu nadużywało 12 ojców, 1 matka i 1 brat pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego oraz 48 ojców, 9 matek i 3 braci pacjentek z anoreksją typu bulimicznego. Z wywiadów zamieszczonych w historiach chorób wynika, że pod wpływem alkoholu dokonywana była większość samookaleczeń i prób samobójczych przez pacjentki z anoreksją typu bulimicznego.

W tabeli 13 przedstawiono dane dotyczące liczby pacjentek i ich rodzeństwa, podejmujących próby samobójcze.

Tabela 13. Próby samobójcze podejmowane przez pacjentki i ich rodzeństwo

Próby samobójcze	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
dokonywane przez pacjentki	2,5%	15,4%
dokonywane przez rodzeństwo	0,0%	4,4%

Znacznie częściej prób samobójczych dokonywały kobiety z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego (14 osób) niż typu restrykcyjnego (1 osoba). W grupie kobiet z anoreksją typu bulimicznego – 4 informowały o próbach samobójczych dokonywanych przez rodzeństwo.

Dokumentacja lekarska dostarczyła również informacji dotyczących chorób, na które pacjentki leczyły się w okresie dzieciństwa i które współwystępują obecnie z jadłowstrętem psychicznym (tab. 14).

Tabela 14. Choroby pacjentek z anoreksją

Choroby	Typ restrykcyjny	Typ bulimiczny
alergia	2,5%	0,0%
moczenie się nocne	2,5%	1,0%
niedosłuch	0,0%	1,0%
SM	0,0%	1,0%
żółtaczką	0,0%	3,3%

Z grupy 40 pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego 1 leczyła się w dzieciństwie z powodu alergii, 1 – przechodziła terapię w związku z moczeniem się wtórnym nocnym. Spośród pacjentek z rozpoznaniem anoreksji typu bulimicznego 1 leczyła się w dzieciństwie z powodu moczenia się wtórnego nocnego, 3 kobiety przebyły żółtaczkę zakaźną, a obecnie 1 jest chora na SM i 1 ma wadę słuchu.

W kolejnej tabeli – 15 zestawiono dane informujące o chorobach rodziców i rodzeństwa pacjentek.

O przewlekłych chorobach somatycznych, takich jak: SM, choroba niedokrwienna serca i nowotworowa u ojców informowało 5 pacjentek z jadłowstrętem typu restrykcyjnego i 2 pacjentki z jadłowstrętem typu bulimicznego. Matki 2 pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i 8 pacjentek z anoreksją typu bulimicznego hospitalizowane były z powodu: stwardnienia rozsianego, choroby reumatycznej i nowotworowej.



Tabela 15. **Choroby rodziców i rodzeństwa pacjentek z anoreksją**

Choroby	ojców		matek		rodzeństwa	
	typ restrykcyjny	typ bulimiczny	typ restrykcyjny	typ bulimiczny	typ restrykcyjny	typ bulimiczny
somatyczne	12,5%	2,2%	5,0%	8,8%	0,0%	4,4%
psychiczne	0,0%	0,0%	10,0%	2,2%	0,0%	0,0%
zaburzenia odżywiania się	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	2,5%	2,2%

U rodzeństwa 4 pacjentek z anoreksją typu bulimicznego występowały choroby takie, jak: cukrzyca, autyzm, dziecięce porażenie mózgowe i padaczka. Z powodu zaburzeń psychicznych leczyły się 4 matki kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego i 2 matki pacjentek z anoreksją typu bulimicznego. Jedna pacjentka z anoreksją typu restrykcyjnego i dwie z anoreksją typu bulimicznego zgłaszały zaburzenia odżywiania się u siostry. Jedna matka pacjentki z anoreksją typu bulimicznego leczyła się w przeszłości z powodu zaburzeń odżywiania się. Na podstawie danych, zamieszczonych w historiach chorób pacjentek hospitalizowanych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, sformułowano następujące wnioski.

### Wnioski

1. W roku 2003 nastąpił istotny wzrost liczby pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie. Częściej hospitalizowano kobiety z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego niż restrykcyjnego.
2. Najbardziej liczną grupę stanowiły pacjentki z wykształceniem średnim lub podstawowym, kontynuujące naukę szkolną.
3. Większość pacjentek mieszkała wspólnie z rodzicami i wychowywała się w rodzinach pełnych, a najczęściej zgłaszaną przyczyną wychowywania się w rodzinie niepełnej była śmierć rodzica.
4. Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym były najczęściej najstarszym lub najmłodszym dzieckiem w rodzinie.
5. Połowa pacjentek z jadłowstrętem psychicznym oceniała negatywnie relacje z ojcem.
6. Znacznie więcej pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego, niż kobiet z anoreksją typu bulimicznego, oceniało pozytywnie relacje z matkami.
7. Znacznie więcej dziewcząt z anoreksją typu bulimicznego, niż restrykcyjnego, było ofiarami przemocy fizycznej i seksualnej, której sprawcą był najczęściej ojciec.
8. Więcej pacjentek z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego niż restrykcyjnego nadużywało alkoholu i dokonywało prób samobójczych.
9. Znacznie więcej rodziców kobiet z anoreksją typu bulimicznego nadużywało alkoholu niż kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego.
10. Znacznie więcej ojców kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego, niż bulimicznego, chorowało na chorobę niedokrwienną serca, choroby nowotworowe lub SM, a matek – na zaburzenia psychiczne.

## Omówienie

Dane zebrane z historii chorób pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się informują o istotnym wzroście w roku 2003 liczby kobiet leczonych z powodu jadłowstrętu psychicznego, głównie typu bulimicznego. Wyniki te mogą być efektem wzrostu rozpowszechnienia się tych zaburzeń, ale również większej świadomości problemu w społeczeństwie oraz większej dostępności leczenia [4]. Średni wiek zachorowania dziewcząt z anoreksją typu restrykcyjnego wynosił 16 lat, a dziewcząt z anoreksją typu bulimicznego – 18. Dziewczęta z anoreksją typu bulimicznego były częściej hospitalizowane, a rzadziej wypisywały się na własne żądanie, w porównaniu z dziewczętami z anoreksją typu restrykcyjnego, które, mimo znacznego wyniszczenia, rodzice wypisywali na żądanie, wbrew zaleceniom lekarskim. Wyniki te korespondują ze zdaniem badaczy zwracających uwagę na stały wzrost liczby kobiet chorujących na anoreksję, coraz rzadziej typu restrykcyjnego, a częściej typu bulimicznego [5]. Obserwacje kliniczne wskazują, że pacjentki najmłodsze, najczęściej w celu obniżenia masy ciała, stosują restrykcyjne diety i wykonują intensywne ćwiczenia fizyczne. Następnie, w miarę rozwoju choroby, zaczynają przyjmować środki przeczyszczające, prowokować wymioty. Podczas pierwszej hospitalizacji otrzymują rozpoznanie anoreksji typu restrykcyjnego, które po kolejnych hospitalizacjach zmienia się często w diagnozę anoreksji typu bulimicznego. Pacjentki z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego – można przypuszczać, że z powodu częstszych hospitalizacji, większego wyniszczenia somatycznego organizmu spowodowanego stosowaniem środków odwadniających, przeczyszczających, prowokowaniem wymiotów – częściej opuszczają naukę szkolną, przerywają ją, podejmując pracę, niż dziewczęta z anoreksją typu restrykcyjnego. Gorszy stan somatyczny pacjentek z anoreksją typu bulimicznego może być jednym z wielu czynników wyjaśniających wyniki wskazujące, że tylko kobiety z tej grupy otrzymywały świadczenia rentowe oraz częściej miały status osoby bezrobotnej, w porównaniu z pacjentkami z anoreksją typu restrykcyjnego. Jednocześnie częste hospitalizacje, zwolnienia z obowiązków związanych z nauką, pracą, izolacja społeczna, trudności ze znalezieniem pracy w sytuacji przerwania nauki, pozostawanie osobą bezrobotną, pobierającą świadczenia rentowe, może nasilać w pacjentkach lęk przed dorosłością, samodzielnością, dążenie do funkcjonowania w jedynie dostępnej i „bezpiecznej” roli – chorej, oraz czynienia z choroby sensu życia [6].

Analiza danych dotyczących miejsca zamieszkania pacjentek z jadłowstrętem psychicznym wykazała, że zdecydowana większość hospitalizowanych kobiet mieszkała w mieście, razem z rodzicami. Około 22% pacjentek było jedynaczkami, a połowa miała jednego brata lub siostrę i była najstarszym dzieckiem w rodzinie. Relacje z rodzeństwem 31% pacjentek określiło jako negatywne. Na ocenę taką mogła mieć wpływ opisywana w literaturze, cechująca kobiety z jadłowstrętem psychicznym, tendencja do dewaluacji rodzeństwa i rywalizacji o matkę [2, 6].

Większość (87%) pacjentek wychowywała się w rodzinie pełnej, ale nie funkcjonującej prawidłowo, w związku z zaburzonymi relacjami z rodzicami. Znacznie więcej pacjentek z anoreksją typu bulimicznego, niż restrykcyjnego, oceniało negatywnie relacje z ojcem, informowało o nadużywaniu przez niego alkoholu i doświadczanej z jego strony przemocy fizycznej. Dane te korespondują z wynikami badań Iniewicz i wsp. [7] oraz Komender [3], które wykazały, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym gorzej

oceniają relacje z ojcem niż matką. Cechuje je negatywny obraz ojca i siebie, a bardziej pozytywny – matki [8, 9]. Często opisywane, występujące u chorych na anoreksję, ambiwalentne związki z matką są znacznie bardziej pozytywne, jak pokazują wyniki badań, niż z ojcem [8, 9]. Ocena i akceptacja matki jest różna u pacjentek z różnym typem jadłowstrętu psychicznego. Znacznie więcej pacjentek z anoreksją typu bulimicznego, niż pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego, ocenia negatywnie swoje relacje z matkami (ponad połowa). Na wyniki te może mieć wpływ zarówno częściej zgłaszane przez pacjentki z anoreksją typu bulimicznego nadużywanie alkoholu przez matki, jak i opisywana przez badaczy [9, 10] większa tendencja u pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego do idealizowania matek, zaprzeczania trudnościom w relacjach z nimi, bardziej nasiloną symbioza. Negatywne relacje ponad połowy pacjentek z anoreksją typu bulimicznego z obojgiem rodziców mogą łączyć się także z częstszym nadużywaniem alkoholu przez pacjentki z anoreksją typu bulimicznego niż restrykcyjnego. Otrzymane wyniki są zgodne z danymi z literatury [11, 12], wskazującymi na związek zaburzeń odżywiania się typu bulimicznego z dodatkowymi zaburzeniami kontroli impulsów, jak np: uzależnieniem od alkoholu, narkotyków, kradzieżami czy tendencją do samoszkodzeń. Z wywiadów zamieszczonych w historiach chorób wiadomo, że pacjentki z anoreksją typu bulimicznego znacznie częściej dokonywały prób samobójczych pod wpływem alkoholu niż pacjentki z anoreksją typu restrykcyjnego.

W literaturze przedmiotu podkreślane jest zdecydowanie większe znaczenie traumatycznych przeżyć – takich jak alkoholizm jednego lub obojga rodziców, doświadczenie wykorzystywania emocjonalnego, fizycznego i seksualnego – w genecie i rozwoju objawów anoreksji typu bulimicznego, niż restrykcyjnego [11, 12]. Zaprezentowane w pracy dane ujawniły, że znacznie więcej pacjentek z anoreksją typu bulimicznego niż restrykcyjnego zgłaszało nadużywanie alkoholu przez oboje rodziców, a także więcej kobiet było ofiarami przemocy zarówno fizycznej, jak i wykorzystywania seksualnego, którego sprawcą był ojciec. Łącznie, spośród 131 pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, 44% było ofiarami wykorzystywania fizycznego lub seksualnego. Wyniki te ściśle łączą się ze zdaniem Vanderlindena [11], który uważa, że od 20 do 50% kobiet z anoreksją doświadczyło wykorzystywania w przeszłości, którego sprawcą u 20% kobiet był członek rodziny. Według badaczy istotnymi w rozwoju zaburzeń odżywiania się, obciążającymi sytuacjami rodzinnymi, oprócz alkoholizmu rodziców, doświadczanej z ich strony przemocy, wykorzystywania, mogą być również: zaburzenia nastroju jednego lub obojga rodziców, zaburzenia odżywiania się u matki czy rodzeństwa oraz choroba lub śmierć członka rodziny [3, 11, 13]. Analiza danych uzyskanych na podstawie historii chorób wykazała, że śmierć jednego z rodziców była najczęściej zgłaszaną przez pacjentki przyczyną wychowywania się w rodzinie niepełnej. Z powodu zaburzeń psychicznych leczyło się więcej matek, a z powodu chorób somatycznych, takich jak: SM, choroba niedokrwienna serca i choroby nowotworowe – ojców pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego, niż bulimicznego, których matki częściej hospitalizowano z powodu: stwardnienia rozsianego, choroby reumatycznej i nowotworowej. W sumie 37,5% pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i 15,4% z anoreksją typu bulimicznego zgłaszało choroby somatyczne lub zaburzenia psychiczne u rodziców. Wynik ten wyraźnie wskazuje, że znacznie więcej rodziców kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego chorowało na choroby somatyczne i psychiczne (37,5%), a więcej rodziców kobiet z anoreksją typu bulimicznego nad-

używało alkoholu (62,4%). O ciężkich chorobach somatycznych u rodzeństwa, takich jak: choroba reumatyczna, cukrzyca, autyzm, dziecięce porażenie mózgowie i padaczka, informowały wyłącznie kobiety z anoreksją typu bulimicznego.

W związku z danymi z literatury [3], wskazującymi na ujawnianie się czasami objawów jadłowstrętu po żółtaczkę zakaźnej czy operacji wymagającej stosowania diety, przeanalizowano dane dotyczące chorób, na które leczyły się pacjentki w przeszłości. Wyniki analiz ujawniły, że kilka pacjentek z anoreksją typu bulimicznego stosowało w przeszłości dietę z powodu żółtaczki.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych analiz, można wyodrębnić dane, które nie różnicują znacząco kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego i bulimicznego, oraz dane, które są wyraźnie charakterystyczne dla jednego z typów jadłowstrętu psychicznego. Poziom wykształcenia, stan cywilny, miejsce zamieszkania, struktura rodziny generacyjnej i przyczyny wychowywania się w rodzinie niepełnej, liczba rodzeństwa, kolejność urodzenia się, relacje z rodzeństwem oraz częstość występowania zaburzeń odżywiania się u rodzeństwa była podobna u pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i bulimicznego. Znacząco więcej kobiet z anoreksją typu bulimicznego, niż restrykcyjnego, było osobami bezrobotnymi, podejmowała próby samobójcze, miało negatywne relacje z rodzicami oraz było ofiarami przemocy fizycznej i seksualnej.

Przedstawione wyniki korespondują ze zdaniem badaczy [14], którzy uważają, że oba podtypy jadłowstrętu psychicznego powinny być przedmiotem odmiennego podejścia terapeutycznego.

**Сравнение социодемографических данных пациенток с анорексией рестриктивного и булимического типов, госпитализированных на Кафедре и Клинике психиатрии Мед. академии в г. Люблине в 1993–2003 годах**

**Содержание**

**Задание.** Заданием работы было сравнение социодемографических данных пациенток с распознаванием анорексии рестриктивного и булимического типов.

**Метод.** Проанализированы данные, полученные из историй болезней пациенток с диагнозом нервной анорексии (40 пациенток) рестриктивный тип, 91 булимический тип), леченных в Молодежном отделении и Отделении неврозов Кафедры и Клиники психиатрии Мед. академии в г. Люблине в 1993–2003 годах. Средний возраст пациенток с анорексией рестриктивного типа равнялся 20,8 года, возраст заболевания – 16,5 года, время продолжительности болезни – 8,7 года, ВМИ = 15,4. Средний возраст пациенток с анорексией булимического типа равнялся 21,8 года, возраст заболевания 17,9 года, время продолжительности болезни – 4,6 года, ВМИ = 15,9 года. Половина пациенток была со средним образованием. Более 90% пациенток было незамужними, более 70% проживали в городе вместе с родителями. В полной семье воспитывалось 87% пациенток, а наиболее частой причиной воспитания в неполной семье была смерть одного из родителей.

**Результаты.** Результаты обнаружили значительные различия между пациентками больных анорексии рестриктивного и булимического типов в радиусе некоторых семейных факторов.

**Выводы.** 1. Отношения с матерью негативно оценивало значительно больше пациенток с анорексией типа булимического, нежели рестриктивного. 2. Значительно больше пациенток с анорексией булимического типа, нежели рестриктивного подвергалось физическому и сексуальному насилию, со стороны, как правило, отца. 3. Злоупотребляло алкоголь 53% отцов пациенток с анорексией булимического типа и 30% – с анорексией рестриктивного типа. 4. Более часто психические болезни отмечены у матерей пациенток с анорексией рестриктивного (10%), чем булимического (2,2%) типов. 5. Хронические соматические заболевания более часто

были у отцов пациенток с анорексией рестриктивного (12%), чем (2,2%) булимического типов. 6. Значительно чаще злоупотребляли алкоголем и совершали суицидальные пробы пациентки с анорексией булимического типа, чем рестриктивного.

**Vergleich der soziodemographischen Angaben der Patientinnen mit Anorexia vom restriktiven und bulimischen Subtyp, die in der Klinik für Psychiatrie in Lublin, Lehrstuhl der Medizinakademie, in den Jahren 1993-2003 hospitalisiert wurden**

**Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war der Vergleich der soziodemographischen Angaben der Patientinnen mit der Diagnose Anorexia vom restriktiven und bulimischen Subtyp.

**Material und Methode.** Man analysierte die Angaben, die aus den Krankheitsgeschichten der Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa (40 Patientinnen - restriktiver Subtyp, 91 - bulimischer Subtyp) erhalten wurden, und die in der Abteilung für Jugendliche und in der Abteilung für Neurosen im Lehrstuhl der Medizinakademie und in der Psychiatrischen Klinik der Medizinakademie in Lublin in den Jahren 1993 - 2003 behandelt wurden. Das Durchschnittsalter der Patientinnen lag bei 20,8 Jahren, der Alter bei der Erkrankung - 16,5, die Dauer der Krankheit betrug 3,7 Jahre, BMI = 15,4. Das Durchschnittsalter der Patientinnen mit der Anorexia vom bulimischen Subtyp betrug 21,8 Jahre, das Alter im Moment der Erkrankung 17,9 J., die Dauer der Krankheit - 4,6 Jahre, BMI = 15,9. Die Hälfte der Patientinnen hatte eine mittlere Ausbildung. Über 90% der Patientinnen waren ledig, über 70% wohnten in der Stadt bei ihren Eltern. In der vollen Familie wurden 87% Patientinnen großgezogen, die häufigste Ursache für das Leben bei einem Elternteil war der Tod eines der Eltern.

**Ergebnisse.** Die Ergebnisse zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Patientinnen mit Anorexia vom restriktiven Subtyp und bulimischen im Hinblick auf manche familiären Faktoren.

**Schlussfolgerungen.** 1. Die Beziehungen zu der Mutter wurden negativer von den Patientinnen mit bulimischen Subtyp der Anorexia als von denen mit restriktivem Subtyp beurteilt. 2. Mehr Patientinnen mit der Anorexia vom bulimischen Subtyp wurden sexuell und körperlich mißbraucht, meist vom Vater. 3. Alkohol mißbrauchten 53% Väter der Patientinnen mit Anorexia vom bulimischen Subtyp und 30% - mit restriktiver Anorexia. 4. Psychische Krankheiten traten häufiger bei Mütter der Frauen mit restriktiver Anorexia (10%) auf als bei denen mit bulimischer (2,2%). 5. Chronische somatische Krankheiten wurden häufiger bei Vätern der Patientinnen mit Anorexia vom restriktiven (12%), bulimischen (2,2%) Subtyp festgestellt. 6. Die Patientinnen mit der Anorexia vom bulimischen Subtyp mißbrauchten häufiger Alkohol und machten häufiger Suizidversuche als die mit dem restriktiven Subtyp.

**La comparaison des données socio-démographiques des patientes souffrant de l'anorexie restrictive et de l'qnorexie-boulimie, hospitalisées à la Clinique Psychiatrique de l'Académie de Médecine de Lublin durant les années 1993-2003**

**Résumé**

**Objectif.** Comparer les données socio-démographiques des patientes souffrant de l'anorexie restrictive et de l'anorexie-boulimie.

**Méthode.** On a analysé 131 histoires de maladie des patientes (40 du type restrictif, 91 du type boulimique) traitées à la Clinique Psychiatrique de Lublin – Département des adolescents et des névroses – durant les années 1993-2003. La moyenne de l'âge des patients souffrant de l'anorexie restrictive – 20,8 ans, l'âge du début de la maladie – 16,5 ans, la durée de la maladie – 3,7 ans, BMI=15,4. La moyenne de l'âge des patientes souffrant de l'anorexie-boulimie – 21,8 ans, l'âge du début de la maladie – 17,9 ans, la durée de la maladie – 4,6 ans, BMI=15,9. Le niveau d'éducation – secondaire (la moitié des malades). Plus de 90% de patientes sont célibataires, 70% habitent en villes et avec leurs parents. 87% ont passé leurs enfance en famille avec deux parents, celles qui vivent en famille avec un parents expliquent que c'est à cause de la mort de l'autre parent.

**Résultats.** On note que les patientes souffrant de l'anorexie restrictive diffèrent de patientes du type boulimique quant aux certains facteurs touchant leurs familles.

**Conclusions.** 1. Les patientes souffrant de l'anorexie-boulimie estiment négativement les relations avec leurs mères que les patientes avec l'anorexie restrictive. 2. Les patientes souffrant de l'anorexie-boulimie ont souffert plus souvent de la violence physique et de l'abus sexuel de la part de leurs pères que les patientes avec l'anorexie restrictive. 3. 53% pères des patientes avec l'anorexie-boulimie abusent de l'alcool, et seulement 30% pères des patientes avec l'anorexie restrictive.

4. On note plus souvent les troubles mentaux chez les mères des patientes du type restrictif (10%) que chez les mères des patientes du type boulimique (2,2%). 5. On note plus souvent les maladies somatiques chez les pères des patientes avec l'anorexie restrictive (12%) que chez les pères des patientes du type boulimique (2,2%). 6. Les patientes avec l'anorexie-boulimie abusent de l'alcool plus souvent que les patientes avec l'anorexie restrictive et il en est de même avec les tentatives de se suicider.

### Piśmiennictwo

1. Żechowski C, Namysłowska I, Korolczuk A, Siewierska A, Jakubczyk A, Bażyńska A, Bronowska Z. *Profilaktyka zaburzeń odżywiania się u dzieci i młodzieży. Część I. Założenia ogólne i czynniki ryzyka.* Psychiatr. Pol. 2004; 1: 65–73.
2. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia obrazu własnego ciała w jadłowstręciu psychicznym.* Psychiatr. Pol. 1997; 31 (4): 397–408.
3. Komender J. *Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy.* Nowa Med. 1996; 17: 5–11.
4. Bomba J. *Zaburzenia jedzenia. Próba spojrzenia z perspektywy historycznej.* W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003, s. 11–16.
5. Namysłowska I. *Podsumowanie.* Nowa Med. 1996; 17: 84–85.
6. Golczyńska M. *Anorexia nervosa – psychospołeczne tło zaburzeń.* Nowa Med. 1996; 17: 11–16.
7. Iniewicz G, Józefik B, Namysłowska I, Ulańska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część II.* Psychiatr. Pol. 2002; 34 (1): 65–81.
8. Pawłowska B, Chuchra M. *Obraz siebie i ojca w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym.* Ann. Univers. Mariae Curie-Skłodowska 2003; 58 (13): 428–433.
9. Chuchra M, Pawłowska B, Płotka A. *Obraz siebie i matki w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym.* Ann. Univers. Mariae Curie-Skłodowska 2003; 58 (13): 217–222.
10. Jakubczyk A, Żechowski C. *Anoreksja jako przejaw „pogranicznej” (borderline) struktury osobowości.* Nowa Med. 1996; 17: 18–24.
11. Vanderlinden J. *Anorexia nervosa overwinnen.* Tiel: Lannoo; 2002.
12. Borgart EJ, Meermann R. *Stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie.* W: Zielke M, red. *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation.* Berlin: Pabst Science Publishers; 2001, s. 275–307.
13. Józefik B. *Terapia rodzin w leczeniu zaburzeń odżywiania.* W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003, s. 81–92.
14. Rajewski A, Talarczyk-Więckowska M. *Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego.* Psychiatr. Pol. 1996; 30 (5): 881–820.

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii AM  
20-439 Lublin, ul. Głuska 1

Otrzymano: 7.11.2005  
Zrecenzowano: 12.12.2005  
Przyjęto do druku: 14.06.2006