

## Analiza danych demograficznych i relacji w rodzinach kobiet z bulimią

### Analysis of demographic data and family relationships in women with bulimia

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 an analysis of data collected from the case histories of female patients with a diagnosis of bulimia nervosa, who underwent medical treatment at the Psychiatry Department of the Medical University of Lublin in the years 1993 – 2003.

**Methods.** 53 female patients with a mean age of 22 years, the age of disease onset – 17.5 years, and mean BMI = 22.3. In this group 58.5% of the patients had secondary level education, primary level – 24.5%, vocational – 3.8% and higher level education – 7%. Most patients were city inhabitants (64.2%), and lived together with their parents (85%).

**Results.** Half of the patients were brought up in a complete family, whilst the most frequent cause of being brought up by a single parent was the death of the other parent (26.4%). In this group 54.7% of the patients continued their studies, 13.2% worked and 32% were unemployed. More than half of the patients assessed their relationship both with their fathers (54.7%) and their mothers (58.5%) negatively. 20.8% of the patients were victims of physical violence and 18.8% - of sexual abuse. Alcohol was abused by 56.6% of their fathers, 7.5% of their mothers and 18.6% of the patients themselves. A life history of suicide was present in 13.2% of the patients. More mothers (13.2%) compared to the patients' fathers (1.9%), suffered from chronic somatic diseases and mental disturbances; 3.8% of the patients' siblings developed eating disorders. In conclusions we compared data received from patients with anorexia nervosa with data from patients with bulimia.

**Conclusions.** Female patients with a purging type of anorexia are similar to female patients with bulimia in many socio-demographic factors, and at the same time they differ from female patients with a restricting type of anorexia.

*Słowa klucze:* bulimia, relacje rodzinne

*Key words:* bulimia, family relationships

Bulimia psychiczna jest ciężką chorobą o złym rokowaniu, małym procencie wy-  
leczeń, dużym zagrożeniu dla życia, zdrowia i funkcjonowania, występującą u około  
1–2% populacji dziewcząt w wieku adolescencyjnym [1, 2]. Etiopatogeneza bulimii

jest wieloczynnikowa i uwzględnia trzy główne grupy czynników: indywidualne, rodzinne i społeczno-kulturowe [3].

Celem pracy była analiza niektórych danych demograficznych i społecznych uzyskanych na podstawie historii chorób pacjentek z rozpoznaniem bulimii, hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1993–2003.

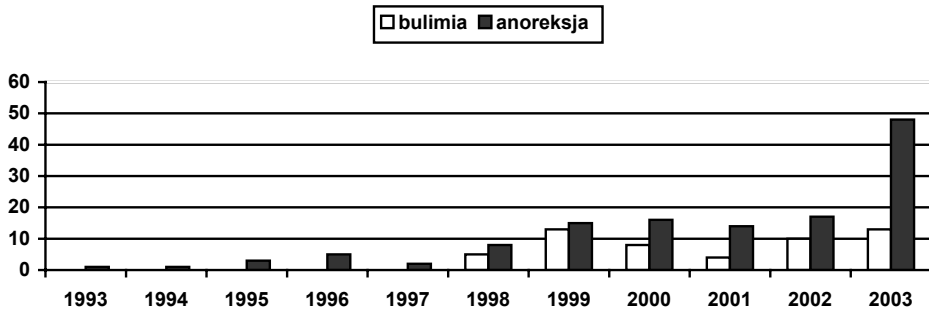
### Grupa badana i metoda

Analizie poddano informacje zamieszczone w historiach chorób 53 pacjentek z rozpoznaniem bulimii, biorąc pod uwagę wiek zachorowania, czas trwania choroby, liczbę hospitalizacji, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania oraz dane dotyczące: zatrudnienia, struktury rodziny, podejmowanych prób samobójczych, chorób somatycznych oraz nadużywania alkoholu przez pacjentki i członków ich rodzin. Na podstawie zamieszczonych w historiach chorób wywiadów, przeprowadzonych z pacjentkami w trakcie hospitalizacji, określono ich relacje z rodzicami i rodzeństwem.

We wnioskach oraz omówieniu podsumowano łącznie wyniki kobiet z jadłowstrętem psychicznym typu restrykcyjnego i bulimiczego, opisane w artykule „Porównanie danych socjodemograficznych pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego i bulimiczego” stanowiącym I część pracy w tym tomie Psychiatrii Polskiej oraz kobiet z bulimią przedstawione poniżej – w części II.

### Wyniki

Na wykresie 1 przedstawiono liczbę kobiet z bulimią, w porównaniu z liczbą kobiet z jadłowstrętem psychicznym, hospitalizowanych w latach 1993–2003.



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

W latach 1993–2003 hospitalizowano znacznie więcej pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (131 osób) niż z bulimią (53 osoby).

Średni wiek, wiek zachorowania, liczbę hospitalizacji, czas trwania choroby, liczbę pacjentek z bulimią wypisanych na żądanie oraz ich wagę, wzrost i BMI przedstawiono w tabeli 1.

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

Dane	Liczebność
wiek pacjentek (w latach)	22,3
wiek zachorowania (w latach)	17,5
czas trwania choroby (w latach)	4,75
liczba hospitalizacji	1,40
wypis na żądanie (w %)	7,50
waga (kg)	60,30
wzrost (m)	1,65
BMI	22,30

Wyniki zamieszczone w tabeli 1 wskazują, że pacjentki z bulimią zaczynały najczęściej chorować na początku szkoły średniej, a średni czas trwania choroby wynosił 5 lat.

W kolejnych tabelach przedstawiono dane informujące o wykształceniu (tab. 2) i zatrudnieniu pacjentek (tab. 3).

Tabela 2. **Wykształcenie pacjentek z bulimią**

Wykształcenie	%
podstawowe	24,5%
średnie	58,5%
zawodowe	3,8%
wyższe	13,2%

Ponad połowa pacjentek z bulimią – 31 osób – miała wykształcenie średnie, 13 – wykształcenie podstawowe, 7 – wyższe, i 2 – zawodowe.

Najwięcej pacjentek z bulimią – 29 – kontynuowało naukę szkolną, 7 – pracowało, a 17 miało status osoby bezrobotnej.

Tabela 3. **Zatrudnienie pacjentek z bulimią**

Zatrudnienie	%
uczeń	54,7%
pracujący	13,2%
bezrobotny	32,1%
renta	0,0%

W tabeli 4 przedstawiono stan cywilny leczonych kobiet.

Jedna spośród 53 pacjentek z rozpoznaniem bulimii była mężatką, a pozostałe były stanu wolnego.

W tabelach 5 i 6 podano informacje dotyczące miejsca zamieszkania pacjentek oraz osób, z którymi mieszkają.

Tabela 4. Stan cywilny kobiet z bulimią

Stan cywilny	%
panna	98,1%
mężatka	1,9%
rozwódka	0,0%

Tabela 5. Miejsce zamieszkania kobiet z bulimią

Miejsce zamieszkania	%
miasto	64,2%
wieś	35,8%

Jak wynika z danych zamieszczonych w powyższej tabeli, 34 pacjentki mieszkają w mieście, a 19 – na wsi.

Tabela 6. Osoby, z którymi mieszka pacjentka z bulimią

Zamieszkanie z	%
rodziną	85%
samotnie	1,9%
mężem	1,9%
matką	7,5%
ojcem	1,9%
babcią	1,9%

Większość pacjentek (45 osób) mieszka wspólnie z rodzicami.

Tabela 7. Struktura rodzin pacjentek z bulimią

Struktura rodziny	%
rodzina pełna	49,1%
rozwód rodziców	13,2%
śmierć rodzica	26,4%
pobyt rodzica za granicą	11,3%

Tabela 7 informuje o strukturze rodziny pacjentek i przyczynach wychowywania się w rodzinie niepełnej.

W rodzinie pełnej wychowywało się 26 kobiet z bulimią. W rodzinie niepełnej z powodu śmierci rodzica wychowywało się 14 pacjentek, z powodu rozwodu rodziców – 7, a w związku z długotrwałym pobytom rodzica za granicą – 6.

W tabelach numer 8 i 9 przedstawiono dane, informujące o liczbie dzieci w rodzinach badanych kobiet oraz kolejności ich urodzenia się.

Tabela 8. Liczba rodzeństwa pacjentek z bulimią

Liczba rodzeństwa	%
brak rodzeństwa	9,4%
jedno	41,5%
dwoje	24,5%
troje	9,4%
czworo	11,4%
sześcioro	3,8%

Pacjentki z bulimią miały najczęściej rodzeństwo – jedno lub dwoje – i były najstarszym lub najmłodszym dzieckiem w rodzinie.

Tabela 9. Kolejność urodzenia się pacjentek z bulimią

Kolejność urodzenia się	%
pierwsze dziecko	37,7%
drugie	32,1%
trzecie	17,0%
czwarte	1,9%
piąte	7,5%
szóste	1,9%

Na podstawie historii chorób uzyskano również informacje na temat relacji pacjentek z rodzicami i rodzeństwem (tab.10) oraz doświadczanej przez nie przemocy fizycznej i seksualnej (tab. 11).

Tabela 10. Relacje w rodzinach kobiet z bulimią

Relacje w rodzinie w ocenie pacjentek	Negatywne	Pozytywne
z ojcem	54,7%	28,3%
z matką	58,5%	28,3%
z rodzeństwem	41,5%	28,3%

Tabela 11. Liczba kobiet z bulimią doświadczających przemocy fizycznej i seksualnej

Sprawca przemocy	Fizyczna	Seksualna
ojciec	17%	7,5%
brat	0%	3,8%
osoba obca	3,8%	7,5%
łącznie	20,8%	18,8%

Negatywnie relacje z ojcami oceniali 29 kobiet z bulimią, z matkami 31, a z rodzeństwem – 22.

Jak wynika z danych, zamieszczonych w tabeli 9, 11 pacjentek z bulimią było ofiarami przemocy fizycznej, a 4 – wykorzystywania seksualnego przez ojca. Przemocy fizycznej ze strony osoby spoza rodziny generacyjnej doświadczyły 2 pacjentki. Sprawcą wykorzystywania seksualnego 2 pacjentek był brat, a 4 – osoba obca.

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

Tabela 12. Liczba pacjentek z bulimią, ich rodziców i rodzeństwa nadużywających alkoholu

Osoby	% osób nadużywających alkoholu
pacjentki	18,9%
ojcowie	56,5%
matki	7,5%
rodzeństwo	5,7%

Do nadużywania alkoholu przyznawało się 10 kobiet z bulimią. O nadużywaniu alkoholu przez ojca informowało 30 pacjentek, przez matkę – 5, a przez brata – 3.

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

Tabela 13. Liczba kobiet z bulimią i ich rodzeństwa podejmujących próby samobójcze

Próby samobójcze	%
dokonywane przez pacjentki	13,2%
dokonywane przez rodzeństwo	0,0%

Spośród 53 hospitalizowanych kobiet, 7 dokonywało licznych prób samobójczych, najczęściej będąc pod wpływem alkoholu.

Dane zebrane z dokumentacji lekarskiej stały się źródłem informacji o chorobach, na które pacjentki leczyły się w okresie dzieciństwa i które współwystępują obecnie z bulimią, oraz występujących u ich rodziców i rodzeństwa (tab. 14).

Tabela 14. Choroby pacjentek z bulimią, ich rodziców i rodzeństwa

Choroby	Pacjentek	Ojców	Matek	Rodzeństwa
somatyczne	1,9%	1,9%	13,2%	3,8%
psychiczne	0,0%	0,0%	11,3%	0,0%
zaburzenia odżywiania się	100,0%	0,0%	0,0%	3,8%

Z powodu żółtaczki zakaźnej leczyła się jedna pacjentka z bulimią. U rodzeństwa 2 pacjentek występowało dziecięce porażenie mózgowie. O zaburzeniach odżywiania się u rodzeństwa informowały również 2 pacjentki. Ojciec jednej kobiety był chory na chorobę nowotworową. Znacznie więcej matek niż ojców pacjentek z bulimią leczyło się zarówno z powodu chorób nowotworowych (7 matek), jak i zaburzeń psychicz-

nych (6 matek). Powyższe wyniki stały się podstawą do sformułowania następujących wniosków:

### Wnioski

1. Większość pacjentek z bulimią mieszkała w mieście (64,2%), wspólnie z rodzicami (85%).
2. Połowa pacjentek z bulimią wychowywała się w rodzinie pełnej, a śmierć jednego z rodziców była najczęściej zgłaszaną przyczyną wychowywania się w rodzinie niepełnej.
3. Około 1/3 pacjentek z bulimią miała status osoby bezrobotnej.
4. Ponad połowa kobiet z bulimią negatywnie oceniała swoje relacje zarówno z ojcem (54,7%), jak i z matką (58,5%).
5. Ofiarami przemocy fizycznej było 20,8%, a seksualnej – 18,8% pacjentek.
6. Alkoholu nadużywało 56,6% ojców, 7,5% matek i 18,9% pacjentek z bulimią.
7. Więcej matek (13,2%) pacjentek z bulimią chorowało na przewlekłe choroby somatyczne, oraz zaburzenia psychiczne (11,3%), niż ojców (1,9%).

W kolejnych wnioskach zestawiono informacje uzyskane o pacjentkach z jadłowstrętem psychicznym, zaprezentowane w I części pracy (str... w tym tomie „Psychiatrii Polskiej”), z danymi pacjentek z bulimią, przedstawionymi w niniejszym artykule.

8. W latach 1993–2003 w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie hospitalizowano znacznie więcej pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, głównie typu bulimicznego, niż bulimii.
9. Na własne żądanie wypisywały się najczęściej pacjentki z rozpoznaniem anoreksji typu restrykcyjnego, a najrzadziej z rozpoznaniem bulimii.
10. Najwięcej pacjentek, zarówno z bulimią, jak i z jadłowstrętem psychicznym, miało wykształcenie średnie i kontynuowało naukę.
11. Status osoby bezrobotnej miało najwięcej kobiet z bulimią, a jedynie w grupie kobiet z anoreksją typu bulimicznego były pacjentki pozostające na rencie.
12. Na wsi mieszkało więcej pacjentek z bulimią niż z jadłowstrętem psychicznym.
13. Większość pacjentek z zaburzeniami odżywiania się wychowywała się w rodzinie pełnej, a najczęściej występującą przyczyną wychowywania się w rodzinie niepełnej była śmierć rodzica.
14. Znacznie więcej kobiet z bulimią, niż z jadłowstrętem psychicznym, wychowywało się w rodzinie niepełnej z powodu śmierci rodziców, rozwodu lub wyjazdu rodzica za granicę.
15. Znacznie więcej kobiet z jadłowstrętem psychicznym było jedynaczkami i najstarszymi dziećmi w rodzinie, w porównaniu z kobietami z bulimią.
16. Ponad połowa pacjentek z zaburzeniami odżywiania się negatywnie oceniała swoje relacje z ojcami.
17. Negatywnie relacje z matkami oceniało więcej pacjentek z bulimią i anoreksją typu bulimicznego niż restrykcyjnego.
18. Relacje z rodzeństwem negatywnie oceniało więcej pacjentek z bulimią, w porównaniu z pacjentkami z anoreksją.

19. Ofiarami przemocy fizycznej było więcej pacjentek z jądłowstrętem psychicznym typu bulimicznego, a wykorzystywania seksualnego – kobiet z bulimią i anoreksją typu bulimicznego niż restrykcyjnego.
20. Przemoc fizyczną stosowali najczęściej ojcowie kobiet z zaburzeniami odżywiania się.
21. Prób samobójczych dokonywały znacznie częściej kobiety z rozpoznaniem bulimii i anoreksji typu bulimicznego niż restrykcyjnego.
22. Pacjentki z bulimią oraz z anoreksją typu bulimicznego znacznie częściej nadużywały alkoholu niż pacjentki z anoreksją typu restrykcyjnego.
23. Więcej rodziców pacjentek z bulimią i anoreksją typu bulimicznego, niż restrykcyjnego, nadużywało alkoholu.
24. Ojcowie pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego częściej, niż pacjentek z bulimią i anoreksją typu bulimicznego, chorowali na przewlekłe choroby, takie jak: SM, choroba niedokrwienna serca i choroby nowotworowe.
25. Matki kobiet z bulimią i anoreksją typu restrykcyjnego częściej, niż z anoreksją typu bulimicznego, chorowały na choroby psychiczne.
26. Na choroby somatyczne, takie jak: SM i choroby nowotworowe chorowało najczęściej matek kobiet z bulimią.
27. Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji typu bulimicznego i bulimii zgłaszały występowanie u rodzeństwa chorób takich, jak: choroba reumatyczna, cukrzyca, autyzm, dziecięce porażenie mózgowie i padaczka.

### Omówienie

Wyniki analizy danych – zebranych na podstawie historii chorób pacjentek z zaburzeniami odżywiania się – przedstawione w I i II części pracy wykazały, że w ciągu 10 lat, od roku 1993 do 2003, leczono w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Lublinie 91 pacjentek z anoreksją typu bulimicznego, 53 – z rozpoznaniem bulimii, i najmniej liczną grupę – 40 kobiet, z rozpoznaniem anoreksji typu restrykcyjnego. Jedną z przyczyn częstszych hospitalizacji pacjentek z jądłowstrętem psychicznym mogło być ich widoczne dla otoczenia wychudzenie (BMI = 15–16), którego nie obserwowano u kobiet z bulimią (BMI = 22). Kobiety z rozpoznaniem bulimii miały przeciętnie 22 lata, a ponad połowa uzyskała średnie wykształcenie i kontynuowała naukę. Znacznie więcej kobiet z bulimią pracowało i miało status osoby bezrobotnej niż pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego, spośród których największą grupę stanowiły uczennice. Bezrobocie 32% kobiet z bulimią mogło być skutkiem takiego ograniczenia przez chorobę, poświęcania takiej ilości czasu i wysiłku w napady objadania się, że nie były w stanie uczyć się ani pracować, dlatego też zgłaszały się do kliniki i najrzadziej wypisywały się na własne żądanie [4]. Częstsze przerywanie hospitalizacji przez pacjentki z anoreksją, niż z bulimią, może wynikać, zdaniem Siwiak-Kobayashi [5], z braku poczucia zagrożenia, nieakceptowania faktu choroby i konieczności leczenia.

Dane dotyczące stanu cywilnego wykazały, że najbardziej liczną grupę wśród kobiet zarówno z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego, jak i bulimii stanowiły panny, mieszkające w mieście, wspólnie z rodzicami. Na wsi mieszkało więcej pacjentek z bulimią niż z anoreksją. Bardzo duże różnice między pacjentkami z bulimią



a pacjentkami z jadłowstrętem psychicznym zaznaczyły się w zakresie struktury rodziny generacyjnej oraz obciążających czynników rodzinnych. Znacznie mniej pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (13%) niż z bulimią (51%) wychowywało się w rodzinie niepełnej z powodu śmierci rodziców, rozwodu oraz wieloletniego pobytu rodzica za granicą. Zaznaczyć należy, że śmierć jednego z rodziców była wymieniana najczęściej, zarówno przez kobiety z anoreksją, jak i z bulimią, jako przyczyna wychowywania się w niepełnej rodzinie. Relacje z ojcami negatywnie spostrzegała ponad połowa pacjentek zarówno z bulimią, jak i z anoreksją. Najwięcej pacjentek z anoreksją typu bulimicznego oceniało negatywnie relacje z ojcami i było ofiarami przemocy fizycznej, której sprawcą był ojciec. Najwięcej pacjentek z anoreksją typu bulimicznego i z bulimią doświadczyło ze strony ojca wykorzystywania seksualnego oraz informowało o nadużywaniu przez niego alkoholu. Pacjentki z anoreksją typu restrykcyjnego częściej mówiły o ciężkich chorobach somatycznych u ojców, takich jak: SM, choroba niedokrwienności serca i nowotworowa. Wyrażna różnica między pacjentkami z określonym rodzajem zaburzeń odżywiania się zaznaczyła się w ocenach relacji z matkami. Ponad połowa kobiet z anoreksją typu bulimicznego i z bulimią oceniała negatywnie relacje zarówno z ojcami, jak i z matkami. Znacznie więcej kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego oceniało pozytywnie relacje z matkami. Pacjentki z anoreksją typu restrykcyjnego i z bulimią częściej informowały o zaburzeniach psychicznych, z powodu których leczyły się matki, natomiast więcej pacjentek z anoreksją typu bulimicznego i z bulimią mówiło o chorobach nowotworowych u matek i nadużywaniu przez nie alkoholu. Dane z wywiadów zamieszczonych w historiach chorób ujawniły, że ponad połowa pacjentek z bulimią i anoreksją typu bulimicznego negatywnie oceniała relacje z obojgiem rodziców. Tak negatywna ocena relacji w rodzinie, jak podkreśla wielu badaczy [6, 7, 8, 9], jest znacznie bardziej charakterystyczna dla kobiet z bulimią, niż anoreksją, i może łączyć się z występowaniem obciążających sytuacji rodzinnych, takich jak: przejście przez dziecko funkcji rodzica, wychowawcy dla rodzeństwa, z powodu nieobecności ojca, depresyjnej matki, alkoholizmu rodziców, choroby psychicznej rodzica, śmierci członka rodziny, doświadczenia emocjonalnego, fizycznego i seksualnego wykorzystywania, doświadczenia zagrażającej życiu choroby, operacji, a także utraty emocjonalnego kontaktu z rodzicami, poczucia osamotnienia [3, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Według Vanderlindena [9] wykorzystywania seksualnego doświadczyło około 45% pacjentek z bulimią. Wszystkie wymieniane w literaturze [7, 8, 9, 10, 11, 12] traumatyczne doświadczenia, zaliczane do specyficznych czynników etiologicznych w zaburzeniach odżywiania się, którym towarzyszy przeczyszczenie się, prowokowanie wymiotów, korespondują z wynikami analiz danych zebranych na podstawie historii chorób pacjentek. Dane te informują również o większej liczbie pacjentek z bulimią i anoreksją typu bulimicznego, niż restrykcyjnego, które nadużywały alkoholu i dokonywały prób samobójczych. Wielu autorów [6, 13] model zaburzeń odżywiania się wiąże z problematyką uzależnień, szczególnie w odniesieniu do pacjentek z bulimią i bulimicznym typem jadłowstrętu, który ma wspólne podłoże z zaburzeniami kontroli impulsów. Nierzadko bulimiczki próbują radzić sobie ze stresem, negatywnymi emocjami, poczuciem depresji, winy, wstydu, nadużywając alkoholu, przyjmując narkotyki: marihuanę, amfetaminę, utrzymując kontakty seksualne z wieloma partnerami, dokonując samouszkodzeń i podejmując próby samobójcze, co jak uważają niektórzy badacze łączy się z ich osobowością histrioniczną czy typu borderline [8].

Zdaniem Siewierskiej [14] w ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby tzw. bulimii multiimpulsywnych, ze współwystępującym nadużywaniem środków odurzających, samouszkodzeniami, próbami samobójczymi.

Dane z historii chorób dostarczyły również informacji dotyczących rodzeństwa kobiet leczonych z powodu zaburzeń odżywiania się. Wykazały one, że więcej pacjentek z jadłowstrętem psychicznym było jedynaczkami, w porównaniu z pacjentkami z bulimią, które miały rodzeństwo – najczęściej jedno lub dwoje. Więcej pacjentek z anoreksją typu restrykcyjnego, niż z bulimią, było najstarszym dzieckiem w rodzinie. Relacje z rodzeństwem oceniało jako negatywne najwięcej pacjentek z rozpoznaniem bulimii. Kobiety z bulimią, podobnie jak z anoreksją typu bulimicznego, informowały o występowaniu u rodzeństwa ciężkich chorób somatycznych, takich jak: padaczka, mózgowo porażenie dziecięce czy cukrzyca. Zaburzenia odżywiania się u rodzeństwa zgłaszały pacjentki zarówno z jadłowstrętem psychicznym, jak i bulimią.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych analiz, można wyodrębnić dane, które nie różnicują znacząco kobiet z anoreksją typu restrykcyjnego, bulimicznego i z bulimią, oraz dane, które są wyraźnie charakterystyczne dla określonego typu zaburzeń odżywiania się. Poziom wykształcenia i stan cywilny oraz częstość występowania zaburzeń odżywiania się u rodzeństwa i relacje z ojcem były podobne u pacjentek z anoreksją i bulimią. Zarysowała się różnica pomiędzy liczbą pacjentek z bulimią a liczbą pacjentek z anoreksją pochodzących ze wsi, wychowywanych w rodzinie niepełnej z powodu śmierci lub pobytu rodzica za granicą, czy też rozwodu rodziców; różniły się także pod względem liczby rodzeństwa i relacji z nim, częstości występowania chorób somatycznych u ojców oraz chorób somatycznych i psychicznych u matek. Najbardziej znaczące różnice między kobietami z anoreksją typu bulimicznego i z bulimią a kobietami z rozpoznaniem anoreksji typu restrykcyjnego ujawniono w odniesieniu do informacji dotyczących liczby pacjentek bezrobotnych, dokonujących prób samobójczych, nadużywających alkoholu, będących ofiarami przemocy oraz oceny ich relacji z rodzicami.

Zaprezentowane rezultaty analiz korespondują ze zdaniem badaczy [2], którzy uważają, że zacierają się psychologiczne różnice pomiędzy pacjentkami z anoreksją i bulimią, a także tych, którzy przyjmują, że anoreksja typu restrykcyjnego i bulimicznego wymaga zróżnicowanego podejścia terapeutycznego, gdyż w zakresie wielu czynników pacjentki z anoreksją typu bulimicznego są podobne do pacjentek z bulimią, a jednocześnie różnią się od kobiet chorych na jadłowstręt psychiczny typu restrykcyjnego.

#### **Анализ демографических данных и отношения в семьях женщин, больных булимией**

##### **Содержание**

**Задание.** Заданием работы был анализ данных, собранных на основании изучения историй болезни 53 пациенток с диагнозом булимии.

**Метод.** Проведен анализ историй болезни 53 пациенток с диагнозом булимии, леченных на Кафедре и Клинике психиатрии Мед. академии в г. Люблине в 1993–2003 годах. Средний возраст пациенток равнялся 22 годам, время болезни в 17,5 лет, а средние ВМІ – 22,3. Со средним образованием было 58,5%, начальным – 3,8%, а высшим образованием 7% пациенток. Большинство из них проживало в городах (64,2%), совместно с родителями (85%).

**Результаты.** Половина пациенток, больных булимией, воспитывалась в полной семье. Смерть одного из родителей была наиболее частой причиной воспитания в неполной семье. Обучение продолжало 57,7% пациенток, 13,2% пациенток работало, а 32% из них было безработными. Более половины пациенток негативно оценивала свои контакты как с отцом (54,7%), так и с матерью (58,5%). Жертвами физического насилия было 20,8%, а сексуального – 18,8% пациенток. В семьях злоупотребляло алкоголем 56,6% отцов, 7,5% матерей и 18% пациенток. Суицидальные пробы отмечены в 13,2% пациенток. Среди матерей пациенток 13,2% из них болело хроническими соматическими заболеваниями, а в 11,3% отмечены психические нарушения здоровья, а у отцов только в 1,9%. У 3,8% сиблингов присутствовали нарушения питания.

**Выводы.** Сравнены информации, полученные о пациентках с анорексией с данными о пациентках с булимией. Пациентки с анорексией булимического типа подобны с пациентками с булимией в области многих социодемографических факторов, но однако, отличаются от пациентов с анорексией типа рестрикционного, т.е. голодания.

## Analyse der demographischen Angaben und Familienbeziehungen der Frauen mit Bulimie

### Zusammenfassung

**Ziel.** Das Ziel der Studie war der Vergleich der Angaben, die aus den Krankheitsgeschichten von 53 Patientinnen mit der Diagnose Bulimie gesammelt wurden.

**Material und Methode.** Man analysierte die Angaben, die aus den Krankheitsgeschichten der 53 Patientinnen mit der Diagnose Bulimie erhalten wurden, und die 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 22 Jahren, der Alter bei der Erkrankung - 17,5, BMI = 22,3. Die mittlere Ausbildung hatten 58,5%, Grundausbildung - 3,8% und höhere Ausbildung 7% der Patientinnen. Die meisten Patientinnen wohnten in der Stadt (64,2%) bei ihren Eltern (85%).

**Ergebnisse.** In der vollen Familie wurde die Hälfte der Patientinnen großgezogen. Der Tod eines der Eltern war die häufigste Ursache für das Leben bei einem Elternteil. In der Ausbildung waren 54,7% der Patientinnen, 13,2% arbeiteten und 32% waren arbeitslos. Über die Hälfte der Patientinnen beurteilten negativ die Beziehungen sowohl zum Vater (54,7%) als auch zur Mutter (58,5%). Körperlich mißbraucht wurden 20,8% der Patientinnen und sexuell - 18,8%. Alkohol mißbrauchten 56,6% der Väter, 7,5% der Mütter und 18,6% der Patientinnen. Suizidversuche stellte man bei 13,2% der Patientinnen fest. Mehr Mütter der Patientinnen (13,2%) waren an chronische somatische Krankheiten und psychische Störungen (11,3%) krank als Väter (1,9%). Bei 3,8% der Geschwister traten Essstörungen auf.

In den Schlussfolgerungen wurden die Informationen von den Patientinnen mit Anorexia nervosa mit den Angaben der Patientinnen mit Bulimie verglichen.

**Schlussfolgerungen.** Die Patientinnen mit der Anorexia vom bulimischen Subtyp sind den Patientinnen mit Bulimie ähnlich, wenn es um viele soziodemographische Faktoren geht. Gleichzeitig unterscheiden sie sich von den Patientinnen mit der Anorexia vom restriktiven Subtyp.

## L'analyse des données démographiques et des relations familiales des femmes souffrant de la boulimie

### Résumé

**Objectif.** Analyser les données des histoires de maladie de 53 femmes souffrant de la boulimie.

**Méthode.** On analyse les histoires de maladie de 53 patientes souffrant de la boulimie qui suivent leur thérapie à Clinique de Lublin durant les années 1993–2003. La moyenne de l'âge des patientes – 22 ans, 17,5 ans – l'âge du commencement de la maladie, l'index moyen de BMI – 22,3. Dans ce groupe de patientes le niveau d'éducation se présente ainsi : 58,5% secondaire, 24,5% élémentaire,

3,8% secondaire professionnelle, 7% supérieure. Elles vivent en majorité en ville (64,2%) et avec leurs parents (85%).

**Résultats.** La moitié de patientes s'est élevée en famille avec deux parents. 26,4% vivent en famille avec un parent à cause de la mort de l'autre parent. 54,7% de patientes de cette dernière groupe continuent leur éducation, 13,2% travaillent, 32 % sont chômeuses. Plus que la moitié de patientes estiment négativement leurs relation avec leurs pères (54,7%) et avec leurs mères (58,5%). 20,8% d'elles sont victimes de la violence physique, 18,8% – de l'abus sexuel. 56,6% de leurs pères ont abusé de l'alcool (7,5 % de mères, 18,6% de patientes elles-mêmes). 13,2% de patientes ont tenté de se suicider. 13,2% de mères des patientes ont souffert des maladies somatiques chroniques, 11,3% de mères ont souffert des troubles psychiques et seulement 1,9% de pères ont souffert des maladies somatiques ou psychiques. Les troubles d'alimentation on note chez 3,8% des frères et soeurs des patientes. Ces données analysées concernent les patientes avec l'anorexie mentale et avec la boulimie.

**Conclusions.** Les données démographiques des patientes avec l'anorexie- boulimie ressemblent à celles-ci des patientes avec la boulimie et ces données diffèrent de celles-là de patientes avec l'anorexie restrictive.

### Piśmiennictwo

1. Słopeń A, Robakowski F, Rajewski A. *Ocena temperamentu i charakteru w bulimii*. Psychiatr. Pol. 2004; 1: 85–93.
2. Namysłowska I. *Podsumowanie*. Nowa Med. 1996; 17: 84–85.
3. Średniawa H. *Aspekty kliniczne i terapeutyczne leczenia bulimii*. Nowa Med. 1996; 17: 72–78.
4. Cooper M, Todd G, Wells A. *Bulimia. Program terapii*. Poznań: Zysk; 2005.
5. Siwiak-Kobayashi M, Sala P. *Trudności w terapii zaburzeń odżywiania w warunkach oddziaływan leczenia nerwic*. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003, s. 65–77.
6. Rybakowski F, Słopeń A, Czernski P, Rajewski A, Hauser J. *Czynniki genetyczne w etiologii jadłowstrętu psychicznego*. Psychiatr. Pol. 2001; 1: 71–80.
7. Reich G, Buss C. *Familienbeziehungen bei Bulimie und Anorexia nervosa*. Familiendyn. 2002; 27 (3): 230–253.
8. Vanderlinden J, Norré J, Vandereycken W, Meermann R. *Die Behandlung der Bulimia nervosa*. Stuttgart: Schattauer; 1992.
9. Vanderlinden J. *Boulimie en eetbuien overwinnen*. Tiel: Lannoo; 2002.
10. Vanderlinden J. *Anorexia nervosa overwinnen*. Tiel: Lannoo; 2002.
11. Getzinger I. *Sexuell Missbrauch bei ESSgestorten Patientinnen. Anorexia und Bulimie nervosa: Ergebnisse und Perspektiven*. W: Herzog W, red. *Forschung und Therapie*. Frankfurt (Main): VAS; 1996, s. 91–100.
12. Vanderlinden J, Vandereycken W. *Hipnose bei Behandlung von Anorexie und Bulimie*. München: MMV Medizin Verlag GmbH; 1995.
13. Borgart E, J., 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.
14. Siewierska A. *Psychoterapia pacjentek z rozpoznaniem bulimii*. Nowa Med. 1996; 17: 78–81.

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

Otrzymano: 7.11.2005  
Zrecenzowano: 4.10.2006  
Przyjęto do druku: 24.10.2006