

Dr Małgorzata Starzomska

Instytut Psychologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Warszawa

„Efekt Bianki”: Seksualność u kobiet z anoreksją

Wprowadzenie

Na początku niniejszego tekstu chciałabym przytoczyć następujący fragment dramatu T. Różewicza „Białe małżeństwo” (2005):

„Sypialnia w świetle dziennym. Na zastanym łożu garść więdniętych kwiatów. Otwarte drzwi do saloniku, za drzwiami słychać szelest papieru (jakby ktoś tam przeglądał gazetę ...). Bianka stoi przed kominkiem, patrzy na swoje odbicie w lustrze. Ubrana jest w wizytową ciemną suknię. Poprawia kapelusz (wspaniały jak ogród pełen ptaków i kwiatów). Przez otwarte drzwi słychać głos Beniamina.

Beniamin *Czy jesteś gotowa?*

Bianka nie odzywa się. Patrzy w lustro. Wyciąga ręce do ognia, jakby chciała ogrzać dłonie. Patrzy w ogień (około 10 sek.). Nieruchoma. Potem powoli ściąga długie rękawiczki i wrzuca je do kominka. Zdejmuje kapelusz, wrzuca do kominka. Guziczki sukni stawiają opór, rozdziera suknię, zwija w kłębek, wrzuca do kominka. Wrzuca kolejno wszystkie części garderoby (...). Po chwili bierz duże nożyce i obcina sobie włosy, krótko do skóry, nierówno. Odkłada nożyce. Zakrywa piersi i mówi do swojego odbicia w lustrze; „jestem”, po chwili krzyczy: „jestem gotowa”. Do sypialni wchodzi ubrany wizytowo (gotowy do wyjścia) Beniamin. Zatrzymuje się. Bianka odwraca się powoli” (s. 65-66).

Fragment ten przedstawia efekt zmagania młodej kobiety z pytaniem o swoją tożsamość i przyszłość. Ogromnemu lękowi przed jakimkolwiek kontaktem fizycznym z narzeczoną, przyszłym mężem towarzyszy odrzucenie swojej kobiecości. Wrażliwa, inteligentna dziewczyna, jaką jest Bianka, odczuwa lęk przed fizycznym obcowaniem z mężczyzną, co przecież stanowi konsekwencję zawarcia związku małżeńskiego. Warto zastanowić się, co powoduje u Bianki tak ogromny, pełny lęk, być może przybierający nawet postać wstępu? Niewątpliwie Bianka ma poważny problem z akceptacją własnego ciała, a nade wszystko seksualności. Niniejszy artykuł zatytułowałam „Efekt Bianki”, gdyż chciałabym na przykładzie problemu, jaki obserwujemy u Bianki, przedstawić charakterystykę postaw wobec własnego ciała, a przede wszystkim percepcji własnej seksualności u osób z anoreksją. Niewątpliwie badania tej sfery funkcjonowania u osób z zaburzeniami jedzenia są bardzo trudne, gdyż dotyczą jednej z najbardziej intymnych sfer

życia każdego człowieka, stąd nierzadko pojawia się pytanie o ich etyczny aspekt. Warto jednak zanalizować wyniki badań, które udało się przeprowadzić badaczom do tej pory, gdyż wydaje się, że anoreksja skupia w sobie jak soczewka szereg problemów, jakich doświadczają młode kobiety w obszarze ich seksualności oraz wyjaśnia, jaka może być ich przyczyna.

1. Anoreksja – choroba pojawiająca się adolescencji

Anoreksja jest poważnym zaburzeniem psychicznym, na które zapadają głównie dziewczęta i młode kobiety okresie adolescencji (na 10 osób z tą chorobą, 9 stanowią kobiety), jednak coraz częściej pojawia się ono u dzieci (np. Lask i Bryant-Waugh, 1993) i mężczyzn (np. Crisp, 1996). Spotyka się również doniesienia o anoreksji u osób po 70 roku życia (np. Wills i Olivieri, 1998). Anoreksja w przypadku niemal 20% chorych kończy się śmiercią. U osób z tą chorobą w wywiadzie klinicznym stwierdza się: lęk przed nadwagą, odmowę przyjmowania pokarmu, zniekształcenie wizerunku własnego ciała, a mianowicie osoba uważa siebie za otyłą pomimo skrajnej szczupłości. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (rewizji dziesiątej) (ICD-10) (2000) anoreksja pojawia się u dziewcząt i młodych kobiet głównie w okresie adolescencji (np. Giordano, 2005). Należy się zastanowić, jaka jest tego przyczyna, a mianowicie, dlaczego w tym właśnie okresie rozwój psychofizyczny zostaje zakłócony przez pojawienie się symptomów anoreksji? Wiele psychologicznych teorii anoreksji, zwłaszcza ujęcia psychodynamiczne oraz socjokulturowe podkreślają, że okres dorastania, może być dla niektórych dziewcząt szczególnie trudny.

Według koncepcji psychodynamicznych młoda dziewczyna jest zakłopotana pojawiającymi się nieznanymi jej wcześniej odczuciami seksualnymi i chce zachować niewinność dziewczęcego ciała (Schwartz, 1990a,b; Pennycook, 1994). Według ujęcia psychodynamicznego, dziewczynki w drugim roku życia rozwijają seksualne odczucia wobec ojca i rywalizują z matką, jednakże dużą rolę odgrywa modelowanie siebie - naśladowanie obrazu matki. Bliski kontakt z ojcem nasiliłby rywalizację, wobec tego dziewczynka zaczyna hamować seksualne odczucia, co minimalizuje separację od matki (wówczas łączy ona bardzo silnie matkę z odczuciami wobec jedzenia). Rozwój dziewczynki trwa mimo tego, że spełnia ona jedynie rolę „dobrej dziewczynki swojej mamy”. Faza edypalna przebiega bez konfliktu, ale podczas dorastania, gdy rozpoczynają się zmiany fizyczne i gdy dziewczynka zauważa kulturową gloryfikację szczupłości, ale i seksualności, zachodzi w niej rozłam. Na odczucia seksualne reaguje jak dwuletnie dziecko oraz zaprzecza im, czego wyrazem jest pierwotna amenorrhea (brak menstruacji). W dziewczynce ambiwalencja wobec matki jest wyrażana przez utratę wagi, która niszczy jej seksualność, a więc przybliża ją do matki, a jednocześnie pozwala jej dowieść, iż potrafi obejść się bez jedzenia, a zatem również i bez matki (Tabin i Tabin, 1990).

Z kolei teorie socjokulturowe podkreślają, że za negatywny stosunek do ciała u niektórych dziewcząt odpowiada współczesna kultura. Według autorów tych teorii, kultura ta uprzedmiotawia ciało kobiety, dlatego dorastając musi ona ograniczyć swoją tożsamość do „ja cielesnego”. Od tej pory ważne staje się jej ciało, które ma się przede wszystkim podobać i spełniać przypisane mu role biologiczne (w tym seksualne) i społeczne. Znakomicie opisała to zjawisko S. de Beauvoir – francuska pisarka i filozof: „Ciało młodej dziewczyny, która zaczyna dojrzewać, przestaje wyrażać jej indywidualność, a staje się obce, gdyż inni zaczynają je postrzegać jako rzecz; mężczyźni na ulicy komentują szczegóły jej anatomii; ciało zaczyna ją przerażać: staje się mięsem” (za: Lemma-Wright 1994, s. 51; por. też: Levens, 1995; Atwood, 1986).

Barbara L. Fredrickson i Tomi-Ann Roberts zaproponowały w 1997 roku teorię autouprzedmiotowania (ang. „*self-objectification theory*”), według której kobiety żyjąc w uprzedmiotawiającej ich kulturze, zaczynają same siebie traktować jako obiekt, który jest oglądany i oceniany wyłącznie na podstawie wyglądu. Nawet wówczas, gdy kobieta przeżywa osobisty dramat, np. śmierć i pogrzeb bliskiej osoby, zawsze koncentruje się ona, także w tak trudnych chwilach na tym, jak postrzegają ją inni ludzie (Fredrickson i in., 1998). Według Fredrickson i Roberts (1997) autouprzedmiotowanie i będący jego następstwem ciągły automonitoring, prowadzi do poczucia wstydu, jak i lęku dotyczącego ciała, a to z kolei może zwiększać ryzyko zapadnięcia na zaburzenia jedzenia (Fredrickson i Roberts, 1997; Fredrickson i in., 1998; por. Tiggemann i Lynch, 2001).

Nie powinno zatem zaskakiwać, że niejedna nastolatka tęskni za byciem dzieckiem lub chłopcem i czasami czuje, że zawiodła rodziców rodząc się jako dziewczynka. Chora na anoreksję narratorka pamiętnika „*Przeklinam cię ciało*” pisze: „*Miałam być upragnionym pierworodnym synem, jestem dziewczyną, ale umiem łązić po drzewach, nie boję się ciemności, potrafię sterować łodzią i rozstawić namiot. Tata jest dumny. Może gdybym była chłopakiem, to by mnie nie zostawił?*” (Lachowicz, 2005, s. 12). Warto przytoczyć następujące zdanie z pamiętnika osoby z anoreksją: „*Nienawidzę was, piersi! Nienawidzę, uda! Nienawidzę, odkąd matka zaczęła mówić: ‘Uważaj na chłopców’, a tatuś ‘milutko’ dodał: ‘Doroślejesz, mogą być kłopoty...’*” (tamże, s. 14).

Podsumowując najważniejsze założenia wyżej wymienionych koncepcji, można wysunąć hipotezę, że co wrażliwsze dziewczęta, które boją się wyzwania, jakie postawi przed nimi dorosłe życie, a zwłaszcza tych związanych z ich ciałem, nie tolerując takiej perspektywy, mogą poprzez głodowanie celowo zatrzymywać proces dorastania. Spotkałam kilka dziewcząt, które zapadły na anoreksję na początku adolescencji i pomimo, że od tego czasu minęło już kilka lub kilkanaście lat, nadal fizycznie wyglądały jak nastolatki, jedynie po wypowiedziach można było rozpoznać dojrzałość psychiczną i nieraz ogromną liczbę trudnych doświadczeń życiowych.

Głodowanie staje się dla takich kobiet głównym sensem życia, gdyż zabezpiecza przed wyzwaniami dorosłości, a jednocześnie wydaje się podnosić poczucie własnej wartości. Literatura przedmiotu wskazuje na intensywne poszukiwania własnej tożsamości

przez te kobiety, które niedługo potem zachorowały na anoreksję. Najczęściej wybór u takich kobiet pada na tożsamość opartą na promowanym przez media ideale ciała, w którym dominuje nienaturalnie szczupły wygląd, gdyż większość projektantów mody to mężczyźni homoseksualni, którzy preferują chłopięce sylwetki modelek. Zjawisko, polegające na tym, że choroba, w tym przypadku anoreksja, podwyższa osobie nią dotkniętej poczucie wartości i staje się najistotniejszym warunkiem poczucia tożsamości, określa się jako egosyntoniczność (por. Starzomska, 2008). Fenomen ten jest widoczny w następującej wypowiedzi jednej z chorych dziewcząt: „*W miarę, jak moje kości stawały się coraz bardziej widoczne, tym bardziej byłam bliższa temu, kim rzeczywiście jestem*” (Lemma-Wright 1994, s. 39). W ten sposób anoreksja staje się jedynym sposobem funkcjonowania młodej kobiety, a końcowym rezultatem poszukiwań swojego „ja” staje się tożsamość oparta na wychudzonym ciele. Gdy dziewczyna utyje, jej tożsamość w jej subiektywnym odczuciu przestanie istnieć. W takim wypadku lepsza jest śmierć niż przytycie.

W ten sposób omówiliśmy drogę od szoku, jakim dla niektórych dziewcząt może być fakt dorastania biologicznego do akceptacji śmierci, która dla chorej na anoreksję dziewczyny wydaje się być lepszą perspektywą niż przytycie. Pojawia się zasadnicze pytanie: czy rzeczywiście najważniejsza dla kobiet z anoreksją jest szczupłość, czy raczej chodzi o swego rodzaju ucieczkę przed przeznaczeniem, jakim jest dorosłe życie ze wszystkimi tego konsekwencjami? Warto w tym miejscu zapytać o seksualność osób z anoreksją.

2. Seksualność u osób z anoreksją – stan badań

Chociaż do tej pory przeprowadzono nieliczne badania nad seksualnością osób z anoreksją, warto przytoczyć najważniejsze wyniki istniejących doniesień naukowych.

2.1. Rozwój psychoseksualny osób z anoreksją

Jiří Raboch (1986), używając ustrukturalizowanego wywiadu oraz czterech kwestionariuszy, badał rozwój seksualny oraz funkcjonowanie seksualne u 51 pacjentów ze schizofrenią, 50 pacjentów z psychozą maniako-depresyjną, 50 pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, 30 pacjentów z zaburzeniami osobowości oraz 20 osób z anoreksją. Wyniki badań chorych porównywano z wynikami 101 zdrowych pacjentów tworzących grupę kontrolną. Stwierdzono opóźnienie rozwoju seksualnego u pacjentów ze schizofrenią, z kolei rozwój seksualny u osób z anoreksją był przyspieszony w początkowych stadiach, a rozwój seksualny pacjentów z zaburzeniami osobowości był dysharmonijny. Nie odkryto różnic między pacjentami z psychozą maniako-depresyjną i badanymi z grupy kontrolnej, ale tylko wówczas, gdy rozpatrywano funkcjonowanie seksualne w wieku dorosłym. Wszystkie grupy pacjentów psychiatrycznych wykazywały zmniejszoną seksualną aktywność i/lub reaktywność. Seksualne dysfunkcje u badanych kobiet były częste, zwłaszcza w przypadku

pacjentek ze schizofrenią, z anoreksją i z zaburzeniami osobowości. Czynniki etiologiczne odpowiedzialne za zaburzenia seksualne u badanych pacjentów były bardzo różnorodne.

Kilka lat później Jiří Raboch i František Faltus (1991) przeprowadzili badania dotyczące rozwoju seksualnego 30 kobiet z anoreksją i 50 zdrowych kobiet, przy czym zastosowali ustrukturalizowany wywiad i trzy kwestionariusze dotyczące funkcjonowania seksualnego. Wykazano, że rozwój heteroseksualny w początkowych stadiach u osób, które później zapadają na anoreksję, przypomina ten występujący u zdrowych badanych, lecz można u nich stwierdzić nieprawidłowości w psychoseksualnej adaptacji w wieku dorosłym. Pierwotne lub wtórne deficyty w życiu seksualnym stwierdzono u 80% pacjentów. Autorzy wysunęli wniosek, że czynniki biologiczne i psychospołeczne mogą przyczyniać się do problemów seksualnych u osób z anoreksją.

Wyniki badań nad rozwojem psychoseksualnym osób z anoreksją, prowokują do pytania, czy szeroko pojęte dysfunkcje seksualne u osób z anoreksją stanowią przyczynę czy konsekwencję anoreksji. Zatem najpierw scharakteryzują te dysfunkcje, a potem spróbują odpowiedzieć na pytanie, czy to one poprzedzają wystąpienie choroby, czy też występuje odwrotna zależność.

2.2. Dysfunkcje seksualne u osób z anoreksją

Nie istnieje dużo doniesień na temat tego, w jakim stopniu kobiety z zaburzeniami jedzenia doświadczają problemów w intymności i funkcjonowaniem seksualnym, także niewiele badań dotyczyło seksualnych dysfunkcji w tej grupie oraz stopnia, w jakim psychologiczne i fizjologiczne symptomy charakterystyczne dla zaburzeń jedzenia wpływają na funkcjonowanie seksualne. Ponadto niewiele doniesień dotyczyło funkcjonowania seksualnego jako ważnego komponentu leczenia z wyjątkiem rozpatrywania historii wykorzystywania seksualnego. Badania dotyczące seksualnego funkcjonowania osób z zaburzeniami jedzenia pokazują poważne problemy w obszarze seksualności. Utrata zainteresowania seksem, zwłaszcza u kobiet z anoreksją, może odzwierciedlać fizjologiczne konsekwencje hypogonadyzmu (defekt układu rozrodczego polegającego na dysfunkcji gonad) towarzyszącego wyniszczeniu. Zwiększenie libido ma miejsce po przyroście wagi u pacjentów z anoreksją, co potwierdza, że przyczyny zmienionej seksualności mają charakter fizjologiczny (Pinheiro i in., 2010).

Seksualna satysfakcja u pacjentów z anoreksją jest ujemnie skorelowana ze stopniem ograniczenia przyjmowania pokarmu, a utracie wagi towarzyszy osłabienie satysfakcji seksualnej. Chociaż niedożywienie niewątpliwie oddziałuje na libido, inne osiowe objawy zaburzeń jedzenia takie, jak zniekształcony obraz ciała, niezadowolenie z ciała oraz wstyd mogą również wpływać negatywnie na prawidłowe seksualne funkcjonowanie i relacje seksualne u osób z zaburzeniami jedzenia. Autorzy podkreślają, że niewiele badań porównywało pacjentki z anoreksją i bulimią pod względem funkcjonowania seksualnego, wykazano jednak, że kobiety z anoreksją restryktywną rzadziej posiadają partnera

seksualnego oraz rzadziej angażują się w relacje seksualne niż kobiety z bulimią czy anoreksją przeczyszczającą. Kobiety z bulimią lub anoreksją przeczyszczającą przyznają się także do wcześniejszego wieku rozpoczęcia życia seksualnego i do większej liczby partnerów seksualnych, większego libido i większej liczby fantazji seksualnych niż kobiety z anoreksją restryktywną. Te różnice mogą w dużym stopniu zależeć od osobowości badanych, niezależnie od rozpoznania, a mianowicie osoby z zabu-rzeniami jedzenia emocjonalnie wycofane i perfekcjonistyczne mogą przejawiać restryktywne seksualne funkcjonowanie, natomiast osoby, które cechuje emocjonalne rozregulowanie i niedostateczna kontrola nad zachowaniem mogą przejawiać bardziej impulsywne i autodestruktywne zachowania seksualne. Na zanik libido może również wpływać współwystępująca z zaburzeniami jedzenia i prawdopodobnie będąca ich następstwem depresja (Pinheiro i in., 2010; por. Herpertz-Dahlmann, Wewetzer, Remschmidt, 1995; Tobin i Griffing, 1995; Wade i in., 2000).

John F.Morgan, J. Hubert Lacey i Fiona Reid (1999) badali zmiany w zakresie libido podczas przyrostu wagi u pacjentów z anoreksją. Jedenaście pacjentek z tym rozpoznaniem uzupełniało *Sexual Daydreaming Questionnaire* (SDQ) and *the Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) pięciokrotnie podczas leczenia szpitalnego, którego jednym z celów był przyrost wagi. Badano BMI i zbierano od badanych informacje na temat: przeczyszczania, samouszkodzeń, historii wykorzystywania seksualnego i liczby partnerów seksualnych. Wykazano, że wraz ze wzrostem BMI, zwiększa się liczba marzeń o charakterze seksualnym. Ponadto wyższe poziomy libido były związane z przeczyszczaniem i samouszkodzeniami oraz z doniesieniami badanych o historii wykorzystywania seksualnego, lecz tylko wówczas, gdy waga badanych osiągnęła średnią dla danego wieku i wzrostu. Poziom libido u badanych nie zależał od zachowań seksualnych przed zachorowaniem. Badacze wysunęli wniosek, że przyrost wagi u pacjentów współwystępuje ze wzrostem libido, co jest zgodne z psychologicznymi i fizjologicznymi koncepcjami, według których u osób z anoreksją następuje zmiana odczuwania seksualności. Autorzy uważają, że zmiany w seksualności powinny być rozpatrywane zarówno podczas zdrowienia, jak i wówczas, gdy leczenia kończy się niepowodzeniem.

Pinheiro i współpracownicy (2010) badali poczucie fizycznej intymności, libido, lęki seksualne i relacje seksualne u 242 kobiet z zaburzeniami jedzenia w ramach *International Price Foundation Genetic Studies*, przy czym wykorzystali następujące narzędzia: *Anorexic and Bulimic Disorders–psychopathology scale* (SIAB-P), *Temperament and Character Inventory* (TCI), *the Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS), *the State-Trait Anxiety Inventory* (STAI Form Y-1) i *the Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2). Badacze wykazali, że 55,3% pacjentek posiadało historię relacji seksualnych, 52,7% pacjentek przyznawało się do posiadania partnera seksualnego, u 66,9% z nich stwierdzono obniżone libido, a u 59,2% - lęki seksualne. Niemal 2/3 badanych z zaburzeniami jedzenia utraciło libido. U kobiet z ograniczającą i prze-czyszczającą anoreksją częściej stwierdzano zanik libido niż u kobiet z bulimią oraz niespecyficznymi zaburzeniami jedzenia (odpowiednio 75%, 74,6%, 39% i

45.4%). U badanych, które nie posiadały historii relacji seksualnych, stwierdzano niższą minimalną wagę (BMI) w historii choroby oraz wcześniejszy początek choroby porównaniu z badanymi z historią relacji seksualnych. Ponadto u badanych z utratą libido stwierdzano niższą minimalną wagę w historii choroby oraz takie cechy osobowości, jak: świadomość interoceptywną (umiejętność identyfikacji emocji oraz stanu głodu i sytości) oraz lęk-cechę w porównaniu z badanymi, u których nie występował zanik libido. Wykazano także, że lęki seksualne występowały z niższą minimalną wagą w historii choroby, a także z takimi cechami osobowości, jak unikanie zranienia i poczucie nieefektywności, czego nie zaobserwowano w podgrupie badanych bez zaburzeń lękowych. Badacze wysunęli wniosek, że niższe BMI współwystępuje z unikaniem relacji seksualnych, utratą libido i z lękami seksualnymi. Ponadto badacze wykazali, że seksualne dysfunkcje (utrata libido, lęki seksualne, relacje z partnerem pozbawione seksu, relacje z partnerem pełne napięcia) były zdecydowanie częstsze w grupie osób z zaburzeniami jedzenia niż w grupie kontrolnej złożonej ze zdrowych kobiet.

Michèle Buvat-Herbaut i współpracownicy (1983) porównywali 81 pacjentów z anoreksją z 288 zdrowymi osobami pod względem postaw wobec wagi, jedzenia, menstruacji, ciąży i seksualności. Wykazali oni, że proporcja dziewcząt u których ciąża i seksualność budziły wstręt była istotnie wyższa niż w grupie kontrolnej, chociaż takie odczucia dotyczyły jedynie niewielkiej liczby chorych dziewcząt.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań Adriaan Tuitena i współpracowników (1993), którzy postawili hipotezę, że rozwój psychoseksualny osób z anoreksją przebiega bez zakłóceń przed chorobą, a problemy seksualne pojawiające się w jej przebiegu wynikają z hipogonadyzmu, będącego następstwem wyniszczenia. Badanie Tuitena i współpracowników (1993) potwierdziło tę hipotezę.

J. Pierre, P.J. Beumont, F. Suzanne, Abraham, Kathleen G. Simson (1981) przeprowadzili pogłębione wywiady dotyczące funkcjonowania psychoseksualnego u 31 kobiet z anoreksją. Wykazano, że badane posiadają szeroką wiedzę na temat życia seksualnego, a także występują u nich różnorodne postawy i zachowania w tym obszarze. Niektóre badane były bardzo wycofane, powściągliwe, inne były bardziej odważne, dotyczyło to tych pacjentek, które były bardziej doświadczone seksualnie. Wiek badanych decydował o tym, czy były one doświadczone seksualnie. Większość pacjentek przyznawała, że doświadczenia seksualne poprzedzały chorobę, większość z nich stwierdzała, że osłabienie zainteresowania seksem i zmniejszona satysfakcja seksualna pojawiały się po utracie wagi, szczególnie wówczas, gdy był to duży spadek.

2.3. Dysfunkcje seksualne - przyczyna czy konsekwencja anoreksji?

Wyniki badań nad seksualnością osób z anoreksją wskazują niemal jednoznacznie, że dysfunkcje seksualne, a zwłaszcza utrata libido, stanowią następstwo niedożywienia i

wyniszczenia organizmu (Beumont, Abraham i Simson, 1981; Tuiten i in., 1993; Morgan, Lacey i Reid, 1999; Pinheiro i in., 2010).

Analizując jednak wnikliwie uzyskane przez wielu badaczy wyniki, można stwierdzić, że problem dysfunkcyjnej seksualności osób anorektycznych jest o wiele bardziej złożony.

Anna Ghizzani and Marcello Montomoli (2000) stwierdzają, iż bardzo trudno jest określić przyczynę problemów seksualnych u pacjentek z anoreksją. Można jednak próbować badać, kiedy się one rozpoczynają. Warto podkreślić, że o ile rozwój heteroseksualny w początkowych stadiach u osób, które w wieku późniejszym zapadają na anoreksję, przypomina ten występujący u osób zdrowych, jednak na początku wieku dorosłego, prawdopodobnie w adolescencji, występuje kryzys psychoseksualny, który skutkuje pogłębiającymi się problemami w tym obszarze trwającymi nieraz przez całe życie (Raboch, 1986; Raboch i Faltus, 1991). Być może taki kryzys mają na myśli badacze, gdy wspominają o pierwotnych deficytach w życiu seksualnym u kobiet z anoreksją (Raboch i Faltus, 1991). Warto przywołać w tym miejscu stwierdzenie Pinheiro i współpracowników (2010), że lęki seksualne współwystępowały z niższą minimalną wagą w historii choroby, a ponadto osoby z zaburzeniami jedzenia cechowały pełne napięcia, pozbawione komponentu seksualnego relacje z partnerem. Pinheiro i współpracownicy (2010) piszą również, że kobiety z anoreksją restryktywną rzadziej posiadają partnera seksualnego oraz rzadziej angażują się w relacje seksualne niż kobiety z bulimią czy anoreksją przeczyszczającą. Podkreślają, że te różnice mogą wynikać z większego społecznego wycofania i perfekcjonizmu u osób z anoreksją ograniczającą. Te dane dodatkowo potwierdzają, że pewna część kobiet z anoreksją nie rozpoczęła życia seksualnego w momencie badania, mimo osiągnięcia dorosłego wieku. Te wyniki potwierdzają, że nie zawsze dysfunkcje seksualne są następstwem anoreksji. Przynajmniej w niektórych przypadkach, mogą poprzedzać chorobliwe odchudzanie się. Do podobnego wniosku można dojść analizując wyniki badań przeprowadzonych przez Glorię R. Leon i współpracowników (1987), którzy odkryli po przebadaniu 41 pacjentek z anoreksją, że negatywne postawy wobec seksualności są bardzo uporczywe i występują u pacjentów nawet po zakończeniu leczenia.

Zakończenie

Na początku niniejszego tekstu przytoczyłam fragment dramatu Różewicza, który dotyczy lęku młodej kobiety przed życiem seksualnym. Autor dramatu znakomicie zobrazował intensywność tego lęku, jednocześnie ułatwiając mi zrozumienie seksualności młodych kobiet z anoreksją. Udowodniono, że dla osoby z anoreksją ciało jest niepożądane, brudne i zanieczyszczone (Warin, 2003) i trakto-wane jako „intruz” i „szok” (ang. „inpingement”), „przykra sprawa”(ang. „nuisance”) (Lemma-Wright, 1994, s. 45). Osoby takie określają własne ciało jako „mięso” (Lemma-Wight 1994, s. 46) (ten termin był już

wymieniony w nieco innym kontekście w niniejszym artykule). Czynności i procesy związane z ciałem, takie jak: jedzenie, wydalanie, menstruacja, są odczuwane przez taką osobę jako bardzo nieprzyjemne, ponieważ przypominają o realności ciała (por. Atwood, 1986). Te odczucia chorych wyjaśnia Kathryn Zerbe (1993), która twierdzi, że konsekwencją podziału tożsamości na ciało (zło) i duszę (dobro), jest intensywna nienawiść do produktów ciała. Osoba z anoreksją niszcząc ciało, minimalizuje „brzydotę egzystencji” (Lemma-Wright, 1994, s. 46). Stąd już tylko krok do zniechęcenia własnej seksualności. Ten aspekt ludzkiego funkcjonowania jest bardzo ważny, ale i też może wzbudzać ogromne, nierzadko w natężeniu bliskie psychotycznym - lęki, gdyż powiązany jest z moralnością, a osoby z anoreksją są bardzo wymagające wobec siebie, samo kontrolujące, perfekcjonistyczne, nierzadko przedstawiają siebie jako bezcielesne byty, anioły (Levens, 1995). Warto w tym miejscu przytoczyć słowa Elżbiety Czerwińskiej (1995, s. 117-121) na temat osobowości Simone Weil – francuskiej myślicielki, która zagłodziła się na śmierć, w następujący sposób opisuje tę postać: „*Gustave Thibon i Czesław Miłosz zgodnie podkreślają jej potrzebę nieobecności, tęsknotę do zniknięcia. (...) mówiła: kalam ciszę nieba i ziemi moim oddechem i biciem mego serca. Jej wstręt do samej siebie, porównywalny tylko z gnostyckim urazem do materii czy z platońskim stosunkiem do ciała jako więzienia duszy, przybrał formę żądania: nie chcę, aby świat był odczuwany - przeze mnie. (...). Chciała stracić życie za życia - ubiec śmierć (...)*”. Temat pragnienia zniknięcia analizowany jest podczas terapii cybernetycznej anoreksji (White, 1987).

„Efekt Bianki” u osób z anoreksją może stanowić paradoksalną reakcję młodych kobiet na coraz bardziej skoncentrowany na cielesności świat. Jak twierdzi Zbyszko Melosik (2010), w społeczeństwie konsumpcji ludzie coraz częściej postrzegani są przez pryzmat swoich ciał. Tożsamość jest stopniowo „wymywana” z tego co głęboko osobowe i przenoszona na powierzchnię: jednostka tworzy swoją tożsamość poprzez konstruowanie wizualnego image’u swojego – estetycznego i seksualnego ciała (por. Walijewska, 2009). W przeszłości w systemie norm i wartości uznawana była tendencja do przewyciężenia ciała i podporządkowania go wyższym celom duchowym. Tożsamość człowieka symbolizowały przede wszystkim cechy umysłu i serca, pozycja społeczna, trwałe więzi międzyludzkie, obecnie ta hierarchia wartości zniknęła. Obecnie młoda kobieta, która posiada większą niż przeciętna nastolatka wrażliwość, która z większą determinacją poszukuje sensu życia, styka się z brutalnymi wymaganiami rzeczywistości, w której żyje. Skoro normą staje się rozpoczynanie życia seksualnego w wieku 15, 16 lat, skoro media, nawet te, które wydają się uświadamiać o zagrożeniach, jakie niesie z sobą chorobliwe odchudzanie, epatują zdjęciami bardzo szczupłych, często jawnie uwodzących skąpym ubiorem modelek, zachęcając do swobody seksualnej, co czują te kobiety, które nie czują się dobrze w roli seksualnej prowokatorki, do jakiej zachęca współczesny świat?

Bibliografia:

Atwood M., (1986), *Kobieta do zjedzenia*, Warszawa: Książka i Wiedza.

- Beumont P.J., Abraham S.F., Simson K.G., *The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa*, *Psychological Medicine*, 1981, 11 (1), 131-140.
- Buvat-Herbaut M., Hebbinckuys P., Lemaire M.O., Buvat J., *Attitudes toward weight, body image, eating, menstruation, pregnancy, and sexuality in 81 cases of anorexia compared with 288 normal control school girls*, *International Journal of Eating Disorders*, 1983, 2 (4), 45-59.
- Crisp A.H., (1996), *Anorexia nervosa in a young male*, (W:) *Treating eating disorders*, J. Werne (Red.), (1-31), San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Czerwińska E., *Dal jest najbliższa*, *Zeszyty Literackie*, 1995, XIII, 51, 117-121
- Ghizzani A., Montomoli M., *Anorexia Nervosa and Sexuality in Women*, *Journal of Sex Education & Therapy*, 2000, 25 (1), 80.
- Herpertz-Dahlmann B.M., Wewetzer C., Remschmidt H., *The predictive value of depression in anorexia nervosa. Results of a seven-year follow-up study*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 91 (2), 114- 119
- Fredrickson B.L., Noll S.M., Roberts T.-A., Quinn D.M., Twenge J.M., *The swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, 75 (1), 269-284.
- Fredrickson B.L., Roberts T.-A., *Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks*, *Psychology of Women Quarterly*, 1997, 21(2), 173-206.
- Giordano S., *Anorexia nervosa and its moral foundations*, *The International Journal of Children's Rights*, 2005, 13 (1-2), 149-160.
- Lachowicz W., (2005), *Przeklinam cię ciało*, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
- Lask B., Bryant-Waugh R., (1993), *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lemma-Wright A., (1994), *Starving to live. The paradox of anorexia nervosa*, London: Central Book Publishing.
- Leon G.R., Lucas A.R., Ferdinand R.F., Mangelsdorf C., Colligan R.C., *Attitudes about sexuality and other psychological characteristics as predictors of follow-up status in anorexia nervosa*, *International Journal of Eating Disorders*, 1987, 6 (4), 477-484.
- Levens M., (1995), *Eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy*, London: Routledge.
- Melosik Z., (2010), *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków: Impuls.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób I Problemów Zdrowotnych*, Rewizja 10 (ICD-10) (2000), Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków-Warszawa: Instytut Psychiatrii I Neurologii.
- Morgan J.F., Lacey J.H., Reid F., *Anorexia nervosa: changes in sexuality during weight restoration*, *Psychosomatic Medicine*, 1999, 61(4), 541-545.
- Pennycook W., (1994), *Anorexia and adolescence*, (W:) *Fed up and hungry. Women, oppression and food*, M. Lawrence (Red.), (74-86), London: The Women's Press.

- Pinheiro, A.P., Raney, T.J., Thornton, L.M., Fichter, M.M., Berrentini, W.H., Goldman, D., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D.B., Kaye, W.H., Bulik, C.M., *Sexual functioning in women with eating disorders*, International Journal of Eating Disorders, 2010, 43 (2), 123-129.
- Raboch J., *Sexual development and life of psychiatric female patients*. Archives of Sexual Behavior, 1986, 15(4), 341-353.
- Raboch J., Faltus F., *Sexuality of women with anorexia nervosa*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991, 84 (1), 9-11.
- Różewicz T., (2005), *Dramat 3. Utwory zebrane*, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
- Schwartz H.J., (1990a), *Bulimia: psychoanalytic perspectives*, (W:) *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*, H.J. Schwartz (Red.), (s. 31-55), Madison: International Universities Press, Inc.
- Schwartz H.J., (1990b), *Bulimia and the mouth-vagina equation: The fallic compromise*, (W:) *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*, H.J. Schwartz (Red.), (255-299), Madison: International Universities Press, Inc.
- Starzomska M., *Egosyntoniczność jako patognomiczny objaw anoreksji*, Psychoterapia, 2008, 3, 61-74.
- Tabin C.J., Tabin J.K., (1990), *Bulimia and anorexia: understanding their gender and their complex of symptoms*, (W:) *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*, H.J. Schwartz (Red.), (173-227), Madison: International Universities Press, Inc.
- Tiggemann M., Lynch J.E., *Body image across the lifespan in adult women: The role of self-objectification*, Developmental Psychology, 2001, 37 (2), 243-253.
- Tobin D.L., Griffing A.S., *Coping and depression in bulimia nervosa*, International Journal of Eating Disorders, 1995, 18 (4), 359-363.
- Tuiten A., Panhuysen G., Everaerd W., Koppeschaar H., Krabbe P., Zelissen P., *The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa*, Journal of Sex and Marital Therapy, 1993, 19 (4), 259-275.
- Wade T.D., Bulik C.M., Neale M., Kendler K.S., *Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors*, American Journal of Psychiatry, 2000, 157 (3), 469-471.
- Walijewska U., (2009), *Wychowanie i pedagogika na tle przemian kulturowych*.
Pozyskano (25.02.2010) z http://www.hli.org.pl/pl/wd/konferencja-zdrowie-prokreacyjne-nastolatkow/Walijewska_Urszula/wyklad.htm
- Warin M., *Miasmatic calories and saturating fats: fear of contamination in anorexia*, Culture, Medicine and Psychiatry, 2003, 27 (1), 77-93.
- White M., (1987), *Anorexia nervosa: A cybernetic perspective*, (W:) *Eating disorders (The family therapy collections)*, J.E. Harkaway (Red.), (117-131), Rockville: Aspen Publishers.
- Wills A., Olivieri S., *Anorexia nervosa in old age*, Aging and Mental Health, 1998, 2 (3), 239-245.
- Zerbe K. J., *Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders*, Bulletin of The Menninger Clinic, 1993, 57 (2), 161-177.