

Krzysztof Mierzejewski

Wpływ anoreksji (jadłowstrętu psychicznego) na zdolność osoby do zawarcia małżeństwa

Ius Matrimoniale 17 (23), 45-64

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. Krzysztof Mierzejewski

WPLYW ANOREKSJI (JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO) NA ZDOLNOŚĆ OSOBY DO ZAWARCIA MAŁŻEŃSTWA

Wstęp

W praktyce klinicznej zaobserwować można stale wzrastającą liczbę osób zgłaszających się do leczenia z powodu anoreksji. Jest to wynik zwiększonej zapadalności na ten zespół chorobowy, jak i jego lepszej znajomości, a zatem także diagnostyki problemu. Jadłowstręt psychiczny bywa bowiem trudny do rozpoznania. Często współlistnieje z depresją, zaburzeniami lękowymi czy też zaburzeniami osobowości. Równie często okazuje się jedynie objawem, u podłoża którego leży rozwijająca się psychoza lub poważna, prowadząca do wyniszczenia choroba somatyczna¹.

W wyroku Roty Rzymskiej c. Funghini z 18 VII 1990 r. znajdujemy interesujący wywód wymienionego ponensa, który analizując przypadek związany z występowaniem u kobiety anoreksji psychicznej, dochodzi do wniosku, że przypadłość ta może spowodować niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich². Warto zatem przyrzeć się bliżej zjawisku anoreksji oraz jej wpływowi na zdolność osoby do zawarcia małżeństwa kanonicznego.

¹ Por. A. Dunajska, S. Sobieszczańska, J. Rabe-Jabłońska, *Psychoterapia pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Podstawy teoretyczne, cele, metody*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży” 1 (2001) s. 154-168; G. Iiniewicz, *W stronę integralności podejść – modele anoreksji*, „Psychoterapia”, nr 2, 105 (1998) s. 29-39; B. Józefik, *Modele rodzinne a anoreksja psychiczna*, cz. I, *Funkcjonowanie rodziny pochodzenia pacjenta*, „Psychiatria Polska” 33 (1999) s. 861-875.

² Por. Dec. c. Funghini z 18 VII 1990 r., RRD 82 (1990) s. 636-657.

1. *Anorexia nervosa* – opis zjawiska

Termin *anorexia* pochodzi z języka greckiego i powstał z połączenia dwóch słów: *an* – pozbawienie, brak i *orexis* – apetyt³. Oznacza on niechęć do pokarmu lub brak łaknienia. Zaburzenia w odżywianiu nigdy nie są ograniczone wyłącznie do samego tylko problemu z jedzeniem. Nieodpowiednie odżywianie jest tylko widocznym objawem istnienia innych problemów, odpowiedzialnych za te zaburzenia.

Anorexia nervosa, czyli jadłowstręt psychiczny lub anoreksja, należy, obok bulimii i napadów objadania się (hyperphagia, poliphagia) oraz „zaburzeń odżywiania nie określonych gdzie indziej” (ang. EDNOS – *eating disorder not otherwise specified*) do grupy chorób somatycznych o podłożu psychicznym⁴. Jadłowstręt psychiczny dotyczy przede wszystkim dziewcząt i młodych kobiet. Rozpowszechnienie anoreksji u osób dorosłych mieści się w przedziale pomiędzy 0,2 a 0,8%⁵.

A. Przyczyny i przebieg choroby

Osoby dotknięte jadłowstrętem psychicznym nazywa się ofiarami kultury masowej, która poprzez propagowanie ideałów piękna i zalet szczupłej sylwetki, wspiera fizjonomiczne cechy związane z anoreksją⁶. Sukcesywne propagowanie nienaturalnego modelu ludzkiej sylwetki może zaburzać proces osiągania prawidłowego obrazu własnego ciała, pozytywnej samooceny i osiągania poczucia własnej kompetencji. Na skutek presji kulturowej u kobiet powstaje przekonanie, że szczupłość jest gwarancją sukcesu życiowego i społecznego. Środki społecznego przekazu zacierają różnicę pomiędzy ciałem szczupłym a atrakcyjnym. Szczupłość staje się gwarantem osiągnięcia wysokiej pozycji społecznej, zdobycia popularności, zainteresowania sobą płci przeciwnej. Ciało jawi się jako synonim sukcesu, władzy, seksu. „Jeżeli

³ Por. A. Markowski, R. Pawelec, *Wielki słownik wyrazów obcych i trudnych*, Warszawa 2001, s. 39.

⁴ Por. C. Holderness, *Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature*, „Journal of Eating Disorders” 16 (1994) s. 1-34.

⁵ Por. A. Kent, H. Lacey, S. McCluskey, *Pre-menarchal bulimia nervosa*, „Journal of Psychosomatic Research” 36 (1992) s. 295-310.

⁶ Por. B. Józefik (red.), *Anorexia i bulimia psychiczna: rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków 1996, s. 138-143.

młoda kobieta o niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych, pełna wątpliwości co do własnej osoby, żyje w społeczeństwie, które bombarduje jej świadomość i podświadomość hasłami typu: być szczupłą = być seksowną = być ważną = być szczęśliwą, to jest skłonna przyjmować te przejściowe mody całkiem dosłownie⁷.

Zwykle jadłowstręt psychiczny rozpoczyna się od odchudzania, którego przyczyną może być krytyczna uwaga kogoś z otoczenia, dotycząca jego rzeczywistej nadwagi, identyfikacja ze sławną modelką czy aktorką stosującą dietę, presja środowiska, jak to ma miejsce np. w szkołach baletowych czy wreszcie przekonanie o zbawiennym wpływie na zdrowie specjalnych eliminacyjnych diet⁸. Początek anoreksji jest zwykle skryty. Osoba (najczęściej płci żeńskiej) nie postrzega siebie jako chorej. W tym okresie spadek masy ciała traktowany jest przez otoczenie chorej jako wyraz prowadzenia efektywnej diety odchudzającej. W miarę narastania ubytku masy ciała niepokój bliskich wzrasta. Nasilają go zakończone niepowodzeniem próby nakłonienia chorej do przyjmowania większej ilości pożywienia⁹. Okazuje się wtedy, że chora systematycznie unika jedzenia, a szczególnie pokarmów bogatych w „tuczące” węglowodany. Z czasem dieta przynosi coraz bardziej drastyczne ograniczenia, aż do całkowitego zaprzestania przyjmowania pokarmów. Często w tym okresie chora uprawia ćwiczenia fizyczne¹⁰. Jednocześnie osoba dotknięta anoreksją podejmuje zabiegi służące opanowaniu występującego jeszcze na początku choroby uczucia głodu i przyspieszenia utraty masy ciała. Niektóre chore bezpośrednio po jedzeniu prowokują wymioty, przyjmują środki przeczyszczające i odwadniające. Wymioty mogą występować z objawami bulimicznej

⁷ D. Stecker-Bryczkowska, *Kultura popularna a kształtowanie się tożsamości własnego ciała u dzieci: warunki powstania anorexia nervosa*, w: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Poznań 2002, s. 49-77.

⁸ Por. S. Abraham, D. Llewellyn-Jones, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Warszawa 1995, s. 86-98; D. Le Grange, J. Tibbs, T. Noakes, *Implications of a diagnosis of anorexia nervosa in a ballet school*, „International Journal of Eating Disorders” 15 (1994) s. 369-376.

⁹ Por. G. Russel, *Anorexia and Bulimia Nervosa*, w: M. Rutter, L. Hersov (red.), *Child and adolescent psychiatry modern approaches – second edition*, Oxford 1985, s.137-138.

¹⁰ Por. J. Bomba, E. Mamrot, M. Orwid, *Anorexia nervosa*, w: M. Orwid (red.), *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, Warszawa 1981, s. 181.

utruty kontroli nad przyjmowaniem pokarmów lub też postrzegane są jako przejaw wzrastającej kontroli nad własnym ciałem¹¹.

Chore mają też tendencję do jedzenia w samotności, co jest często wynikiem pojawiania się krytycznych uwag otoczenia na temat ilości spożywanych przez nie pokarmów. Nadal jednak część z nich z satysfakcją mówi o gotowaniu i przyrządzaniu smacznych potraw. Uczucie uzyskania kontroli nad jedzeniem czy nad własnym ciałem może być dla chorych powodem deklarowania szczególnej, wzrastającej satysfakcji i dumy. Chore są z reguły osobami ambitnymi, bardzo przeżywanymi niepowodzenia oraz mocno skupionymi na swoich obowiązkach¹².

Po dłuższym lub krótszym okresie, najczęściej kilkumiesięcznym ograniczaniu jedzenia, dochodzi do wychudzenia z utratą wagi ciała, która może sięgnąć 40%, a w sytuacjach skrajnych nawet 60% należnej masy ciała. Wraz z postępującym ubytkiem masy ciała chore odsuwają się od rodziny i znajomych. Mają tendencję do planowania każdego dnia w najdrobniejszych szczegółach, a odstępstwo od planu wywołuje u nich zdenerwowanie i frustrację. Początkowa euforia związana z satysfakcją płynącą z kontrolowania swojego ciała może przechodzić w strach związany z poczuciem utraty panowania nad nim, apatię, depresję a nawet objawy katatoniczne¹³. Śmiertelność w jadłowstręcie psychicznym jest wysoka, dochodzi nawet do 20%. Najczęściej wynika z zaburzeń krążenia lub jest wynikiem samobójstwa, a jej prawdopodobieństwo rośnie wraz z czasem trwania choroby¹⁴.

W jadłowstręcie psychicznym dominuje brak akceptacji własnego ciała. Obawa przed otyłością prowadzi do odmowy przyjmowania pożywienia. Wśród czynników ryzyka zachorowania na zaburzenia odżywiania brane są pod uwagę oprócz czynników indywidualnych

¹¹ Por. B. Józefik, M. Pilecki, *Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się*, w: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków 1999, s. 31.

¹² Por. M. Orwid, K. Pietruszewski, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Kraków 1993, s. 45-46.

¹³ Por. G. Russel, *Anorexia and Bulimia Nervosa...*, s. 142; M. Rybakowa, *Zaburzenia w odżywianiu*, w: E. Romet (red.), *Zaburzenia hormonalne u dzieci i młodzieży*, Warszawa 1993, s. 93.

¹⁴ Por. A. Sumika, I. Łucka, A. Michalewska, *Analiza porównawcza procesu terapeutycznego pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego – studium dwóch przypadków*, w: W. Radziwiłowicz, A. Sumiło (red.), *Psychopatologia okresu dorostania. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2006, s. 39.

(osobowościowych), również czynniki społeczne (kulturowe) i rodzinne. Czynniki osobowościowe to negatywna samoocena i skłonność do nadużywania leków oraz do innych zachowań impulsywnych. Czynniki kulturowe to moda związana z sylwetką ciała i stosowanymi dietami oraz komentarze dotyczące wyglądu. Czynniki rodzinne to uzależnienie od substancji psychoaktywnej w rodzinie (alkoholizm, lekomania), zaburzenia afektywne, występowanie zaburzeń łaknienia¹⁵.

W etiologii jadłowstrętu psychicznego zwraca się uwagę na szereg uwarunkowań genetycznych, psychologicznych czy środowiskowych będących przyczynami poważnych kłopotów z odżywianiem. Jednym z najistotniejszych są właśnie wyżej sygnalizowane relacje w rodzinie. Można spotkać się z teorią opartą na założeniu, że jedzenie było ważnym środkiem komunikacji w rodzinie pacjentki i było sposobem wyrażania uczuć. Przesadna troska o zaspokojenie głodu dziecka mogła być formą kompensowania braku emocjonalnego kontaktu z dzieckiem czy też przejawem realizowania potrzeby sprawowania nad nim kontroli. Z kolei osoba cierpiąca na zaburzenia odżywiania się, wobec braku właściwego wyrażania swoich uczuć, zaczęła je wyrażać poprzez jedzenie. Głodzenie się mogło być wyrazem odrzucenia bądź niepoprzawiania sobie na przyjęcie ciepła od najbliższych osób¹⁶.

Relacje w rodzinach, w których pojawia się problem anoreksji wykazują charakterystyczny, patologiczny rys. Dominują w nich więzy symbiotyczne między matką a dzieckiem. Często nieprawidłowe relacje między małżonkami – zwłaszcza ich emocjonalny aspekt – powodują przeniesienie uczuć i uwagi matki na dziecko. Nadopiekuńczość matek anorektyczek uniemożliwia dziewczętom realizację potrzeb autonomii i niezależności. Dorastające dziewczęta próbują więc osiągnąć je w inny sposób, poprzez sprzeciw wobec wszelkich nacisków, a także poprzez zachowania (ich wybór powodowany jest także standardami obowiązującymi w mediach) umożliwiające im zwiększenie poczucia kontroli i wolności. Kontrola – w ich mniemaniu – nad jedzeniem, nad swoim ciałem daje im poczucie wyższości moralnej nad ludźmi, wprawia w euforię i wywołuje poczucie mocy¹⁷.

¹⁵ Por. B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009, s. 489.

¹⁶ Por. Tamże, s. 489-490.

¹⁷ Por. B. Ziółkowska, *Specyfika studium adolescencji jako kontekst ekspresji anorexia nervosa*, w: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Szansa i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości*, Poznań 2002, s. 34-41.

B. Kryteria diagnostyczne

Jedną z pierwszych współczesnych psychiatrycznych skal diagnostycznych anoreksji była klasyfikacja zaproponowana przez J. Feighnera. Według niego do kryteriów diagnostycznych jadłowstrętu psychicznego zalicza się:

- początek przed 25 rokiem życia,
- utratę łaknienia której towarzyszy spadek wagi ciała co najmniej o 25% w stosunku do wagi wyjściowej,
- zaburzone postawy względem przyjmowania pokarmów, samego pożywienia i wagi ciała oraz zniekształcone postrzeganie obrazu własnego ciała,
- brak choroby somatycznej tłumaczącej wystąpienie spadku wagi ciała,
- brak innych zaburzeń psychicznych (szczególnie: choroby afektywnej, schizofrenii, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, fobii),
- obecność co najmniej dwóch spośród następujących objawów: brak miesiączki, lanugo (meszek na skórze, którym organizm próbuje zastąpić utratę chroniącej przed zimnem warstwy tłuszczu podskórnego), spowolnienie akcji serca, okresy nadaktywności, epizody obżarstwa, wymioty (w tym prowokowane)¹⁸.

Według kryteriów zawartych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (rewizja dziesiąta: ICD – 10) *anorexia nervosa* można rozpoznać wówczas, kiedy obecne są wszystkie cztery niżej wymienione objawy:

- zmniejszenie masy ciała (a u dzieci brak przyrostu wagi) prowadzący do masy co najmniej o 15% niższej od prawidłowej lub oczekiwanej w stosunku do wieku i wzrostu,
- spadek masy narzucony samemu sobie przez unikanie „tuczącego” pożywienia za pomocą jednej z następujących czynności: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie lub środków moczopędnych,
- postrzeganie siebie jako osoby otyłej oraz strach przed przytyciem zaburzający prawidłowe odżywianie się, co prowadzi do narzucania

¹⁸ Por. J. Feighner, E. Robin, S. Guze, R. Woodruff, G. Winokur, R. Monoz, *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*, „Archives General Psychiatry” 26 (1976) s. 57-63.

- nia sobie przez osobę chorą niskiego progu wagi ciała; obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli nadwartościowej,
- obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne przejawiające się u kobiet zanikiem miesiączkowania (zaburzenia osi przysadkowo-gonadalnej), a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych i potencji (wyjątkiem jest utrzymywanie się krwawień menstruacyjnych u kobiet stosujących substytucyjne leczenie hormonalne najczęściej w postaci przyjmowania tabletek antykoncepcyjnych); stwierdza się również wzrost poziomu hormonu wzrostu i kortyzolu oraz zmiany metabolizmu hormonu tarczycy i zaburzenia wydzielania insuliny¹⁹.

Klasyfikacja ICD – 10 wyróżnia także jadłowstręt psychiczny atypowy, w którym obraz kliniczny jest analogiczny do typowego, jednak zazwyczaj brakuje któregoś z podstawowych objawów: zazwyczaj utraty masy ciała, braku zahamowania menstruacji itp. Zaburzenia tego typu rozpoznaje się także w sytuacji występowania wszystkich typowych objawów, ale w niewielkim ich nasileniu²⁰.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyróżniło dwie formy jadłowstrętu: restrykcyjną i bulimiczną. Przy postaci restrykcyjnej choroby ograniczają przyjmowanie posiłków, głodują lub stosują intensywne ćwiczenia fizyczne. Przy postaci bulimicznej zaś pacjenci regularnie przejawiają zachowania polegające na okresowej żarłoczności, prowokowaniu wymiotów, nadużywaniu środków przeczyszczających²¹.

Wśród objawów somatycznych jadłowstrętu psychicznego można stwierdzić ponadto:

- utratę tkanki tłuszczowej i masy mięśniowej,
- obniżenie temperatury podstawowej ciała poniżej 36°C z nietolerancją chłodu,
- zasinienie dystalnych (odsiebnych) części kończyn i obrzęki,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi,

¹⁹ U dzieci występuje ponadto opóźnienie albo zahamowanie licznych zjawisk związanych z okresem pokwitania (wzrost ulega zatrzymaniu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączek, u chłopców narządy płciowe pozostają w stanie dziecięcym); objaw ten można zaobserwować, jeśli początek choroby miał miejsce przed okresem pokwitania; po powrocie do zdrowia pokwitanie często przebiega normalnie. Por. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków 1998, s. 57-65.

²⁰ Por. Tamże.

²¹ Por. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR*.

- uczucie nadmiernej pełności w śródbrzuszu z wzdęciami i zaparciami,
- zmiany wielkości macicy i jajników,
- wypadanie włosów,
- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, zmiany w obrazie krwi (spadek liczby krwinek czerwonych – anemia, białych, płytek krwi) oraz zaburzenia gospodarki hormonalnej²².

C. *Anorexia nervosa* a osobowość

Osoby cierpiące na anoreksję wykazują pewne charakterystyczne cechy osobowości i mają zwykle trudności w nawiązywaniu kontaktu z otoczeniem. Szczególnie niekorzystnie układają się ich kontakty w obrębie własnej rodziny, zwłaszcza z matkami i starszymi siostrami²³. W sferze interpersonalnej wyraźny skutek stanowi ponadto alienacja z dotychczasowego środowiska społecznego, ograniczenie wszelkich kontaktów społecznych oraz introwertyzacja. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest z jednej strony uczucie wstydu i znaczne zawężenie zainteresowań osoby chorej, z drugiej strony zjawisko etykietowania i izolowania przez społeczeństwo takiego człowieka²⁴.

Autorzy zajmujący się problematyką zaburzeń odżywiania się często prezentują sylwetki osób dotkniętych tymi zaburzeniami na podstawie własnych obserwacji lub przeprowadzonych badań populacji pacjentek.

H. Bruch uważa, że podłożem anoreksji są zaburzenia osobowości, a lęk przed otyłością i odmowa jedzenia są wtórne do tych zaburzeń. Osoby z zaburzeniami odżywiania się mają nierealistyczny obraz własnego ciała, nie są w stanie odpowiednio rozpoznać doznań fizycznych (związanych szczególnie z uczuciem głodu i sytości), jak również poczucie braku efektywności własnego działania.²⁵

²² Por. B. Woronowicz, *Uzależnienia...*, s. 492.

²³ Por. Tamże, s. 489.

²⁴ Por. M. Adamski, *Anoreksja psychiczna jako zaburzenie o cechach uzależnienia*, w: B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem*, Warszawa 2009, s. 232-233.

²⁵ Por. H. Bruch, *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*, „Psychosomatic Medicine” 2 (1962) s. 187-194.

P. Slade stwierdza, że anorektyczki są owładnięte potrzebą sukcesu i kontroli²⁶, natomiast B. Lask i R. Bryant-Waugh wyróżniają cztery cechy – aspekty psychologicznego zachowania – osób, u których wystąpiła *anorexia nervosa*: troska o wagę i kształt ciała, zniekształcenie obrazu ciała polegające na ciągłym niezadowoleniu ze swojego wyglądu i utrzymywaniu przekonania o byciu grubszym niż w rzeczywistości, obniżony obraz siebie, depresja.²⁷

J. Bomba, E. Mamrot i M. Orwid zwracają uwagę na występującą u osób dotkniętych anoreksją „matowość nastroju” – są przygaszone, nie cieszą się. Najczęściej unikają kontaktów z innymi osobami, zwłaszcza chłopcami, unikają też działań grupowych. Wykazują solidność, pilność i skrupulatność w nauce, przywiązują dużą wagę do osiągniętych wyników. Są bardzo ambitne a swoje plany życiowe koncentrują głównie wokół wykształcenia²⁸.

Większość anorektyków w dzieciństwie przywiązywała dużą wagę do osiągnięć, była ambitna, pracowita, sumienna, obowiązkowa, skupiona na sprawach dotyczących nauki. Zarówno w nauce jak i w innych czynnościach charakteryzowali się dokładnością, wręcz perfekcjonizmem. Czasami dokładność działań przyjmowała formę obsesyjnego zachowania. Wielu działaniom towarzyszyła niepewność siebie i niezadowolenie z osiągniętego celu, jak również lęk przed niepowodzeniem²⁹.

U pacjentek dotkniętych anoreksją zaobserwowano także gwałtownie rosnące niezadowolenie z własnego wyglądu, swojego ciała, uważanie się za nieatrakcyjne³⁰. U dorastających dziewcząt pojawienie się cech kobiecych budziło często niepokój³¹.

Tożsamość osób z zaburzeniami łaknienia jest wyraźnie niedojrzała. Ciągłe zaferowanie własnym ciałem, a także zaburzenia układu rodzinnego, nie pozwalają na pełny, swobodny i prawidłowy rozwój. Uniemożliwiają identyfikację innych wrażeń, niż dostępne per-

²⁶ Por. P. Slade, *Towards a functional analysis of anorexia nervosa*, „British Journal of Clinical Psychology” 21 (1982) s. 167-179.

²⁷ Por. B. Lask i R. Bryant-Waugh, *Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 33 (1992) s. 281-300.

²⁸ Por. J. Bomba, E. Mamrot, M. Orwid, *Anorexia nervosa...*, s. 165-171.

²⁹ Por. U. Jaroszewska, *Kliniczne i psychologiczne aspekty anorexia nervosa*, „Psychoterapia” 3 (1988) s. 7-16.

³⁰ Por. Tamże.

³¹ Por. M. Wolska, *Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się*, w: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna...*, s. 65.

cepcyjnie, zmysłowe, a także ich integrowanie, co doprowadziłyby do wytworzenia spójnego i pełnego obrazu siebie, do określenia się. Problemy z ukształtowaniem tożsamości są bezpośrednio wynikiem zaburzeń postrzegania siebie. Anorektyczki wykazują nieadekwatny sposób widzenia schematu własnego ciała oraz interpretowania bodźców z niego płynących. Schemat czy obraz ciała jest zniekształcony w zakresie wielkości, kształtu oraz proporcji. Anorektyczki zazwyczaj przeceniają jego rozmiary oraz mają tendencję do drobiazgowej analizy i oceniania każdej części swojego ciała³².

Anorektyczki mają problemy z dostępem do doświadczeń psychicznych, wewnętrznych, z uzyskaniem dobrego kontaktu ze sobą, z wyrażaniem i rozumieniem własnych myśli i przeżyć, a także powiązaniem intelektu, emocji i działania. Brak bądź ograniczony dostęp do własnych stanów wewnętrznych z jednej strony powoduje niewłaściwe różnicowanie wrażeń psychicznych, emocjonalnych, cielesnych (lub jego brak), z drugiej równocześnie utrudnia czy uniemożliwia integrowanie treści doświadczania siebie, stworzenie spójnej reprezentacji siebie. Osoby z zaburzeniami jedzenia nie potrafią przetworzyć doświadczeń somatycznych na doświadczenia psychiczne i ich identyfikować ani poddać autorefleksji. Wiąże się to z „mieszaniem” i nieumiejętnością odróżnienia doznań fizycznych (głodu, sytości) od np. emocji³³.

Anorektyczki czują niepewność doświadczanych sytuacji, dlatego bardzo uporczywie poszukują swojego miejsca, odpowiednich zadań, ról, dzięki którym mogłyby się określić. Osiąganie doskonałości fizycznej wydaje się im idealnym celem – ważnym, dającym poczucie siły, nadającym sens. Często jest również rys depresyjny w kształtującej się osobowości. Niezadowolaniu z własnego ciała, negatywnemu obrazowi i odbiorowi społecznemu towarzyszą negatywne emocje i zachowania charakterystyczne dla osób z obniżonym nastrojem³⁴.

Podsumowując, można zauważyć, że wiele cech indywidualnych, występujących już w okresie wcześniejszym, ulega wyostreniu czy nasileniu w chwili pojawienia się pierwszych objawów anoreksji.

³² Por. Tamże, s. 42.

³³ Por. J. Radoszewska, *Jestem gruby, więc jem*, „Nowiny Psychologiczne” 1 (2000) s. 65-73.

³⁴ Por. J. Schmidt, *Głód więzi, głód siebie... Otyłość a anoreksja*, w: B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 227-228.

Można powiedzieć, że anorektyczki to osoby, u których od dzieciństwa rozwijały się takie cechy jak:

- szeroko rozumiane poczucie odpowiedzialności,
- solidność, obowiązkowość, pilność,
- poczucie niskiej wartości,
- wysokie ambicje i nasilona potrzeba sukcesu,
- trudności w kontakcie z rówieśnikami,
- trudności w akceptowaniu siebie, zwłaszcza swojego wyglądu,
- skłonność do podporządkowania się innym, posłuszeństwo,
- zależność emocjonalna od rodziców wyrażająca się między innymi w małej samodzielności, nasilonej potrzebie uzyskiwania akceptacji z ich strony.

Warto jednak zaznaczyć, że wymienione cechy mogą także wystąpić u dzieci, u których zaburzenia odżywiania się nigdy nie wystąpią. Proces powstawania jakichkolwiek zaburzeń psychicznych jest procesem skomplikowanym, a w jego analizie należy uwzględnić wiele różnorodnych czynników i ich wzajemne powiązania³⁵.

D. Anoreksja jako opóźnienie wejścia w dorosłość

Szczególnie ważnym zagadnieniem z punktu widzenia prawa kanonicznego i zdolności do zawarcia małżeństwa jest odpowiednia dojrzałość.

Anoreksja jest chorobą wpływającą na opóźnienie osiągnięcia takiego etapu rozwoju, który pozwoli na podjęcie i satysfakcjonujące realizowanie ról i zadań osoby dorosłej. Do ujawnienia anoreksji dochodzi najczęściej (choć nie zawsze) w okresie dorastania. Wówczas bowiem dokonuje się szereg rewolucyjnych związanych z ciałem kobiety, których osoba chora na jadłowstręt psychiczny nie potrafi zaakceptować. Powoduje to wielkie niezadowolenie, niską samoocenę i brak wiary w siebie, a także lęk wywołany między innymi utratą kontroli nad „posłusznym” dotąd ciałem. Charakterystyczny dla tego okresu jest przyrost tkanki tłuszczowej. U dziewcząt dojrzewających wcześniej jest on szczególnie widoczny, gdyż gromadzą one i zachowują większe zapasy tłuszczu niż ich rówieśniczki rozwijające się później. Etap ten jest związany także z nabieraniem kobiecych kształtów. Osoby chore na

³⁵ Por. M. Wolska, *Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się...*, s. 67-68.

anoreksję boją się tych zmian i nie potrafią ich zaakceptować. Chcą powrócić do sylwetki dziewczynki³⁶.

W późniejszym etapie rozwoju płciowego pojawia się menstruacja. Jest to zapowiedź wkroczenia w świat związany z seksualnością i sygnalizuje możliwość wypełniania funkcji prokreacyjnej. Kobiety z zaburzeniami odżywiania często zaprzeczają własnej seksualności, unikają wyzwań z nią związanych oraz tłumią odczucia seksualne. Są negatywnie nastawione do dojrzewania, menstruacji i stosunków płciowych³⁷.

Do kryteriów dorosłości zalicza się odpowiedzialne podejmowanie nowych ról społecznych związanych z zakładaniem rodziny, rodzeniem i wychowywaniem dzieci. Kobiety chore na anoreksję mają problemy w podejmowaniu tych ról. Po pierwsze z powodu braku lub zaburzeń menstruacji trudniej jest im zająć w ciążę. Anoreksja może spowodować u kobiety również bezpłodność, związaną z pierwotnym bądź wtórnym brakiem miesiączki, które są spowodowane brakiem owulacji, to jest prawidłowego funkcjonowania jajnika. Leczenie tego schorzenia jest procesem długotrwałym i nie zawsze przynosi oczekiwane rezultaty³⁸. Nawet jeżeli uda się zająć w ciążę, anorektyczki może denerwować fakt, że nie mogą walczyć z przyrostem wagi. Istnieje wtedy duże prawdopodobieństwo, że będą podejmować zachowania prowadzące do schudnięcia, co spowoduje zwiększenie liczby powikłań w czasie ciąży i urodzenie dziecka z niedowagą. Koncentracja kobiety na wcześniejszych własnych zachowaniach związanych z odżywianiem może mieć także wpływ na sposób opiekowania się dzieckiem, np. na nadmierne kontrolowanie jego sylwetki lub ograniczanie ilości pożywienia znajdującego się w domu. Badania pokazują, że w porównaniu z kobietami, które nie cierpiały na zaburzenia odżywiania, pacjentki z anoreksją po wejściu w związek małżeński dwa razy częściej pozostawały bezdzietne³⁹.

Osoby dotknięte anoreksją cechuje nadmierny krytycyzm wobec siebie oraz zanizone poczucie własnej wartości. Samoakceptacja leży u podstaw wszystkich relacji międzyludzkich. Jej brak u osób chorych na anoreksję sprawia, że są one zamknięte w sobie i mają trudności

³⁶ Por. D. Kowalczyk, *Anoreksja jako opóźnienie wejścia w dorosłość*, w: B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 103-104.

³⁷ Por. Tamże, s. 104.

³⁸ Por. P. Skałba (red.), *Endokrynologia ginekologiczna*, Warszawa 1989, s. 71-73.

³⁹ Por. D. Kowalczyk, *Anoreksja jako opóźnienie wejścia w dorosłość...*, s. 104.

w funkcjonowaniu społecznym – odsuwają się od innych ludzi, izolują od bliskich, tracą przyjaciół. Anorektyczki są w znacznym stopniu zależne od opinii otoczenia, nie potrafią zachować dystansu wobec nieuczciwej krytyki oraz korzystać twórczo z krytyki uzasadnionej, co nie pozwala im ukształtować między innymi dojrzałej osobowości. Osoby z jadłowstrętem nie mają dostępu do własnych emocji i muszą przejść długą drogę aby je odblokować i w pełni przeżyć. Znajomość świata własnych uczuć pozwala rozumieć własne emocje i reakcje oraz nimi w pewnym stopniu kierować. Punktem wyjścia do osiągnięcia dojrzałości uczuciowej jest obiektywna ocena samego siebie i swojej aktualnej sytuacji psychicznej oraz emocjonalnej. Osoby chore na anoreksję mają w tym zakresie trudności. Choć potrafią ocenić swój stan, nie rozumieją go⁴⁰.

2. *Anorexia nervosa* jako przyczyna niezdolności do zawarcia małżeństwa kanonicznego

Akt woli stanowiący o zgodzie małżeńskiej, zakłada nie tylko używanie rozumu oraz wystarczające rozeznanie oceniające co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych, lecz także zdolność kontrahenta do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Niezdolność do zawarcia małżeństwa pochodzi z prawa naturalnego. Ilustruje to zasada prawa rzymskiego: „ad impossibile nemo tenetur”, podtrzymywana przez dekretalistów i świętego Tomasza z Akwinu⁴¹. Nikt przecież nie może zobowiązać się do tego, czego nie jest w stanie wypełnić⁴².

W świetle opisanych skutków anoreksji, przyczyn niezdolności do zawarcia małżeństwa, która może dotknąć osobę cierpiącą na jadłowstręt psychiczny, należy upatrywać w niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich, przede wszystkim w naruszeniu dobra potomstwa, dobra małżonków oraz niemożności stworzenia wspólnoty życia. W grę wchodzi zatem kan. 1095 n. 3 KPK.

⁴⁰ Por. Tamże.

⁴¹ Por. M. Fąka, *Niezdolność do przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich jako tytuł nieważności małżeństwa*, „Prawo Kanoniczne” 25 (1982) nr 1-2, s. 246.

⁴² Por. W. Góralski, *Kościelne prawo małżeńskie*, Warszawa 2006, s. 165.

A. Naruszenie *bonum prolis*

Pojęcie „dobro potomstwa” jest nierozzerwalnie związane z koncepcją samego małżeństwa, przedmiotem zgody małżeńskiej oraz celami małżeństwa⁴³. Do istotnych elementów małżeństwa, mieszczących się w obrębie dobra potomstwa, należy: spełnianie aktów małżeńskich skierowanych ku prokreacji, zrodzenie potomstwa, ochrona życia poczętego, a także zachowanie przy życiu dziecka po urodzeniu i jego wychowanie⁴⁴.

W opisanych w pierwszej części niniejszego artykułu skutkach anoreksji psychicznej dostrzec można u potencjalnej matki możliwość zachowań destrukcyjnych wobec poczętego dziecka, związanych z chęcią zabicia wagi⁴⁵. Zachowania te mogą prowadzić do ułomności urodzonego dziecka, a to sprzeciwia się *bonum prolis*. Realna jest także możliwość nieodpowiedzialnego zajmowania się dzieckiem, niedoboru potrzebnego dziecku do prawidłowego rozwoju pokarmu⁴⁶. Sensem prawa – obowiązku przyjęcia dzieci i troski o nie we wspólnocie małżeńskiej, jest zachowanie i rozwój zdrowia fizycznego i psychicznego wspólnego potomstwa. Wyływa on z ojcostwa i macierzyństwa,

⁴³ Por. H. Stawniak, *Uprawnienie-obowiązek zrodzenia i wychowania potomstwa w świetle kanonicznego prawa małżeńskiego*, „Prawo Kanoniczne” 32 (1989) nr 3-4, s. 125.

⁴⁴ Por. P. Moneta, *Il matrimonio nel nuovo diritto canonico*, Genova 1986, s. 116-119; J. Krukowski, *Wykluczenie potomstwa. Nowe tendencje w orzecznictwie rotalnym*, „Kościół i Prawo” 3 (1984) s. 234-236. W okresie soborowym i posoborowym w dyskusjach na temat *bonum prolis* położono równoważny akcent na cele personalne i instytucjonalne, uwypakowano wspólnotowy charakter małżeństwa. Zauważa się istnienie trzech wzajemnie przenikających się rzeczywistości: miłość małżeńska – przekazywanie życia – wychowanie potomstwa. Ponadto dostrzega się ukierunkowanie we wspólnocie małżeńskiej nie tylko wzajemnie na siebie, ale także później wspólnie na dzieci. Por. H. Stawniak, *Uprawnienie-obowiązek zrodzenia i wychowania potomstwa ...*, s. 133; Rodzicielskie prawo – obowiązek wychowania dzieci „jest czymś istotnym, i jako takie związane jest z przekazywaniem życia ludzkiego; jest ono pierwotne i mające pierwszeństwo w stosunku do zadań wychowawczych innych osób; z racji wyjątkowości stosunku miłości łączącej rodziców i dzieci, wyklucza zastępstwo i jest niezbywalne, dlatego nie może być całkowicie przekazane innym, ani przez innych zawłaszczone”. Joannes Paulus II, *Adhortatio Apostolica Familiaris consortio*, 36; W małżeństwie sakramentalnym „zadanie wychowawcze rodziców nabiera godności i charakteru powołania, stając się prawdziwą i w ścisłym sensie «posługą» Kościoła w dziele budowania jego członków”. Tamże.

⁴⁵ Por. D. Kowalczyk, *Anoreksja jako opóźnienie wejścia w dorosłość...*, s. 104.

⁴⁶ Por. Tamże.

które są częścią wzajemnego oddania się i przyjęcia małżonków. Aktywnymi podmiotami są małżonkowie jako tacy, a biernymi – ich wspólne dzieci. W przypadku osoby dotkniętej anoreksją brakuje w realizacji tego prawa – obowiązku realizują się przede wszystkim przez zaniedbanie odpowiedniego odżywienia spowodowane jadłowstrętem, jakim dotknięty jest rodzic.

Treścią prawa – obowiązku troski o dzieci w sensie negatywnym jest powstrzymanie się od jakiegokolwiek aktu czy zachowania godzącego w życie, integralność cielesną oraz zdrowie fizyczne i psychiczne dzieci narodzonych; w sensie pozytywnym – przyjęcie dzieci we wspólnocie życia, włączenie we wspólny los i ustanowienie takiego typu współżycia rodzinnego, który nadaje się wspólnej trosce o zachowanie i rozwój zdrowia dzieci oraz ich dobro psychiczne i fizyczne. Wśród klasycznych przykładów wykluczenia tego prawa można, między innymi, wymienić: porzucenie, czyli opuszczenie dzieci już narodzonych, zmuszanie do prostytucji, poważny lub nawet całkowity brak troski o ich wyżywienie, ubiór lub zdrowie, dzieciobójstwo⁴⁷. Rodzice powinni troszczyć się o wszystko, co jest niezbędne do prawidłowego rozwoju dziecka (pożywienie, ubranie, warunki mieszkaniowe, poczucie bezpieczeństwa, itp.)⁴⁸. Na podstawie wyżej wymienionych praw – obowiązków wobec dzieci widać, że osoba chora na anoreksję może nie być w stanie sprostać niektórym z nich.

W wyroku c. Funghini ponens stwierdza, że można wyciągnąć wniosek o niezdolności anorektyczki do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich, zwłaszcza roli matki, skoro zdolność do macierzyństwa napawa ją wstrętem i sama uważa się za niezdolną do wypełnienia roli matki, gdyż cierpiąc na jadłowstręt, „z poczuciem bezsily i niedopasowania, w stanie «okaleczenia», w który wpada, czuje się sama jako istota niepełna, ułomna, niedojrzała, niezdolna obronić siebie i dać innym to ciepło i tę intymność, które wypływają z wewnętrznego bezpieczeństwa i bogactwa, a przede wszystkim nie sądzi, że mogłaby być słodką i kochającą matką”⁴⁹.

⁴⁷ Por. P.-J. Viladrich, *Konsens małżeński*, Warszawa 2002, s. 320.

⁴⁸ Por. J. Cymbała, *Istotne obowiązki małżeńskie i przyczyny niezdolności do ich podjęcia w wyrokach Roty Rzymskiej z lat 1983-1992 wydanych na podstawie kan. 1095 nr 3 Kodeksu Prawa Kanonicznego, opublikowanych w „Decisiones”*, Olsztyn 2002, s. 60-61.

⁴⁹ Por. Dec. c. Funghini z 18 VII 1990 r., RRD 82 (1990), s. 641; J. Cymbała, *Istotne obowiązki małżeńskie...*, s. 295.

B. Naruszenie *bonum coniugum*

We wspomnianym już wyroku rotalnym c. Funghini, ponenes, powołując się na ustalenia psychiatry Bleulera, przywołuje reakcje patologiczne, których doświadcza anorektyczka w różnych fazach rozwojowych od dzieciństwa do wieku dojrzałego i w odniesieniu do tego, co właściwe jest życiu małżeńskiemu: „Dziewczyna dotknięta anoreksją nie jest przygotowana wewnętrznie na przyjęcie dojrzałości kobiecy. Jest przerażona patrząc na to, że... jej własne ciało przybiera pełne kształty kobiece, «odrzuca» z przerażeniem przyjemności zmysłowe «cielesne», do których już jest zdolna; czuje się jeszcze dziewczynką i realizuje ten sposób życia w braku mięsaczki, w awersji do mięsa i innych pokarmów, w wychudzeniu”⁵⁰.

W ramach dobra małżonków należy poruszyć dziedzinę pożywania intymnego małżonków, w którym obowiązuje zasada wyrażona w kan. 1135 KPK, mianowicie: małżonkowie mają wobec siebie w tym względzie równe uprawnienia i obowiązki. Żadne więc z małżonków nie może arbitralnie domagać się lub odmawiać pożywania małżeńskiego, nie licząc się z potrzebami i możliwościami drugiej strony⁵¹. Przez zawarcie małżeństwa kontrahenci przekazują sobie prawo do aktów małżeńskich, które winny być spełniane z sposób ludzki i naturalny⁵². Powinny to być akty służące duchowo-cieleśnemu zjednoczeniu małżonków, tak jak człowiek jest istotą duchowo-cieleśną⁵³.

Istnieją jednak anomalie, które sprawiają, iż dana osoba, choć jest zdolna do odbywania aktów małżeńskich, to jednak nie chce dzielić z drugą stroną w sposób ludzki miłości małżeńskiej⁵⁴. W przypadku anoreksji psychicznej badacze problemu podkreślają, że osoby dotknięte tą przypadłością czują niechęć do współżycia oraz są nega-

⁵⁰ Por. Dec. c. Funghini z 18 VII 1990 r., RRD 82 (1990), s. 641; J. Cymbała, *Istotne obowiązki małżeńskie...*, Olsztyn 2002, s. 295.

⁵¹ Por. *Gaudium et spes*, 51.

⁵² Por. S. Paździor, *Przyczyny psychiczne niezdolności osoby do zawarcia małżeństwa w świetle kan. 1095*, Lublin 1999, s. 35.

⁵³ Por. O. Giacchi, *Significato e valore delle nuove norme dello „Schema iuris recogniti de matrimonio”*, „Ephemerides Iuris Canonici” 35 (1979) s. 113.

⁵⁴ Por. J. Pinto Gomez, *Incapacitas assumendi matrimonii onera in novo CIC*, w: Z. Grochowski, V. Carcel Orti (red.), *Dilexit Iustitiam. Studia in honorem Card. Aurelli Sabattani*, Città del Vaticano 1984, s. 28; M. Kowalski, *Brak rozeznania oceniającego. Problemy interpretacyjne*, w: A. Dzięga, M. Wróbel (red.), *Kościelne Prawo Procesowe. Materiały i Studia*, t. 3, Lublin 2003, s. 52-53.

tywnie nastawione do stosunków płciowych. Kobiety z zaburzeniami odżywiania często zaprzeczają własnej seksualności, unikają wyzwań z nią związanych oraz tłumią odczucia seksualne. Nie chcą wejść w pozycję kobiety dojrzałej ani w sferę dojrzałości seksualnej⁵⁵.

Należy podkreślić, iż pożycie intymne jest tak ważnym zadaniem w małżeństwie, że niemożliwość jego realizacji powoduje niezdolność do zawarcia związku małżeńskiego. Ten, kto nie podejmuje współżycia seksualnego ze współmałżonkiem z racji zaburzeń psychicznych, choć nie jest dotknięty przeszkodą impotencji, jest niezdolny do zawarcia małżeństwa⁵⁶.

C. Niezdolność do ustanowienia wspólnoty życia

Małżonkowie w ramach ich dobra nabywają prawo – obowiązek nawiązania międzyosobowej relacji małżeńskiej, czyli stworzenia wspólnoty dynamicznej, zdolnej do realizacji dobra. Konieczna jest więc ich jedność duchowa i właściwe relacje interpersonalne małżonków. Decyduje o tym wiele czynników, wśród nich poziom psychicznej dojrzałości, cechy osobowości, temperament, postawy, zainteresowania, stopień wzajemnego poznania przed ślubem, porozumienie co do wspólnego życia, podział ról w rodzinie, wspólne cele, umiejętność porozumiewania się, otwartość, kontakty z innymi członkami rodziny⁵⁷. Niezdolnymi do zawarcia małżeństwa są ci, którzy nie są zdolni do ofiarności i postawy altruistycznej wobec drugiej strony, do wzajemnego darowania się sobie, zakładającego określony stopień dojrzałości, oraz ci, którzy nie są zdolni do nawiązania ze współmałżonkiem

⁵⁵ Por. D. Kowalczyk, *Anoreksja jako opóźnienie wejścia w dorosłość...*, s. 104.

⁵⁶ Por. S. Paździor, *Przyczyny psychiczne niezdolności osoby...*, s. 34; Ważność małżeństwa nie może zależeć wprost od częstotliwości pożycia seksualnego, do jakiej jest zdolny współmałżonek. Słuszne jednak wydaje się uznanie pożycia intymnego za tak ważne, że gdyby jedna ze stron nie mogła go na ogół podejmować, byłaby podstawa do stwierdzenia nieważności małżeństwa. Por. P. Pavanello, *Impotentia coeundi et incapacitas assumendi* onera: Elementa analogiae et differentiae in jurisprudentia recentiori, „Periodica” 84 (1995) s. 389-390. Oznacza to, że pojedyncze akty współżycia, do których doszło przy użyciu nadzwyczajnych środków, nie przekreślałyby ogólnej niezdolności osoby do pożycia małżeńskiego. Por. R. Szychmiller, *Obowiązki małżeńskie*, Warszawa 1999, s. 440.

⁵⁷ Por. M. Braun-Gałkowska, *Związek między zadowoleniem z małżeństwa a interakcjami systemu rodzinnego*, *Wykłady z psychologii w KUL*, t. 6, Lublin 1992, s. 101-104.

relacji osobowej, przynajmniej do zniesienia. Jeśli choćby jedna ze stron nie jest w stanie zadośćuczynić tym wymaganiom, umowę małżeńską należy uznać za nieważną⁵⁸.

Obowiązek ustanowienia wspólnoty małżeńskiej i troski o jej rozwój jest istotnym obowiązkiem małżeńskim najczęściej wskazywanym w orzeczeniach Roty Rzymskiej. W latach 1983-1992 obowiązek ustanowienia wspólnoty małżeńskiej i troski o jej rozwój pojawił się w stu dwudziestu siedmiu wyrokach rotalnych⁵⁹.

W wyroku c. Funghini z 18 VII 1990 r., autor nawiązując do przypadku kobiety, u której stwierdzono anoreksję psychiczną stwierdza, że człowiek dotknięty neurotycznym przymusem nie jest zdolny do ważnego wyrażenia zgody małżeńskiej, gdyż nie byłby w stanie podjąć i wypełnić istotnych obowiązków małżeńskich, zwłaszcza ustanowienia wspólnoty życia, z powodu sugestywności, bądź impulsów, którym nie mógłby się oprzeć, bądź z racji niestałości. Ponens przytacza opinię biegłych, według których jednym z aspektów anoreksji jest fakt, że łączy się ona często z nerwicą lękowo-obsesyjną w ten sposób, że „normalny tok myśli jest zaburzony i niejako przez idee obsesyjne lub przymusowe, lub niepohamowane, albo zafiksowane, pozbawione – same w sobie – chorobliwych treści, ale nabierające znaczenia patologicznego, z racji ich niefortunnego i niemożliwego do przezwyciężenia charakteru, zatrzymania się w świadomości, gdzie – można by powiedzieć – gniazdują, z powodu ich mocnego obciążenia uczuciowego o zabarwieniu lękowym (...) polaryzując wszelką uwagę chorego, przez co kieruje jego postępowaniem wbrew jego własnej woli”⁶⁰. Audytor rotalny zwraca uwagę, że owe obsesyjne idee powstają często bez wyraźnej przyczyny, rosną do gigantycznych rozmiarów, zwielokrotniają się, nie dają spokoju, kończą się przybraniem nieodwracalnie obsesyjnego charakteru. Psychastenik sprzeciwił się z całych sił napadowi jakiegokolwiek obsesyjnej idei, ale jego wola prawie zawsze jej ulega, dlatego dokonuje czynów wbrew swej woli, a nawet wbrew silnym in-

⁵⁸ Por. F. Gil de Las Heras, *La incapacidad pars asumir las obligaciones esenciales del matrimonio*, „Ius canonicum” 27 (1987) s. 272; W. Góralski, *Poważny brak rozoznania oceniającego oraz niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095, nn. 2-3) w świetle wyroku Roty Rzymskiej z 23 II 1990 r. c. Bruno*, „Prawo Kanoniczne” 35 (1992) nr 3-4, s. 149.

⁵⁹ Zob. R. Sztynchmiller, *Istotne obowiązki małżeńskie...*, s. 438-439.

⁶⁰ Por. Dec. c. Funghini z 18 VII 1990 r., 82 (1990) s. 641.

stynktom⁶¹. Spostrzeżenia odnośnie zachowań obsesyjnych, obecnych u osób cierpiących na anoreksję potwierdza także B. Jaroszevska⁶².

Ponadto, wymieniony ponens zwraca uwagę na jeszcze inny aspekt anoreksji, a mianowicie na obsesyjne, absurdalne i nieumiarkowane owładnięcie rupofobią, czyli nadmiernym lękiem przed brudem. Anorektyk jest owładnięty lękiem przed przedmiotami, ponieważ mogą one splamić go, zarazić albo zatruć. Żyje zatem w terrorze brudu, a anankastyczne podłoże jego doświadczenia pozwala mu wierzyć, że jest stale zagrożony kontaktem z rzeczami brudnymi. Jest więc zmuszony do ciągłych zabiegów higienicznych, a w jego wnętrzu powstają w rzeczywistości nieczyste myśli i zagrażają mu niskie instynkty⁶³.

3. Zakończenie

Pozornie anoreksję można streścić wyłącznie jako odrzucenie pokarmu i chęć schudnięcia, gdyż w pozostałych sprawach osoba chora na tę przypadłość jest jasna, aktywna, swobodna i nie prezentuje wyraźnych symptomów zaburzenia umysłowego. Także relacje rodzinne wydają się na pierwszy rzut oka normalne. U podstaw stanu psychicznego osoby z anoreksją istnieje zawsze jakaś sytuacja konfliktowa, która ma swoje źródło przede wszystkim w poważnym zakłóceniu relacji uczuciowych, w szczególności ambiwalentna postawa wobec matki, połączona z lękiem utożsamienia się z jej obrazem, konfliktowe odrzucenie kobiecości związane z fobią zajścia w ciążę czy trudność w podjęciu autonomii i ról dorosłej osoby⁶⁴. Te i inne wymienione zaburzenia związane z anoreksją pozwalają wysnuć wnioski, że choroba ta, coraz częściej spotykana, może być uznana za przyczynę niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Należy jednak zawsze pamiętać, aby każdy przypadek traktować indywidualnie i zbyt łatwo nie ferować pochopnych wyroków.

⁶¹ Por. Tamże.

⁶² U. Jaroszevska, *Kliniczne i psychologiczne aspekty anorexia nervosa...*, s. 7-16.

⁶³ Por. Tamże, s. 641-642; J. Cymbała, *Istotne obowiązki małżeńskie...*, s. 296.

⁶⁴ Por. Dec. c. Funghini z 18 VII 1990 r., 82 (1990) s. 640-641; J. Cymbała, *Istotne obowiązki małżeńskie...*, s. 295.

The Influence of Anorexia (a Psychological Eating Disorder) on the Ability of a Person to Contract Marriage

In clinical practice, one can notice the increasing number of people (mostly girls and young women) who come to receive treatment on account of their anorexia. This is the result of an increasing number of patients who come for treatment and better medical knowledge of this subject. A psychological eating disorder can often be difficult to recognize. Very often this disorder is accompanied by depression, fear, or a disorder of the patient's personality. In addition, anorexia is often a symptom of a developing state of neurosis, or a very serious somatic illness which leads the body to destroy itself.

This article concerns the problem of the ability of a person who has succumbed to anorexia to contract a canonical marriage. The study begins with a consideration of Canon 1095 n. 3 of the code of Canon Law. Special attention has been given to the problem of entering into relations within the personal marital community, and also the welfare of any children and the spouses in the context of anorexia.

This article is intended to help in the legal processes undertaken by the Church's tribunals, to which comes the person who is suffering from psychological anorexia.