

dr Małgorzata Starzomska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Bóg w krzywym zwierciadle?
Duchowość osób z zaburzeniami odżywiania
na przykładzie fragmentów pamiętnika osoby z bulimią psychiczną

Moja dusza jest bardzo ciężka
Moje ciało boli od nadmiernej wagi
Chcę wolności
Nie udało się
Muszę spróbować trudno jeszcze raz

Christopher D. Keiper

Wprowadzenie

W ostatnich latach duchowość stała się tematem dyskusji klinicystów leczących zaburzenia odżywiania. Jednym z głównych powodów tego trendu była rosnąca liczba pacjentów, pytających o terapię, która byłaby zgodna z ich światopoglądem. Wydaje się, że ci pacjenci nie mogą po prostu pozostawić ich duchowego Ja za drzwiami, kiedy przekraczają próg gabinetu terapeuty. Życie duchowe jest dla wielu ludzi ważne dla rozumienia siebie i nieuwzględnianie tego aspektu w pomocy psychologicznej byłoby równoznaczne z ignorowaniem najgłębszych przekonań chorych. Warto jednak zadać pytanie, jaki zachodzi związek między zaburzeniem odżywiania a światem duchowych osoby nim dotkniętej? Czy ewentualny związek może zostać uwzględniony w terapii? Czy istnieją takie obszary duchowego świata jednostki, które mogą przyczynić się do zaburzenia odżywiania i utrzymać je? Jak religijny system jednostki może pomóc lub przeszkodzić w zdrowieniu z choroby? Niewątpliwie należy podkreślić, że korzystanie z zasobów jednostki w tej sferze, może pomóc w dużym stopniu w leczeniu tych chorób i z tego względu warto zgłębiać ten temat, jednak wyniki badań na temat związku między zaburzeniami odżywiania a religijnością nie są jednoznaczne.

1. Czy zniekształcona religijność może zaostrzać i utrzymywać zaburzenie odżywiania?

Chociaż prac na temat duchowości osób z zaburzeniami odżywiania jest stosunkowo niewiele, to problem niedoboru literatury pogarsza to, że do niedawna przeważały prace, w których tę grupę chorób, a zwłaszcza jadłowstręt psychiczny traktowało się jako współczesną formę motywowanych religijnie postów w okresie Średniowiecza. Franczyk (2014) pisze, że z 1717 badań na temat związku między duchowością/religią a zdrowiem psychicznym tylko 18 czyli 1% dotyczył związku między duchowością/religią a zaburzeniami odżywiania. Być może dlatego pojawiają się czasami niezbyt szczęśliwe skrót myślowe, które w dużym stopniu obniżają merytoryczną jakość debaty na temat religijności osób z tymi zaburzeniami. Warto wspomnieć na początku, że Bell (1985) używa określenia „święta anorexia”. Zwolennicy takiego podejścia podkreślają występującą u bardzo religijnych osób, w tym znanych postaci Kościoła (np. św. Katarzyny ze Sieny, św. Róża z Limy, czy Simone Weil) niechęć do ciała i motywowane miłością do Boga pragnienie odmowy jedzenia w celu uzyskania duchowej doskonałości. Nie sposób także wyliczyć wszystkich osób zmarłych w opinii świętości, które całe życie odmawiały sobie jedzenia (np. św. Jan Maria Vianney). Surowe reguły wielu zakonów klauzurowych przewidują okresowo ściśle posty, np. jeszcze do niedawna w Karmelu w okresie Wielkiego Postu nie spożywano śniadań. Nie można wykluczyć, że współcześnie niektóre bardzo religijne osoby mogą traktować intensywny post jako jeden ze sposobów wyrażenia swojej duchowości. Jednakże chociaż Vandereycken i Deth (1994) przyznają, że istnieje pewna analogia między dawnym postem motywowanym religijnie a współczesnym jadłowstrętem psychicznym, to jednak przyznają, że trudno doszukać się tych samych motywów podejmowania tych działań.

Buser i Woodford (2010) twierdzą, że podczas gdy badacze debatują nad etiologicznym podobieństwem między religijnym ascetyzmem i współczesnymi zaburzeniami odżywiania, literatura przedmiotu pokazuje, że dla pewnych osób przekonania religijne/duchowe służą jako sposób wyjaśniania i wzmacniania symptomów choroby. Warto mieć na uwadze, że osoba może odnosić korzyści z odmowy jedzenia, które z jej punktu widzenia mają charakter religijny, chociaż z punktu widzenia klinicysty czy też osoby duchownej takimi nie są. Osoba z zaburzeniem odżywiania może również posiadać schemat poznawczy, oparty na jej przekonaniach religijnych, wpływający za jej sposób odżywiania się. Osoba taka może nie podejmować leczenia, pomimo zagrożenia życia. Czasami osoba chora może postrzegać chorobę w kategoriach religijnych, a mianowicie jako środek do uzyskania doskonałości duchowej. Pojawia się wówczas konflikt, czy większe znaczenie mają religijne aspekty odmowy jedzenia czy zdrowienia z choroby. Niektórzy badacze dość odważnie podkreślają, że silna religijność zazwyczaj wiąże się z niską wagą ciała i jej nasilenie sprzyja odmowie jedzenia, a nawet stwierdzają, że wystąpienie jadłowstrętu psychicznego zmienia praktyki religijne, a mianowicie zamiast udziału w Komunii św. oraz uroczystościach religijnych, chorzy poświęcają czas przede wszystkim postom (Myers, 2014). Być może właśnie tymi sugestiami kierował się Garner, który ascetyzm, czyli celowe unikanie fizycznych przyjemności, uznał za jeden z ważnych przejawów zaburzeń odżywiania i zamieścił go jako jeden z ośmiu konstruktów mierzonych przez Eating Disorder Inventory (Garner, 2004). Warto jednak podkreślić, że

Habermas (2005) sugeruje, że chociaż intensywna religijność i jadłowstręt psychiczny nie muszą się wzajemnie wykluczać, wiele religijnych ascetów nie spełniało kryteriów DSM dla tej choroby.

2. Religijność zewnętrzna i wewnętrzna a zaburzenia odżywiania

Niewątpliwie ważna jest odpowiedź na pytanie, jaka religijność cechuje osoby z zaburzeniami odżywiania.

Jednym z często stosowanych podziałów postaw religijnych jest rozróżnianie religijności zewnętrznej i wewnętrznej. Osoby o zewnętrznej religijności raczej używają religii niż żyją nią. Biorą udział w praktykach religijnych w celu zrelaksowania się, oderwania od problemów, spotkań z ludźmi, podwyższenia statusu społecznego, czy zwiększenia poczucia bezpieczeństwa. Osoby takie często pragną być nienaganne moralnie, wręcz perfekcyjne i nierzadko w podobny sposób oceniają innych. Z kolei osoby z religijnością wewnętrzną to osoby, którzy żyją religią, a nie używają jej w celu osiągnięcia wewnętrznych lub zewnętrznych korzyści, nadaje ona sens ich życiu. Niewątpliwie to druga z wymienionych postaw wpływa na zdrowie psychiczne poprzez zwiększenie otwartości wobec ludzi, akceptację swojego ja i własnych błędów, wiarę w kochającego Boga, poddanie się Jego łasce. Ale czy tak jest również w przypadku zaburzeń odżywiania?

Smith, Richards i Maglio (2003) przebadali 129 zdrowych i 316 rozpoczynających terapię z powodu zaburzeń odżywiania kobiet i odkryli, że u kobiet z bulimią zewnętrzna religijność współwystępuje z zaburzeniami odżywiania, z kolei wewnętrzna religijność współwystępuje ze zdrowiem psychicznym. Celem badania, które przeprowadzili Castellini i współpracownicy (2014) była ocena, czy istnieje związek między psychopatologią zaburzeń odżywiania a dwoma typami religijności: wewnętrzną i zewnętrzną. Badacze przebadali 23 osoby z jadłowstrętem psychicznym, 10 osób z bulimią psychiczną i 39 osób z kompulsywnym przejadaniem się oraz 72 zdrowe osoby i wykazali, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania cechują wyższe poziomy religijności zewnętrznej i niższe poziomy religijności wewnętrznej w porównaniu ze zdrowymi osobami. Jednakże nie zaobserwowano żadnych istotnych statystycznie różnic pod względem orientacji religijnej między trzema podgrupami pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Autorzy wysunęli wniosek, że wewnętrzna religijność może stanowić czynnik chroniący przed zaburzeniami odżywiania, a czynnikiem ryzyka może być religijność zewnętrzna. Akrawi, Bartrop, Potters i Touyz (2015) wykonali metaanalizę piętnastu artykułów, które podejmowały temat związku między religijnością, duchowością i nieprawidłowym odżywianiem. Wyniki badań ukazane w sześciu artykułach świadczyły o pozytywnym związku, zaś wyniki badań przedstawione w czterech z artykułach, ujawniły związek negatywny, a w dwóch zaprezentowano dowody zarówno na związek pozytywny, jak i związek negatywny. W przypadku trzech badań nie dowiedziono związków w tym zakresie. Wyniki metaanalizy pokazały, że silne i zinternalizowane przekonania religijne, którym towarzyszyły: pełna poczucia bezpieczeństwa, ciepła i satysfakcjonująca, pozbawiona lęku relacja z Bogiem, wiązały się z niższymi poziomami psychopatologii zaburzeń odżywiania i zatroskania o wizerunek ciała. Osoby, które cechowała taka religijność, wyrażały szacunek do ciała, stworzonego przez Boga. Ponadto okazało się, że przekonania religijne pełnią u tych osób rolę strategii radzenia sobie z lękami poprzez modlitwę i lekturę materiałów, które poświęcone są afirmacji ciała. Z kolei powierzchowna wiara, której towarzyszyła pełna

niepewności i lęku relacja z Bogiem i którą cechowały praktyki religijne motywowane czynnikami społecznymi (status, akceptacja i poczucie bezpieczeństwa w grupie) wiązała się wyższymi poziomami psychopatologii dotyczącej zaburzeń odżywiania oraz zaburzonego obrazu ciała. Przekonaniom religijnym takich osób brakowało głębi. Poczucie zwątpienia w łagodność Boga łączyło się z przekonaniem, że Bóg przede wszystkim wymierza kary, co przekładało się na lęk i negatywne sposoby radzenia sobie ze stresem.

3. Jak osoby z zaburzeniami odżywiania postrzegają Boga i relację z Nim?

Blanch (2007) podkreśla, że nie tyle sama duchowość i religijność jest ważna w kontekście zaburzeń odżywiania, co sposób, w jaki dana osoba interpretuje swoją religijność i relację z Bogiem.

Kobiety z zaburzeniami jedzenia mają tendencję do silnych negatywnych przekonań o sobie i ich relacji z Bogiem (Susov, 2012). W zakresie sfery religijnej odczuwają one wstyd, czują się duchowo mało wartościowe. Czują się porzucone przez Boga i posiadają Jego zniekształcony obraz (Berrett, Hardman, O'Grady i Richards, 2008). Richards i współpracownicy (1997) również podkreślają, że osoby z zaburzeniami odżywiania mają negatywny obraz Boga, który, według nich, uważa je za grzeszne, mało wartościowe i posiadające defekty. Są przekonane, że Bóg ocenia je negatywnie i karze, a one nie zasługują na pomoc. Jest to relacja pełne lęku, poczucia winy i wstydu, z silnym poczuciem odrzucenia przez Boga. Autorzy twierdzą, że osoba z zaburzeniem odżywiania postrzega Boga tak jak postrzega swoich rodziców. Marsden, Karagianni i Morgan (2007) również podkreślają, że na zniekształcony obraz Boga nakłada się obraz rodziców. Osoba taka nie wierzy, że może być akceptowana i kochana, co wpływa na wzmocnienie choroby.

Skoro Bóg jest postrzegany przez chorą jako surowy sędzia, jaka jest metoda przeblagania go?

Marsden, Karagianni i Morgan (2007) przeprowadzili z dziesięcioma kobietami z zaburzeniami odżywiania pogłębione wywiady i zaobserwowali, że chociaż dla pewnych chorych choroba była swego rodzaju buntem przeciwko rodzinie i religii, dla innych badanych głodowanie było traktowane jako prośba do Boga o wybaczenie dawnych przewinień. Na początku choroby badane czuły, że głodowanie jest zgodne z wolą Boga, ale w miarę zdrowienia zaczęły rozumieć, że Bóg nie chce ich destrukcji. Z kolei Bennett, Sharpe, Freeman i Carson (2004) przebadali dziesięć kobiet (wyznających Chryścijaństwo lub Islam) z jadłowstrętem psychicznym, które nie wspominały o lęku przed wagą, a głodowanie traktowały jako przeprosiny Boga z grzech. Marsden, Karagianni i Morgan (2007) odkryli, że osoby z jadłowstrętem psychicznym postrzegają drastyczną dietę jako poświęcenie i ostateczną formę żalu, skruchy, traktują je jako rodzaj swoistego odkupienia za grzechy i pożałliwości. Można powiedzieć, że chore radzą sobie z poczuciem duchowej niepełnowartościowości wobec Boga za pomocą perfekcjonizmu, lecz niepowodzenia zwiększają poczucie wstydu i defektywności (Richards i in., 1997). Hardman, Berrett i Richards (2003) odkryli, że osoby z zaburzeniami odżywiania bardziej cenią kontrolę nad sobą, np. w postaci odmowy jedzenia niż oddanie jej Bogu, dążą do perfekcji, a unikają konfrontacji z własnymi słabościami w świetle wiary. Być może rozumieją perfekcję jako swego rodzaju spełnianie Jego oczekiwań. Baxter (2001) odkryła, że osoby z jadłowstrętem psychicznym opisują tę chorobę jako świętą, czystą i dobrą, z kolei bulimia psychiczna jest postrzegana jako zła pod względem moralnym. Banks (1992) przeprowadziła wywiad z kobietą o imieniu Jane, która wzrastała w bardzo restrykcyjnym religijnie domu,

a w wieku dorosłym prowadziła dziennik, w którym odnotowywała szczegóły swojej walki w jedzeniem i wagą. Dla Jane, jej dusza była odseparowana od złego ciała, od którego próbowała uciekać poprzez głodowanie. Morgan, Marsden i Lacey (2000) opisali historię czterech kobiet, które również rozumiały jedzenie w terminach religijnych i próbowały podporządkować ich ciała duszy poprzez ograniczenie spożywanego jedzenia.

4. Obraz Boga w świetle pamiętnika osoby z zaburzeniami odżywiania

Poniżej przedstawione zostanie kilka cytatów z pamiętnika kobiety z bulimią psychiczną, z krótkimi komentarzami autorki artykułu.

Wiarę autorki cechuje silne poczucie winy, pisze:

Niby jest dobrze. Trzymam się, ale nie czuję prawdziwego spokoju. Coś tu nie gra. Wciąż nie mogę poradzić sobie z poczuciem winy i z wyrzutami sumienia (...). Mam pretensję do Ciebie, że niby mi nie pomagasz, a przecież tyle wyrzekasz się, pozwalając mi na przyjmowanie Komunii... Przepraszam. Chyba szukam usprawiedliwienia na swoje niepowodzenia. Wiem, że wszystko zależy ode mnie, tylko ode mnie... A ja przecież się nienawidzę i nie ufam sobie. Jak to pogodzić? Jak wybaczyć sobie swoją winę?

W jej słowach widoczna jest nienawiść do swojego ciała:

Nienawidzę swojego ciała Brzydzę się nim, bo jest ono poniekąd przyczyną tego całego koszmaru.

oraz brak tolerancji dla swoich niepowodzeń:

Upadłam. Brzydzę się sobą. Dlaczego znów do tego dopuściłam?

Autorka zdaje sobie sprawę, że jej perfekcjonizm utrudnia zdrową relację z Bogiem, pisze:

W ogóle odnoszę wrażenie, że im bardziej się staram, im bardziej zbliżam się do Boga, tym mniej mi wychodzi.

Rozumie również, że ma problem z zaufaniem Bogu:

Tyle postanowień. Tyle podnoszenia się po upadku. I nic. Smutno mi. Dlaczego nie potrafię zaufać? Jak to zrobić? Jak oddać swoje życie tak do końca? Jeśli uwierzę naprawdę, On będzie ze mną. Jeśli uwierzę, choćbym umarła, żyć będę (...). Dla Boga nie ma rzeczy niemożliwych, ale czy ja potrafię zaufać? Muszę. Muszę to zrobić. Muszę przerosnąć siebie (...). Czas zadumy. Odnalezienia bliskości z cierpiącym na krzyżu... A we mnie jakiś niepokój, niepewność. Czyżbym nie była gotowa na zmiany? A może zbyt mało pokory na przyjęcie Bożego planu...

W gruncie rzeczy nie wierzy, że On potrafi jej pomóc

Pogubiłam się tak strasznie. Nie jestem w stanie normalnie funkcjonować. Nie jestem w stanie nic zrobić... Czuję się taka samotna. Tak bym chciała otrzymać pomoc, ale nie taką jednorazową na prośbę... taką nienymuszoną opiekę, żeby ktoś wziął mnie za rękę i zaprowadził do celu (...). Wszystko jednak wskazuje na to, że muszę to zrobić sama. Zupełnie sama. Nie radzę sobie z tym. Nie potrafię sobie zaufać. Nie mogę na sobie polegać. Więc jak samej zwyciężyć?! Wiem, że tak naprawdę nie jestem sama – zawsze jest przy mnie Bóg... Tylko, że ja nie potrafię z tego korzystać...

Autorka upatruje przyczynę trudnej relacji z Bogiem w swojej chorobie, pisze:

...Wiem też, że moja wiara jest strasznie słaba. Nie wiem, co mam robić. Nie wiem jak to wszystko zakończyć, jak odżyć na nowo, bo czuję, że tu w środku umarłam. Już dawno. Nie chcę być dla Ciebie ciężarem... Nie żyję naprawdę... Umieram powoli...

Czasami pojawia się obraz Boga miłosiernego:

Boże Miłosierdzie jest nieskończone. A Jan Paweł II będzie już chyba nam zawsze towarzyszył... Wierzę. Biorę krzyż i idę za Panem. Uda się.

Autorka ma świadomość ambiwalencji w relacji z Bogiem:

Ufam, ale jednocześnie pragnę tego, czego pragnę. Czy jest wyjście z tej konfrontacji? Ufam. Ufam. Ufam. Nienawidzę zawodzić (...). Chciałabym się otworzyć. Czuję Bożą pomoc. Tak bardzo jej potrzebowałam... ale cały czas się duszę.

Powyższe wypowiedzi znakomicie uzupełniają fragment listu autorki pamiętnika do księdza, który pokazuje główny jej konflikt wewnętrzny:

Proszę Księdza – jak mam się spowiadać, jeśli doskonale wiem, że nadal będę siebie nienawidzić, że nadal będą niedobre myśli i zachowania, a jednocześnie wiem, że przyczynia się do tego choroba. Nie potrafię przyjąć Komunii św., bo wciąż czuję się nieczysta, niegodna. I wszystko się nakręca jeszcze bardziej. Nie wiem, co mam robić i naprawdę czuję i widzę, że nie mam siły już walczyć, że to jest ponad, jest dużo silniejsze (...). Poczucie winy mnie zabija. Cokolwiek nie zrobię, na cokolwiek czy kogośkolwiek nie spojrzę czuję tylko poczucie winy (...).

Reasumując, w słowach autorki pamiętnika, widoczna jest bardzo trudna, pełna poczucia winy, smutku, braku zaufania relacja z Bogiem. Autorka słusznie poszukuje przyczyn takiej relacji w ciężkiej, przewlekłej chorobie. Zdaje sobie sprawy ze swojej kruchej wiary i czytając jej słowa, ma się wrażenie, jakby próbowała wzmocnić ją za pomocą dodających odwagi słów. Okazuje się jednak, że to za mało, aby zwyciężyć chorobę i towarzyszące jej poczucie winy. Zaskakuje błyskotliwa autodiagnoza autorki, stwierdzenia, które świadczą o nieumiejętności korzystania z miłosierdzia Boga i o blokadzie, która uniemożliwia jego przyjęcie, a która objawia się poczuciem duszenia się i martwoty. Być może słowa o miłosierdziu mają dodać jej odwagi, ale nie są w pełni zgodne z jej odczuciami wobec Boga, gdyż podkreśla ona, że zawodzi, że nie potrafi idealnie spełniać oczekiwań Boga. Wizerunek Boga w oczach autorki pamiętnika, chociaż w zamiarze autorki ma być pełen łagodności, bezwarunkowej miłości, miłosierdzia, jest zniekształcony, w rzeczywistości Bóg ukazany w pamiętniku ma ogromne wymagania, nie toleruje słabości, potknięć, błędów, nie daje wolności, „oddechu”, nie oczekuje miłości, a perfekcji. W rezultacie pozytywne słowa o Bogu brzmią trochę sztucznie, jakby miały ukryć inne zdanie autorki na ten temat. Zapewne cieniem na tej relacji kładzie się choroba i złe samopoczucie psychiczne, które jest widoczne w każdej wypowiedzi. Można odnieść wrażenie, że autorka znalazła się w świecie koszmaru, który czasem znika, czy staje się mniej przygnębiający, po czym powraca z tym większą siłą, nazwa, której używa autorka pamiętnika - „maraton uzależnienia”, pokazuje powagę sytuacji.

5. Implikacje terapeutyczne

Wyżej wymienione wypowiedzi autorki pamiętnika pokazują, jak bardzo osobie tej brakuje rzetelnej, skutecznej terapii. Jej trudna wiara, pretenduje mimo zawirowań do miana głębokiej, chociażby ze względu na pragnienie zbliżenia się do Boga. Z tego względu niewątpliwie dla tego typu chorych powinno się skonstruować programu terapii z komponentą duchową i, co napawa nadzieją, podejmowano już takie próby.

W ostatnich latach przeprowadzono liczne badania na temat skuteczności terapii zaburzeń odżywiania, respektującej duchowość pacjenta. Jacobs-Pilipski, Winzelberg, Wilfley, Bryson i Taylor (2005) po zbadaniu 255 kobiet z college'u, znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka zapadnięcia na zaburzenia odżywiania odkryli, że religijność może pomóc w radzeniu sobie z lękiem związanym z zniekształconym wizerunkiem ciała poprzez czytanie literatury religijnej, modlitwę i medytację, zaś brak wiary religijnej powoduje radzenie sobie poprzez angażowanie się z działania, odrywające uwagę od napawających lękiem myśli o jedzeniu i wyglądzie. Wyniki badania pokazały, że modlitwa jest bardziej skuteczną metodą radzenia sobie niż próba zapomnienia o problemie. W jednym z badań (Marsden, Karagianni i Morgan, 2007), w ramach którego przeprowadzono wywiady z dziesięcioma kobietami - Chrześcijkami, które wyzdrowiały z zaburzeń odżywiania, odkryto, że tematy takie, jak: zbawienie, czy duchowa dojrzałość, wpływają pozytywnie na motywację pacjentek do wyzdrowienia. Na początku leczenia negatywny obraz siebie był powszechny w tej grupie i oparty był bardziej na poczuciu winy niż na obrazie ciała. Leczenie było traktowane jak duchowe uzdrowienie, a niepowodzenie w leczeniu było równoznaczne z zagrożeniem wiary. W miarę postępów w leczeniu, przekonania religijne stawały się coraz bardziej dojrzałe, szczególnie duże znaczenie miała osobista modlitwa. W początkowej fazie leczenia Bóg był postrzegany jako autorytet, który rządzi ludźmi za pomocą dyscypliny, w tym kontekście jedzenie było traktowane jako niemoralne uleganie własnym pragnieniom. Modlitwa była traktowana jako rytuał albo nawet zachowanie obsesyjno-kompulsywne, które ma „odczynić” zło. Odmawianie jedzenia było traktowane jako pokuta. Część badanych traktowała pobyt w szpitalu jako wolę Boga, u innych wiara załamała się właśnie w tym okresie. Dojrzewanie podczas terapii polegało przede wszystkim na tym, że osoby w ostrej fazie choroby postrzegały samogłodzenie jako zgodne z wolą Boga, a w miarę zdrowienia, uważały je jako sprzeczne z Opatrznością, gdyż Bóg nie pragnie, aby człowiek niszczył swoje życie. Modlitwa połączona z terapią doprowadzała niektóre z badanych do poczucia, że ich wiara stała się bardziej dojrzała, jedna z badanych mówiła: *Moja relacja z Bogiem zmieniła się bardzo od kiedy jestem tutaj, na leczeniu, ponieważ moja relacja z ojcem uległa zmianie, istnieje o wiele więcej akceptacji teraz i o wiele mniej walki.... Przedtem po prostu oczekiwałam, że będę ukarana* (kobieta, lat 28, chora na bulimie psychiczną) (Marsden, Karagianni i Morgan, s. 7). Interwencje psychologiczne połączone z aspektami duchowymi (modlitwa, informacje o religijnych koncepcjach – np. poświęconych ludzkim cierpieniom i wadom, łasce Boga, spowiedzi), nawiązywanie do Biblii – religijna biblioterapia, zachęcanie do wybaczenia, zachęcanie do kontaktu z kapłanem w celu duchowej porady), mogą w dużym stopniu pomóc w wyzdrowieniu. Według autorów religijne i duchowe tematy są często splecione z patologią zaburzeń odżywiania i chociaż religijność, rozumiana w sposób zniekształcony, może mieć udział w zaostrzeniu i utrzymywaniu zaburzeń

odżywiania, duchowe zasoby i interwencje są często drogą do uleczenia pacjentów (Richards i in., 1997; Richards, Berrett, Hardman i Eggett, 2006). Badanie, które przeprowadzili Smith, Hardman, Richards i Fischer (2003) wykazało, że nasilenie się duchowego dobrostanu chorych podczas leczenia związane jest ze zdrowszymi postawami wobec jedzenia, polepszonym wizerunkiem własnego ciała, poprawą pod względem symptomów choroby i łagodniej przebiegającymi konfliktami interpersonalnymi.

Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania przynajmniej w przypadku niektórych chorych są ściśle związane z przeżyciami duchowymi. Chociaż temat religijności chorych nie pojawia się często w opracowaniach naukowych, informacje, które posiadamy, świadczą o konieczności podejmowania terapii uwzględniającej duchowość pacjentki. Fragmenty pamiętnika i fragment listu jednej z osób z bulimią psychiczną, którą poprzedził jadłowstręt psychiczny, pokazują, że bez takiej interwencji, choroba może okazać się błędnym kołem. Odczucia religijne, nawet te, które wydają się niezrozumiałe, przejawskrawione, zaskakujące, powinny być traktowane jako wartościowe zasoby i wykorzystane w celu skutecznej pomocy osobom z zaburzeniami odżywiania.

Chciałabym złożyć ogromne podziękowania dla Pani Magdaleny Krupy oraz założonego i kierowanego przez Nią Ogólnopolskiego Centrum Zaburzeń Odżywiania za udostępnienie pamiętnika osoby z zaburzeniami odżywiania.

Literatura:

- Akrawi D., Bartrop R., Potter U., Touyz S. (2015), Religiosity, spirituality in relation to disordered eating and body image concerns: A systematic review, *Journal of Eating Disorders*, 3(29), 1-24.
- Banks C.G. (1992), "Culture" in culture-bound syndromes: The case of anorexia nervosa, *Social Science and Medicine*, 34(8), 867-84.
- Baxter H. (2001), Religion and eating disorder, *European Eating Disorders Review*, 9(2), 137-139.
- Bell R.M., (1985). *Holy Anorexia*, Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Bennett D., Sharpe M., Freeman C., Carson A. (2004), Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana, *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 312-317.
- Berrett M., Hardman R., O'Grady K., Richards P. (2007), The role of spirituality in the treatment of trauma and eating disorders: Recommendations for clinical practice, *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 15(4), 373-389.
- Blanch A. (2007), Integrating religion and spirituality in mental health: The promise and the challenge, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 251-260.
- Buser J.K., Woodford M.S., *Eating Disorders and Religious/Spiritual Beliefs*, ACAPCD-35, 1010., strona internetowa dostępna pod adresem: <https://www.counseling.org/docs/default-source/library-archives/professional-counselor-digest/acapcd-35.pdf?sfvrsn=4>
- Castellini G., Zagaglioni A., Godini L., Monami F., Dini C., Faravelli C., Ricca V. (2014), Religion orientations and eating disorders, *Rivista di Psichiatria*, 49(3).

- Franczyk D., (2014), The role of spirituality/religion as a coping mechanism during treatment for disordered eating. A dissertation submitted to the faculty of the graduate school in candidacy for the degree of doctor of philosophy,
strona internetowa dostępna pod adresem:
http://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2260&context=luc_diss
- Garner D.M., (2004), *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Habermas T. (2005), On the uses of history in psychiatry: diagnostic implications for anorexia nervosa, *The International Journal of Eating Disorders*, 38 (2), 167-82.
- Hardman R., Berrett, M., Richards P. (2003), Spirituality and ten false beliefs and pursuits of women with eating disorders: Implications for counselors, *Counseling & Values*, 48(1), 67-78.
- Jacobs-Pilipski M., Winzelberg A., Wilfley D., Bryson S., Taylor C. (2005), Spirituality among young women at risk for eating disorders, *Eating Behaviors*, 6(4), 293-300.
- Keiper C.D., (2013), *The Complexity of Spirituality in Eating Disorders*,
strona internetowa dostępna pod adresem: <http://www.eatingdisorderhope.com/recovery/faith-and-spirituality/complexity-of-spirituality-in-eating-disorders>
- Marsden P., Karagianni E., Morgan J. F. (2007), Spirituality and clinical care in eating disorders: A qualitative study, *The International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 7-12.
- Morgan J.F., Marsden P., & Lacey J.H. (2000), "Spiritual starvation?": A case series concerning Christianity and eating disorders, *The International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 476-480.
- Myers L., (2014), Is anorexia a modern culture-bound disorder?, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://brainblogger.com/2014/09/03/is-anorexia-a-modern-culture-bound-disorder/>
- Richards P.S., Hardman R.K., Frost H.A., Berrett M.E., Clark-Sly J.B., Anderson D.K., (1997), Spiritual Issues and interventions in the treatment of Patients with Eating Disorders, *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 5 (4), 261-279.
- Richards P., Berrett M., Hardman R., Eggett D. (2006), Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients, *Eating Disorders*, 14(5), 401-415.
- Smith F., Hardman R., Richards P., Fischer L. (2003), Intrinsic religiousness and spiritual well-being as predictors of treatment outcome among women with eating disorders, *Eating Disorders*, 11(1), 15-26.
- Smith M., Richards P., Maglio C. (2003), Examining the relationship between religious orientation and eating disturbances, *Eating Behaviors*, 5(2), 171-180.
- Susov S.S. (2012), *The relationship between religious orientation, age, and eating disorder symptoms*. A thesis submitted to the faculty of Brigham Young University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Educational Specialist in School Psychology, strona internetowa dostępna pod adresem:
<http://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4156&context=etd>
- Vandereycken W., Deth R. (1994), *From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation*. Washington Square, NY: New York University Press.