

Małgorzata Starzomska

EGOSYNTONICZNOŚĆ JAKO PATOGNOMONICZNY OBJAW ANOREKSJI

EGOSYNTONICITY AS A PATHOGNOMONIC SYMPTOM OF ANOREXIA NERVOSA

Institut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Czesław Czabała

anorexia nervosa
egosyntonicity
identity, pros and cons of anorexia

Zdaniem autorki rozumienie anoreksji jako głębokiego zaburzenia tożsamości, polegającego na tym, że choroba staje się gwarantem jej istnienia, umożliwia klinicystom adekwatne rozumienie postawy osoby z anoreksją wobec choroby oraz jej silnego oporu przed leczeniem. Wobec tego rozważane są kryteria oceny zdolności do podejmowania decyzji oraz przymusowego leczenia tych chorych.

Summary: Anorexia is a serious mental disturbance, whose symptomatic feature is ego-syntonicity. It means that the afflicted person derives their sense of identity from it. The costs of the disorder are less outstanding for them than its advantages. Egosyntonicity influences the patients' attitude to their disorder and treatment considerably, and therefore also - the course of anorexia. Anorexics usually believe that they are healthy, or assume that anorexia is very attractive for them. Thus resistance to treatment is one of the most important problems, which clinicians treating anorexia nervosa must cope with. Heated debates have been held around the account of capacity and compulsory treatment in anorexic patients. They result mainly from the fact that the current conception of capacity, which is based on understanding and reasoning seems to be inadequate for patients with anorexia nervosa, for whom the disorder guarantees maintaining their sense of self. Therefore, it appears that identity should be considered as a relevant factor in the assessment of capacity of these patients, depending on how it affects their ability to make decisions.

Wprowadzenie

Anoreksja jest zaburzeniem psychicznym, które, obok bulimii, kompulsywnego przejadania się i otyłości zaliczane jest do zaburzeń odżywiania się. W DSM-IV-TR [1] uwzględnione są następujące cztery kryteria anoreksji: (a) odmowa utrzymania wagi ciała ponad minimum normalnej wagi dla danego wieku i wzrostu; (b) silny lęk przed przybieraniem na wadze lub przytyciem, nawet przy niedowadze; (c) zaburzenie percepcji swojej wagi, rozmiaru lub kształtu ciała — chora osoba może twierdzić, że czuje się gruba, nawet jeśli jest wychudzona; (d) zanik cykli menstruacyjnych znany pod nazwą amenorrhēi, a u mężczyzn utrata libido. Z kolei według dziesiątej rewizji *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych* znanej pod skróconą nazwą ICD-10 [2], anoreksję określa się jako jadłowstręt psychiczny, a poza kryteriami opisywanymi w DSM-IV-TR stwierdza się, że lęk przed otyłością i zniekształceniem sylwetki przybiera

w przypadku anoreksji postać natrętnej myśli (idei) nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu/standardu masy ciała.

Anoreksja jest uważana za chorobę przewlekłą [3], przy czym jej chroniczność według Almuta Zeecka i współautorów [4] dotyczy 10–20% chorych. Ponadto ma największy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych [5] — według najnowszych doniesień umiera od 4 do 20% chorych [6, 7, 8, 9, 10], w większości przypadków jest to śmierć przedwczesna [11]. Najczęstszą bezpośrednią przyczyną śmierci w przebiegu anoreksji są, będące następstwem wyniszczenia i towarzyszących mu zaburzeń elektrolitowych [10] i sercowo-naczyniowych [12]: zastoinowa niewydolność krążenia [13], bezobjawowy wysięk osierdziowy [14, 15] oraz zawał serca jako końcowy etap choroby wieńcowej serca [13].

Leczenie anoreksji wciąż stanowi wyzwanie dla klinicystów i badaczy [4], ponieważ osoby cierpiące na nią zaprzeczają temu, że są chore i dają temu wyraz poprzez silny opór wobec leczenia. Należy podkreślić, że zarówno „niewyczerpany optymizm” [16, s. 342], który cechuje osoby z anoreksją, pomimo znacznego wyniszczenia fizycznego, jak i zaprzeczanie istnieniu choroby [16], są uważane za „patognomoniczne” [16, s. 342, 345] (inne nazwy to: „patognomiczne”, „symptomatyczne”, „patognostyczne”, „znamienne”) objawy anoreksji, czyli objawy, których znalezienie u pacjenta często wystarcza do rozpoznania choroby [17].

Według coraz większej liczby badaczy i terapeutów optymizm graniczący z euforią, opór względem terapii, pragnienie skrajnej szczupłości [18], uporczywe dążenie do niej [3] oraz wychudzenie [19, 20] można wyjaśnić w ramach fenomenu egosyntoniczności anoreksji [3]. Polega on na tym, że choroba ta jest „potrzebna” (ang. „needed”) [21, s. 250] osobom, które na nią zapadły, i „nawiązuje [...] do odczucia pacjentów, że [...] stanowi [ona] część ich lub ich tożsamości” [16, s. 344; 22, s. 537; por. 22, s. 535, 539]; czasami wręcz mówi się o „integralnej części tożsamości” [23, s. 1755]. Niniejszy artykuł będzie poświęcony wybranym aspektom egosyntoniczności anoreksji. W sytuacji, gdy „jest bardzo trudno wypowiedzieć się obiektywnie na temat tego, co czuje osoba z anoreksją” [16, s. 345], analiza fenomenu egosyntoniczności anoreksji może bardzo pomóc w zrozumieniu zachowań osób z tą chorobą, nadal uważanych za bardzo zagadkowe [24, 25]. Jak twierdzi Michael Strober „Pierwsze wrażenie w kontakcie z anorektyczką to obraz wyraźny jak zarys nagiego szkieletu, życia tragicznie pozbawionego pasji, witalności i przygody, który przykuwa uwagę, lecz nie jest łatwy do zaakceptowania przez osobę z zewnątrz” [21, s. 247]. Pojawia się wówczas pytanie „Jak to możliwe, że ci, którzy cierpią na tę chorobę, »odrzucają« życie bez niej?” [21, s. 247].

Egosyntoniczność anoreksji jako cecha odróżniająca ją od innych zaburzeń psychicznych

Wielu autorów, podejmując tematykę anoreksji, zwraca uwagę na jej egosyntoniczność, traktując ją jako „główną cechę” [26, s. 190] i „charakterystyczny” [16, s. 344] lub nawet „fundamentalny” [27, s. 416] aspekt tej choroby. Zeeck i współautorzy stwierdzają, że „anorektyczna symptomatologia ma cechy egosyntoniczne” [4, s. 29]. Joanne Godley i współautorzy mówią o niezwyklej samonapędzającej się i egosyntonicznej naturze

anoreksji” [28, s. 282]. Z kolei Mandi Newton twierdzi, że „głęboko zakorzeniona w tej chorobie jest egosyntoniczna natura nadmiernej i nierealistycznej troski kobiety o kształt ciała i wagę, której towarzyszy wewnątrzpsychiczny konflikt co do tego, kim jest, kim powinna być, oraz co do społecznych oczekiwań wobec niej” [29, s. 172].

Niewątpliwie egosyntoniczność anoreksji odróżnia ją od innych zaburzeń psychicznych. Mary M.H. Lamoureux i Joan L. Bottorff, podkreślając, że anoreksję można nazwać metodą „ochrony ja” [30, s. 184], stwierdzają: „żadne inne zaburzenie psychiczne nie ma takiego charakteru” [30, s. 184]. Jednym z czynników, który wydaje się szczególnie utrudniać próby pomocy osobie z anoreksją i który odróżnia tę chorobę od wszystkich innych chorób (zarówno fizycznych, jak i psychicznych), jest to, że „system anorektyczny zapewnia sobie samemu silne wzmocnienie” [24, s. 63] — oznacza to, że dla osoby z anoreksją utrata wagi stanowi „jedyne źródło przyjemności” [24, s. 63], „jedyną gratyfikację” [24, s. 64] i „jedyną możliwą drogę do celu” [24, s. 64], przy czym nie chodzi tutaj o sukces w pewnej dziedzinie, ale o szczupłość jako „cel sam w sobie” [24, s. 64]. Jest on mierzony liczbą utraconych kilogramów i stanowi „bezpośrednie źródło pozytywnej informacji zwrotnej” [24, s. 64]. W tym kontekście zrozumiałe jest dlatego, pomimo znacznego wychudzenia, osoba z anoreksją nadal się odchudza.

Egosyntoniczność rozmyślań i rytuałów w anoreksji różni tę chorobę od egodystonicznych obsesji i kompulsji w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych (OCD) (należy dodać, że także bulimię określa się jako chorobę egodystoniczną; niewątpliwie osoba z bulimią ocenia swoją chorobę bardziej negatywnie niż osoba z anoreksją) [31]. Interesujące jest, że chociaż uporczywe myśli o jedzeniu i wadze u osób z anoreksją mogą nasuwać skojarzenie z fobiami, to jednak — inaczej niż w fobiach — pojawiają się one niekoniecznie wbrew woli chorych. Jak twierdzi Katherine A. Halmi i współpracownicy „te rozmyślenia [...] nie są uważane za bezsensowne. Pacjenci z anoreksją czują się zmuszeni kontynuować te rytuały i zachowania, pomimo że mogą one prowadzić do lęku. Jednakże nie są one uważane za niechciane” [32, s. 309]. Także Kelly M. Bemis [33] uważa, że anoreksja i fobia to odrębne zaburzenia. Różnica między nimi polega na tym, że lęk w fobii ma charakter irracjonalny i jako taki jest spostrzegany przez zaburzoną jednostkę, natomiast osoba z anoreksją nie zauważa irracjonalności swoich lęków i wysoce prawdopodobne jest, że nigdy nie uzna ich za absurdalne. Lęk dotyczący ciała, występujący u osób z anoreksją, jest bliższy pojęciu „idei nadwartościowej” (ang. „overvalued idea”) niż pojęciu „obsesji”, gdyż pacjent obawiając się otyłości, jednocześnie odczuwa do niej awersję, zatem anoreksja staje się do pewnego stopnia wyborem sposobu życia [33], podczas gdy w przypadku obsesji „lęk [...] skupia się na sytuacji bezsensownej lub sprzecznej z dominantą przeżyć chorego, stwarzając jakby autonomiczną niezależną od reszty psychiki całość” [34, s. 18]. Termin „idea nadwartościowa” przywołuje także Walter Vandereycken [16] w odniesieniu do anoreksji i zespołów urojeniowych, podkreślając, że o ile zaprzeczanie chorobie w zespołach urojeniowych można tłumaczyć brakiem wglądu, o tyle w przypadku anoreksji można je traktować jako przejaw idei nadwartościowej, jaką jest szczupłość (choć może się pojawiać anoreksja, która zbliża się objawami do zespołów urojeniowych).

Egosyntoniczność anoreksji odróżnia ją niewątpliwie od innych zaburzeń psychicznych także pod względem rozumienia procesu zdrowienia. Podczas gdy osoba z anoreksją „może siebie uważać za zdrową dopiero wówczas, gdy nie traktuje anoreksji jako części siebie”

[30, s. 183], „wyzdrowienie z innych chorób psychicznych (na przykład: schizofrenii, dużej depresji, zaburzeń lękowych), opisywane jest jako proces odkrywania na nowo poczucia ja [...]. To odkrywanie obejmuje uznanie choroby psychicznej jako części własnego ja — tożsamości” [30, s. 183].

Wybrane aspekty egosyntoniczności anoreksji

Egosyntoniczność anoreksji a tożsamość osoby z anoreksją

Egosyntoniczność choroby oznacza, że nie stoi ona w sprzeczności z „ja”. Dla osób z anoreksją ich choroba jest „nieodłącznie związana z ich poczuciem tożsamości” [30, s. 175] i odwrotnie: „tożsamość pacjenta jest spleciona z jego chorobą” [23, s. 1755]; można powiedzieć, że osoba z anoreksją postrzegając siebie jedynie przez pryzmat choroby, łączy swoją tożsamość z tą chorobą [35, s. 49]. Taki związek oznacza przede wszystkim poczucie, że anoreksja może pomóc w określeniu własnej tożsamości i wynika prawdopodobnie z tego, że ograniczanie kalorii jest jedną z niewielu rzeczy lub wręcz jedyną rzeczą w życiu osoby chorej, w której czuje się ona „dobra” [30, s. 175]. Świadczy o tym następujące zdanie jednej z chorych kobiet przytaczane przez Lamoureaux i Bottorff: „Moją jedyną tożsamością są stopnie i moje ciało” [30, s. 175].

Badacze przytaczają bardzo wiele przykładów pojmowania anoreksji jako choroby zgodnej z tożsamością lub zastępującej dawną — według osoby chorej fałszywą — tożsamość. Jedną z pacjentek opisywaną przez Alessandrę Lemmę-Wright [24] — Debbie — „definiowała swoje ja poprzez decyzję ograniczania jedzenia [...] cieszyła się widząc swoje kości — im bardziej były widoczne, tym mocniej odczuwała, że staje się bliższa swojej autentycznej tożsamości” [24, s. 39]. Badaczka przytacza także za Sheilą McLeod następujące zdanie osoby z anoreksją: „Kiedy spoglądałam w lustro, widziałam kogoś pięknego; widziałam siebie... Im wyraźniejszy był zarys mojego szkieletu, tym bardziej czułam, że wyłania się moje prawdziwe ja... Bez anoreksji byłabym »nikim«” [24, s. 40]. Inna pacjentka opisywana przez Cynthię M. Bulik i Kennetha S. Kendlera przyznała, że od dwudziestu lat „jej tożsamość jest tożsamością osoby z zaburzeniem jedzenia” [23, s. 1757]. Twierdziła, że „życie bez zaburzenia jedzenia byłoby życiem bez tożsamości” [23, s. 1757], a gdy zauważyła poprawę — wracała do intensywnego odchudzania się, aby „zrekonstruować tożsamość” [23, s. 1758]. Na pytanie terapeuty: „Jeśli twoja anoreksja nagle znikłaby w magiczny sposób, co by się zmieniło?”, jedna z chorych kobiet odpowiedziała: „Wszystko. Moja osobowość byłaby inna. Jestem przekonana, że jest ona jakby wielką częścią mnie i — nie sądzę, abym mogła się jej kiedykolwiek pozbyć” [22, s. 542; 36, s. 702]. Na podobne pytanie: „Co by się stało, gdybyś za pomocą czarodziejskiej różdżki mogła raz na zawsze zapomnieć o anoreksji?”, inna pacjentka odpowiedziała: „Nie mogłabym”, po czym wyjaśniła: „Ponieważ to jest moja tożsamość” [22, s. 539]. Jedną z pacjentek opisywaną przez Jacintę O. A. Tan i współpracowników [22, s. 539] porównała swoje życie z anoreksją do sytuacji ukazanej w filmie „Uwierz w ducha”, kiedy to w ciało medium, granego przez Whoopi Goldberg, wchodził duch i przejmował nad nim kontrolę, podobnie jak aktor pociągając za sznurki steruje lalkami [22]. Zatem, jak twierdzi Lemmę-Wright, dla osoby z anoreksją choroba lub jej brak oznacza dosłownie „być albo nie być” [24, s. 88], ponieważ to ona „pomaga jej ochronić poczucie »ja«” [24, s. 89; por.

30]. Jedna z pacjentek opisywanych przez Tan i współpracowników [22] stwierdziła, że tylko wówczas zmieniałaby swoje podejście do choroby, gdyby udało się zmienić typ osoby, którą pragnie być, ale to jest prawdopodobnie niemożliwe.

Należy zadać pytanie, dlaczego anoreksja jest tak silnie związana z tożsamością, a przez to jest chorobą tak bardzo egosyntoniczną? Tan i współautorzy [22] twierdzą, że anoreksja pojawia się jako specyficzna reakcja na kryzys tożsamościowy w okresie adolescencji, a ukształtowana „anorektyczna osobowość” [22, s. 544] staje się ucieczką od niskiej samooceny i niepewności, która pojawia się w tym okresie życia. Z kolei Lamoureux i Bottorff uważają, że choroba ta jest „nieświadomie traktowana jako sposób radzenia sobie z wymaganiami, jakie niesie z sobą życie, lub trudnościami związanymi z dojrzewaniem” [30, s. 184]. Według Ilony Wojciechowskiej media nierzadko odpowiadają za znajdowanie rozwiązania kryzysu w okresie adolescencji w anoreksji, a mianowicie promując piękno i smukłość ciała, proponują osobom podatnym na anoreksję „gotową tożsamość” [37, s. 96], łączącą się ze szczupłym ciałem (inne nazwy określające ten typ tożsamości to: „tożsamość nadana” [37, s. 97], „tożsamość anorektyczna” [37, s. 92], „tożsamość medialna” [37, s. 96], „tożsamość nieadaptacyjna” [37, s. 92]). Poza „gotową tożsamością” [37, s. 96], może być w reakcji na kryzys tożsamości wybrana tożsamość negatywna określana zdaniem: „Jestem osobą chorą z podstawowym narzędziem radzenia sobie: z anoreksją” [38, s. 153], ale w obu opisanych powyżej wypadkach konsekwencją nieadaptacyjnych prób rozwiązywania zadań rozwojowych jest anoreksja jako tożsamość lub jej znaczna część.

Egosyntoniczność anoreksji jako spostrzeżenie płynących z niej korzyści

Egosyntoniczność anoreksji oznacza, że choroba ta zapewnia osobom, które na nią zapadły, wymierne korzyści (rozumiane jako subiektywne odczucie), jednak pociąga ona za sobą także negatywne konsekwencje. Chociaż niektórzy badacze anoreksji podkreślają, że osoby cierpiące na tę chorobę koncentrują się wyłącznie na korzyściach z niej wynikających, jednak wszystkie teorie, które dotyczą tego problemu można podzielić na trzy grupy, a mianowicie: koncepcje koncentrujące się na korzyściach czerpanych z anoreksji, koncepcje podkreślające zarówno korzyści, jak i koszty tej choroby, oraz koncepcje analizujące — poza korzyściami z anoreksji i jej kosztami — te jej aspekty, do których osoba chora ma ambiwalentny stosunek. Poniżej zostanie omówiona każda z tych koncepcji.

Do pierwszej grupy teorii akcentujących dobre strony anoreksji w percepcji chorych, można zaliczyć ujęcie Lemmy-Wright [24]. Według niej, anoreksja zapewnia osobie chorej poczucie autonomii i odniesionego sukcesu wynikające przede wszystkim ze zwiększonej kontroli nad swoim ciałem [por. 4]. Osoba taka jest przekonana, że znalazła sposób na życie; ponadto anoreksja zapewnia jej poczucie wartości oraz przekonanie o własnej wyjątkowości. Shulamit Blank i Yael Latzer tłumaczą w następujący sposób przyczyny poczucia wyjątkowości: „Wiele osób z anoreksją jest przekonanych, że poprzez bycie bardzo szczupłym należą do elitarnej grupy składającej się z modelek, aktorek i księżniczek [...]. To przekonanie jest wzbudzane i wzmacniane przez media, które nieustannie atakują podatnych na wpływ adolescentów informacją, że szczupłość jest ekwiwalentem piękna” [35, s. 49]. Chociaż identyfikacja z wyżej wymienioną grupą zaspokaja potrzebę

afiliacji u osoby z anoreksją, jednak niewątpliwie „nasila problem i przyczynia się do jego egosyntonicznego charakteru” [35, s. 49].

Z kolei według Strobera osoba z anoreksją poprzez „codzienny reżim głodowania, diety, ćwiczeń i związanych z jedzeniem rytuałów” [21, s. 250], które stanowią „monotonną, lecz uspokajającą rutynę” [21, s. 250], w ramach której wszystko jest „znośne i znajome” [21, s. 250], zmniejsza napięcie psychiczne oraz doprowadza to stanu psychicznej ulgi (określanego przez badacza jako „marginalne komforty”) (ang. „marginal comforts”) [21, s. 249]. Warto zacytować w tym miejscu zdanie osoby z anoreksją przytaczane przez Tan i współpracowników: „kiedy traçałam na wadze, czułam coś, co sprawiało, że odczuwałam komfort” [36, s. 702]. Zatem zachowania, postrzegane przez klinicystów jako patologiczne, „dla osoby chorej są uspokajające, dowodzą sukcesu nad głodem, lękami psychoseksualnymi i potrzebami fizycznymi, co podnosi jej poczucie wartości” [21, s. 250]. Można powiedzieć, że „tajemnica anoreksji polega na tym, że jej symptomy, które upośledzają życie psychiczne i organizm, jednocześnie łagodzą cierpienie psychiczne” [21, s. 250].

Komfort i poczucie wyjątkowości oraz sukcesu to nie jedyne korzyści, jakie wydaje się czerpać osoba z anoreksją ze swojej choroby. Jeden z pionierów naukowych badań nad anoreksją — Ernest C. Lasegue — był zaskoczony „stanem spokoju” u osób z tą chorobą [za: 16, s. 341] oraz ich „niewyczerpanym optymizmem” [za: 16, s. 341, 342], a Vandereycken, za Grace Nicole, mówi także o „specyficznym stanie euforii” i „chorobliwej energii i uporze” [16, s. 342]. Kelly B. Vitousek i Linda S. Ewald opisują pacjentów z anoreksją jako „zachwyconych, natchnionych, triumfujących, dumnych i pewnych swojej siły” [za: 39, s. 178]. W tym kontekście zrozumiałe jest, że kiedy osobie z anoreksją zwróci się uwagę na jej wychudzenie, odpowiada: „Nigdy nie czułam się tak dobrze” [16, s. 342]. Nie powinna też zaskakiwać następująca wypowiedź pacjentki z anoreksją na temat jej choroby: „To straszne, ale jest ona najważniejszą rzeczą w moim życiu... Jest o wiele ważniejsza niż relacje z ludźmi, uniwersytet czy praca... gdybym miała wybierać, porzuciłabym uniwersytet i cały czas poświęciłabym dążeniu do szczupłości. Nawet teraz, gdyby dano mi możliwość powrotu na uniwersytet pod warunkiem przybrania na wadze, powiedziałabym: nie” [36, s. 702, por. 40].

Warto dodać w tym miejscu, że Barbara Józefik i Grzegorz Iniewicz [40], omawiając rodzinne mechanizmy podtrzymujące anoreksję, wymieniają następujące „korzyści” z choroby [s. 1289], będące „wewnętrznymi wzmocnieniami” dla pacjenta i sprawiające, że „powrót do zdrowia wiąże się ze stratą” [s. 1289]:

- okazywanie troski i miłości przez rodziców;
- poczucie wpływu na zachowania członków rodziny (na przykład: zmiana stylu odżywiania się całej rodziny, ograniczenie przez rodziców czasu poświęcanego pracy zawodowej);
- ograniczenie konfliktów, wyrażające się w staraniach rodziców, aby unikać nieprzyjemnych dla chorego dziecka tematów;
- rozwiązanie rywalizacji z rodzeństwem: chore dziecko staje się dla rodziców najważniejsze, a jego pragnienia traktowane są priorytetowo;
- zmiana relacji w poszerzonej rodzinie, na przykład zakończenie okresu wrogości między rodzicami pacjenta a dziadkami, nawiązanie zerwanych kontaktów z ojcem;
- ograniczenie wymagań rodziców dotyczących szkoły [40].

Do drugiej grupy teorii — analizujących zarówno korzyści, jakie osoba z anoreksją może odnosić z choroby, jak i jej koszty — należy zaliczyć teorię „rachunku zysków i strat” [16, s. 351] w przebiegu anoreksji, przy czym zyski określa się jako tak zwane argumenty „za anoreksją” (ang. „pros of anorexia”) [27, s. 416] lub pozytywne jej aspekty, czyli omawiane szeroko w niniejszym artykule aspekty egosyntoniczne [por. 20], a straty — jako argumenty „przeciw anoreksji” (ang. „cons of anorexia”) [27, s. 416] lub negatywne jej aspekty; Elizabeth Rieger i Stephen Touyz stosują dla określenia tych negatywnych stron anoreksji termin „aspekty obce ego” (ang. „ego-alien aspects”) [20, s. 269, 273] lub nazywają je „awersyjnymi aspektami anoreksji” [20, s. 273]. Dla określenia tych dwóch biegunów oceny anoreksji używa się także sformułowań: „anoreksja jako przyjaciel”, „anoreksja jako wróg” [5, s. 33; 16, s. 351; 39, s. 177], wprowadzonych przez Lucy Serpell i współpracowników [39, por. 27], którzy zastosowali w terapii osób z anoreksją metodę pisania listów do anoreksji jako przyjaciela i anoreksji jako wroga. Vandereycken [16], obok korzyści, jakie daje osobie z anoreksją choroba (poczucie bycia chronionym przez chorobę, poczucie kontroli i atrakcyjności, poczucie bycia kimś wyjątkowym, unikanie niekomfortowych emocji), wylicza także jej koszty (ruminacje na temat jedzenia, poczucie bycia owładniętym przez te myśli i chorobę, zaburzone relacje z ludźmi). Z kolei Serpell i współpracownicy wśród korzyści, jakie daje anoreksja, wymieniają: poczucie, że choroba jest „opiekunem” [27, s. 418], poczucie bezpieczeństwa, stabilności i „porządkowania” życia [27, s. 422, por. 40], poczucie kontroli [por. 40], poczucie atrakcyjności i wyjątkowości, większą sprawność fizyczną, większe zaufanie w kontaktach z ludźmi, wyrażanie poprzez chorobę oraz łagodzenie nieprzyjemnych emocji [por. 39], na przykład złości [por. 40], uniknięcie dolegliwości fizycznych związanych z menstruacją. Natomiast wśród kosztów choroby wymieniają: jej negatywny wpływ na relacje społeczne, emocje (nieumiejętność ekspresji emocji, poczucie, że choroba „dusi naturalne emocje”) [27, s. 424], konsekwencje medyczne, ruminacje na temat jedzenia, poczucie, że jest się owładniętym przez chorobę, która „udaje” przyjaciela [27, s. 418], a w rzeczywistości jest wrogiem: kontroluje życie i pochłania cały czas, obniżony nastrój połączony z poczuciem izolacji („odcienienia”) [27, s. 422], co powoduje, że osoba chora czuje się jak w „pułapce” [27, s. 422], krzywdzenie innych połączone z poczuciem winy, zwłaszcza bliskich.

Osoby z anoreksją wymieniając jej koszty, wyrażają pragnienie, aby „poszła sobie” [27, s. 418] i „zostawiła ich w spokoju” [27, s. 418]. Wydaje się, że personalizacja (uosabianie) anoreksji jest bardzo częstym fenomenem u osób chorujących na nią i została dokładnie zanalizowana i opisana przez badaczy. Serpell i współpracownicy [27], przeprowadzając analizę czynnikową wyników surowych uzyskanych po zbadaniu 233 kobiet z anoreksją za pomocą narzędzia Pros and Cons of Anorexia Nervosa (P-CAN) o zadowalającej trafności i rzetelności [39] (składającego się z 10 skal „za anoreksją” i 10 skal „przeciw anoreksji”), otrzymali istotnie większą liczbę nowych skal (czynników) „proanorektycznych” w porównaniu z czynnikami „przeciwanoanorektycznymi” (6 vs. 4), co potwierdza „egosyntoniczną naturę anoreksji w sensie postrzegania jej przez osoby chore” [27, s. 417].

Inne podejście (trzecia grupa teorii), jeśli chodzi o stosunek osób z anoreksją do swojej choroby, zostało opisane przez Rieger i Touyza [20]. Przeprowadzona przez nich czynnikowa analiza surowych wyników, uzyskanych za pomocą The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ), wykazała u chorych trójczynnikową strukturę

motywacji do zmiany. Badacze ci wykazali, że symptomy anoreksji są postrzegane przez osoby chorujące na nią jako egosyntoniczne (według autorów „wychudzenie zajmuje szczególnie uprzywilejowaną pozycję pod względem egosyntonicznego statusu”) [20, s. 273], stresujące (problemy interpersonalne i emocjonalne) oraz ambiwalentne. Co do tego ostatniego czynnika wykazano, że zachowania związane z jedzeniem i kontrolą wagi są doświadczane przez osoby z anoreksją zarówno jako pozytywne (na przykład ćwiczenia fizyczne), jak i negatywne (na przykład przeczyszczanie się). Z kolei w zakresie osobowości, perfekcjonizm jest doświadczany pozytywnie, natomiast niska samoocena — negatywnie. W podsumowaniu uzyskanych wyników, badacze stwierdzili: „motywacja do zmiany zmienia się w zależności od tego, jak pacjent postrzega symptomy (pozytywnie, negatywnie czy ambiwalentnie)” [20, s. 274].

Egosyntoniczność anoreksji a zaprzeczanie chorobie i postawy wobec jej leczenia

Według niektórych badaczy, o postawie osób z anoreksją wobec leczenia może decydować egosyntoniczność tej choroby. Jak twierdzą Vitousek i współpracownicy „Wśród klinicystów dominuje interpretowanie zaprzeczania chorobie i oporu w anoreksji jako świadomych prób zachowania egosyntonicznej symptomatologii” [41, s. 392]. Podobnie według Jennifer L. Couturier i Jamesa Locka „zaprzeczanie symptomom może być próbą uniknięcia oferowanego leczenia i ochroną choroby” [42, s. 426]. Lasegue [za: 16] uważał, że pacjent z anoreksją nie tylko nie bierze pod uwagę perspektywy wyzdrowienia, ale wręcz zadowala go jego stan, niezależnie od nieprzyjemnych jego aspektów [16] aż do poczucia, że jest się zdrowym, co widoczne jest w następującej wypowiedzi osoby z anoreksją: „Nie cierpię, a więc nie mogę być chora” [16, s. 341]. Zatem już sama diagnoza anoreksji jest bardzo trudna, ponieważ w rezultacie jej egosyntoniczności „pacjenci mogą zaprzeczać chorobie” [43, s. 618]. Według Vandereyckena „egosyntoniczność anoreksji może odpowiadać za zaprzeczanie chorobie oraz trudności pacjentów z akceptacją leczenia” [16, s. 344]. Także Tan i współpracownicy twierdzą, że „jednym z aspektów anoreksji, który może odpowiadać za problemy pacjentów z akceptacją leczenia, jest fenomen nazywany »egosyntonicznością«” [22, s. 537]. Należy dodać, że według Vandereyckena „zaprzeczanie istnieniu choroby jest [...] często uważane za »typowe«, jeśli nie symptomatyczne” [16, s. 345], i jest wliczane do kryteriów diagnostycznych DSM-IV-TR jako trzecie z kolei kryterium C [1, 3, 16]. Warto nadmienić, że — obok zaprzeczania chorobie — osoba z anoreksją zaprzecza „szczupłości, głodowi, zmęczeniu” [16, s. 342] i wykazuje brak troski o stan zdrowia [16], nawet w sytuacji bezpośredniego zagrożenia śmiercią [24]. Warto też dodać w tym miejscu, że nierzadko osoby z anoreksją skarżą się na niezwiązane bezpośrednio z anoreksją dolegliwości fizyczne [44]. Pomimo że nie zawsze chora osoba patrzy tak pozytywnie na swoją chorobę — a „motywacja do zmiany w anoreksji, do pewnego stopnia podlega fluktuacji w zależności od tego, czy jej symptomy są doświadczane jako egosyntoniczne, ambiwalentne czy stresujące” [20, s. 274] — „ciężki przebieg anoreksji [...] wydaje się związany z jej korzyściami, a nie z kosztami. To oznacza, że ciężko chorzy pacjenci z anoreksją mogą bardziej aprobować pozytywne aspekty ich choroby” [27, s. 427–428]. Niewątpliwie „osoby z anoreksją przejawiają wysoki poziom niepokoju w związku z perspektywą utraty postrzeganych przez nie korzyści ich egosyntonicznych

symptomów” [45, s. 208], znalazły przecież po poszukiwaniach sensu życia „rozwiązanie, które w sobie właściwy patologiczny sposób, pracuje dla nich” [24, s. 65]. Warto podkreślić, że postrzeganie przez osoby chore korzyści, jakie zapewnia anoreksja, nie zmienia się znacząco nawet w późnych stadiach choroby, gdy organizm jest już nierzadko bardzo wyniszczony [46, s. 25], co spowodowane jest tym, że szczególną wartość ma dla nich wychudzenie, doświadczane — jak już wspomniano w niniejszym artykule — jako najbardziej egosyntoniczne, i to głównie ono odpowiada za niski poziom ich motywacji do zmiany [20], określanej jako „amotywacja” [16, s. 350]. Problem braku motywacji u osób z anoreksją pojawia się w najwcześniejszych opisach tej choroby [45]. Niewątpliwie wszystkie te czynniki sprawiają, że osoby z anoreksją „mają reputację trudnych do »leczenia«¹ lub do »pomocy«” [24, s. 62], ze słabą wolą do współpracy oraz bardzo wysokim wskaźnikiem wypadania z terapii [4, 45]. Anoreksja wciąż stanowi „ogromne wyzwanie dla tych, którzy próbują ją leczyć” [24, s. 62], czyli „dla klinicystów i badaczy” [4, s. 29]. Strober stwierdza, że w przypadku anoreksji, doświadczenia terapeutyczne są szczególnie negatywne, ponieważ choroba ta jest „irytująco egosyntoniczna” [21, s. 245, por. 31]; w najlepszym razie pacjenci „przejawiają silną ambiwalencję w stosunku do leczenia i przyrostu wagi” [4, s. 29]. Terapeuci są często bardzo zniechęceni tym, że pacjenci są przeciwni zmianie [21] lub wykazują brak motywacji do niej [31], nie wspominając już o „paralizującym przeciwp przeniesieniu” [21, s. 246], jakie stanowi nieodłączny element leczenia anoreksji. Według badaczy „leczenie anoreksji jest wyjątkowo skomplikowane — uciążliwe, wymaga dużo sił” [21, s. 245] i trwa bardzo długo. Alarmująco brzmią wyniki badań Rieger i Touyza [20] dotyczące gotowości hospitalizowanych z powodu anoreksji pacjentów do wyzdrowienia, a mianowicie wykazali oni, że 85% osób z anoreksją leczonych w szpitalach nie jest przygotowanych do takiej zmiany podczas przyjęcia do szpitala, a po 12 tygodniach wskaźnik braku gotowości do niej jest nadal bardzo wysoki i wynosi 66% [20].

Niewątpliwie, świadomość klinicystów, że to egosyntoniczna natura anoreksji odpowiada za niepowodzenia terapii, umożliwia takie zaplanowanie leczenia, aby można było przepracować ten, jak się wydaje, „antyterapeutyczny” aspekt anoreksji. Według Zeecka i współpracowników „jednym z głównych celów leczenia jest zaangażowanie pacjentów [z anoreksją] w proces psychoterapeutyczny oraz utrzymanie ich w nim” [4, s. 29], a właśnie egosyntoniczność „jest uważana przez badaczy i klinicystów za aspekt istotnie wpływający na zaangażowanie w leczenie” [22, s. 537]. Zatem wydaje się, że „przepracowanie egosyntonicznych elementów choroby jest zasadniczym zadaniem terapii” [27, s. 428]. Mając świadomość znaczenia choroby dla osób z anoreksją, terapeuci proponują „podejścia terapeutyczne zwiększające motywację tych pacjentów do leczenia” [22, s. 537]. Bardzo ważnym etapem w terapii osób z anoreksją jest ocena ich gotowości do zmiany [46]. Marten Vansteenkiste i współpracownicy [45], opisując transteoretyczny model zmiany [47] w odniesieniu do anoreksji, wyróżnili pięć etapów jej terapii: stadium prekontemplacji — negatywnego podejścia do zmiany; stadium kontemplacji — analizy stopnia motywacji do zmiany (oszacowanie argumentów „za zmianą” i „przeciw zmianie”), przy czym dla określenia stopnia gotowości do zmiany używa się terminu: „równowaga decyzyjna” [46,

¹ Lemma-Wright [24] jako przedstawicielka ujęcia egzystencjalnego anoreksji ujmuje w cudzysłów terminy dotyczące leczenia anoreksji.

s. 25; por. 48] lub „równowaga motywacyjna” [31, s. 168]; stadium przygotowania do zmiany (gotowość do zmiany); stadium zmiany i stadium konsolidacji zmiany [45].

Warto dodać, że egosyntoniczność anoreksji i zaprzeczanie chorobie, oraz „udawanie dobrego stanu zdrowia” [16, s. 348] przez chore osoby, znacząco wpływają na uzyskiwane przez nie wyniki testów psychologicznych. Dotyczy to między innymi takich testów, jak: Eating Disorder Examination (EDE) [42], Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorder Inventory (EDI) [16]. Z powyższego względu odpowiednie w przypadku osób z anoreksją wydaje się: narzędzie badające stopień wglądu w chorobę: Schedule for Assessment of Insight into Illness. Ponadto użyteczne są następujące narzędzia oceniające motywację do zmiany: Readiness and Motivation Interview (RMI), Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ), Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder (MSCARED), Attitudes towards Change in Eating Disorders (ACTA), oraz narzędzia zawierające skalę „zaprzeczanie chorobie”, na przykład: Goldberg Anorectic Attitudes Scale czy Self-Disclosure Index (SDI), lub skalę „kłamstwa”, na przykład Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) czy Eysenck Personality Inventory (EPI) [16]. Należy zadać w tym miejscu pytanie: Skoro narzędzia do badania zaburzeń jedzenia nie zawsze pomagają zdiagnozować chorobę, to jak wielki trud musi włożyć klinicysta w rozpoznanie anoreksji, gdy zakłopotanie chorego w sytuacji kontaktu „twarzą w twarz” może intensyfikować zaprzeczanie chorobie?

Egosyntoniczność anoreksji a dylemat przymusowego leczenia osób z tą chorobą

Chociaż anoreksja jest ciężkim zaburzeniem psychicznym i bezpośrednio zagraża życiu pacjenta, to jednak począwszy od 1990 roku Mental Health Act, uznając ją za chorobę, która nie spełnia kryteriów psychozy, dopuszcza przymusową hospitalizację chorego maksymalnie przez trzy dni, w sytuacji poważnego zaburzenia funkcjonowania lub bezpośredniego zagrożenia dla życia [49, 50, 51]. Powyższe stwierdzenia Mental Health Act na temat niepsychotycznego charakteru zaburzenia, jakim jest anoreksja, i w związku z tym zakaz przymusowego leczenia osób z tą chorobą (powyżej trzech dni) dzielą badaczy. Wybitna badaczka anoreksji Hilde Bruch [za: 16] uważa, że powinna być ona uznana za psychozę ze względu na zaburzony obraz ciała. Także Yuval Melamed i wsp. [52] wysuwają przypuszczenie, że anoreksja wydaje się dotyczyć sfery jedzenia, jednak z czasem wszystkie obszary życia chorego ulegają poważnemu zaburzeniu. Z kolei Regina C. Casper, [za: 16] dowodząc, że anoreksja nie jest psychozą, twierdzi, że osoby chorujące na nią są w pełni świadome swojego stanu emocjonalnego, niskiego poczucia wartości oraz wyniszczenia, jednak zdając sobie sprawę z nadmiernej szczupłości ciała — podziwiają je.

Ciekawie łączy te dwie perspektywy Vandereycken [16] twierdząc, że osoba z anoreksją trafnie spostrzega rzeczywistość, w tym swoje ciało, lecz zaprzecza jej znaczeniu — „wie” [16, s. 344], że jest zbyt szczupła w oczach innych, ale we własnych oczach „czuje się” [16, s. 344] inaczej. Według niego wydaje się ona udzielać swoim przekonaniom „specjalnej dyspensy od wewnętrznego i zewnętrznego krytycyzmu” [16, s. 344], co sprawia, że jej stan psychiczny przypomina ten występujący w stanach urojeniowych czy religijnym fundamentalizmie. Należy zauważyć, że według Vandereyckena [16] osoba z anoreksją cechuje się krytycyzmem, jednak rezygnuje z niego na rzecz choroby, co

można łatwo wytłumaczyć omawianą w niniejszym artykule egosyntonicznością. Zatem nie zaburzenia w myśleniu (także w postrzeganiu rzeczywistości) są diagnostyczne dla anoreksji, ale wartość, jaką ma ona dla osoby nią dotkniętej. Wynikają z tego poważne implikacje w zakresie stwierdzania zdolności do podejmowania decyzji (ang. „capacity” lub „competence”) u osób z anoreksją.

Jak uważają Tan i współpracownicy obowiązująca obecnie prawna definicja zdolności do podejmowania decyzji, oparta na terminach wglądu i wnioskowania, nie obejmuje tego, co w anoreksji najważniejsze: wartości, jaką ma ona dla chorego i oczywiście jej wpływu na poczucie tożsamości [22]. W przypadku anoreksji „większość pacjentów [...] ma wgląd w naturę swojej choroby i jej konsekwencje. Jednakże decyzja o podjęciu leczenia jest bardzo trudna, z powodu interpretowania choroby nie jako zjawiska odrębnego od nich, które powinno być usunięte, ale raczej jako ich części. Z tego względu decyzja zaakceptowania leczenia anoreksji może dotyczyć szerszego obszaru niż rozważanie plusów i minusów leczenia, a mianowicie dla pewnych jednostek może się ona wiązać ze zmianą tożsamości” [22, s. 544]. Anorektyczna tożsamość nie stanowi dla osoby chorej „karykatury lub degeneracji dawnych cech” [22, s. 544], ale jest nowym bardzo ważnym aspektem ich życia. Jest to tożsamość osoby szczupłej [por. 53], perfekcyjnej i umiejącej się kontrolować [22]. Zatem nie można powiedzieć, że osoba anorektyczna to osoba, która różni się tym od siebie sprzed momentu zachorowania, że podejmuje decyzje pod wpływem choroby, ponieważ w przebiegu anoreksji cała tożsamość, a przynajmniej duża jej część, jest zaangażowana w proces chorobowy. Z tego względu Tan i współpracownicy [22] proponują, aby ocena tożsamości osoby z anoreksją była traktowana jako ważny element w procesie stwierdzania jej zdolności do podejmowania decyzji oraz odmowy poddania się leczeniu w zależności od stopnia, w jakim choroba wpływa na tożsamość i samodzielne decyzje. Inaczej należy oceniać krytycyzm pacjenta, dla którego decyzja o leczeniu jest równoznaczna z utratą sensu życia, a inaczej — tego, który odmawia udziału w terapii, bo według niego przyniesie to więcej strat niż zysków [22]. Warto dodać, że wraz ze zmianą definiowania zdolności do podejmowania decyzji w przypadku anoreksji, należałoby również stworzyć nowe narzędzie, które badałoby tę zdolność, ponieważ stosowane obecnie narzędzia do jej oceny, jak na przykład MacCAT-T, nie wydają się odpowiednie w przypadku osób z tą chorobą [22, 36].

Zakończenie

Niewątpliwie anoreksja zasługuje na szczególną uwagę badaczy i klinicystów ze względu na jej egosyntoniczność, która sprawia, że jest to bardzo specyficzne zaburzenie psychiczne. Rozumienie anoreksji jako zaburzenia tożsamości, polegającego na tym, że choroba jest gwarantem istnienia osoby cierpiącej na nią, umożliwia adekwatną interpretację postawy osoby z anoreksją wobec choroby oraz braku motywacji do leczenia, co skutkuje wypadaniem z terapii albo tak zwanymi jatrogennymi negatywnymi efektami jej leczenia (skutkami nieprawidłowego leczenia) [21]. O tym, że problem egosyntoniczności anoreksji jest nadal zbyt mało znany, świadczą nieuwzględniające tego fenomenu narzędzia do pomiaru zaburzeń jedzenia oraz kryteria stwierdzania zdolności do podejmowania decyzji osób z anoreksją, które nie różnią się od kryteriów stosowanych w przypadku

innych zaburzeń psychicznych. Jednakże coraz więcej badaczy proponuje modyfikacje w tych obszarach. Anoreksja, jako ciężka i nierzadko śmiertelna choroba, zachęca badaczy do coraz bardziej rzetelnej analizy znaczenia tożsamości anorektycznej w przebiegu i leczeniu tej choroby.

Piśmiennictwo

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta (ICD-10). Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Latzer Y, Hochdorf Z. Attachment to life in anorexia nervosa. *Eat. Disord. Rev.* 2005; 16: 1–2.
4. Zeeck A, Hartmann A, Buchholz C, Herzog T. Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 111: 29–37.
5. Manley RS, Leichner P. Anguish and despair in adolescents with eating disorders: Helping to manage suicidal ideation and impulses. *Crisis* 2003; 24: 32–36.
6. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 1073–1074.
7. Emborg C. Mortality and causes of death in eating disorders in Denmark 1970 – 1993: A case register study. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 243–251.
8. Draper H. Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. *Bioethics* 2000; 14: 120–133.
9. Gans M, Gunn WB. End stage anorexia: criteria for competence to refuse treatment. *Int. J. Law Psychiatry* 2003; 26: 677–695.
10. MacDonald C. Treatment resistance in anorexia nervosa and the pervasiveness of ethics in clinical decision making; website: <http://www.cpa-apc.org/publications/archives/cjp/2002/april/briefCommunicationTreatmentResistance2.asp> (data dostępu: 25 X 2007 r.).
11. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 179–183.
12. Palmer RL. Death in anorexia nervosa. *Lancet* 2003; 361: 1490.
13. Siegel JH, Hardoff D, Golden NH, Shenker IR. Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *J. Adol. Health* 1995; 16: 448–453.
14. Inagaki T, Yamamoto M, Tsubouchi K, Miyaoka T, Uegaki J, Maeda T, Horiguchi J, Yamane Y, Kato Y. Echocardiographic investigation of pericardial effusion in case of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 33: 364–366.
15. Ramacciotiotti CE, Coli EB, Dell’Osso OL. Silent pericardial effusion in a ample of anorexic patients. *Eat. Weight Disord.* 2003; 8: 68–71.
16. Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa – a conceptual review: Part 1 Diagnostic significance and assessment. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2006; 14: 341–351.
17. Strona internetowa dostępna pod adresem: http://pl.wikipedia.org/wiki/Objaw_patognomiczny (data dostępu: 22 XI 2007 r.).
18. Steinglass J, Walsh BT. Habit-learning and anorexia nervosa: A cognitive neuroscience hypothesis. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 267–275.
19. Vervaet M, Heeringn C van, Audenaert K. Is drive for thinness in anorectic patients associated with personality characteristics? *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2004; 12: 375–379.

20. Rieger E, Touyz S. An investigation of the factorial structure of motivation to recover in anorexia nervosa using the anorexia nervosa stages of change questionnaire. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2006; 14: 269–275.
21. Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2004; 36: 245–255.
22. Tan JOA, Hope T, Steward A. Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *Int. J. Law Psychiatry* 2003; 26: 533–548.
23. Bulik CM, Kendler KS. „I am what I (don't) eat”: Establishing an identity independent of an eating disorder. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1755–1760.
24. Lemma-Wright A. *Starving to live. The paradox of anorexia nervosa.* London: Central Book Publishing; 1994.
25. Malan D. *Anorexia, murder, and suicide. What can be learned from the stories of three remarkable patients.* Oxford: Butterworth Heinemann; 1997.
26. Crisp A. In defence of the concept of phobically driven avoidance of adult body weight/shape/function as a final common pathway to anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2006; 14: 189–202.
27. Serpell L, Teasdale JD, Troop NA, Treasure J. The development of the P-CAN, a measure to operationalize the pros and cons of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2004; 36: 416–433.
28. Godley J, Tchanturia K, MacLeod A, Schmidt U. Future-directed thinking in eating disorders. *Brit. J. Clin. Psychol.* 2001; 40: 281–296.
29. Newton M. Exploring the psychopathology of anorexia nervosa: A Mahlerian standpoint. *Perspect. Psychiatr. Care* 2005; 41: 172–180.
30. Lamoureux MMH, Botorff JL. „Becoming the real me”: Recovering from anorexia nervosa. *Health Care Women Int.* 2005, 26: 170–188.
31. Serpell L, Treasure J. Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32: 164–170.
32. Halmi KA, Sunday SR, Klump KL, Strober M, Leckman JF, Fichter M, Kaplan A, Woodside B, Treasure J, Berrettini WH, Shabboat MA, Bulik CM, Kaye WH. Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 33: 308–319.
33. Bemis K. A comparison of functional relationships in anorexia nervosa and phobia. W: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV, red. *Anorexia nervosa. Recent developments in research.* New York: Alan R. Liss.; 1983, s. 403–417.
34. Pańniewska-Kuć Z. *Pomyślnie rokowanie w nerwicy natręctw. Nowy model diagnostyczno-prognostyczny.* Warszawa: Wydawnictwo „Emol”; 1995.
35. Blank S, Latzer Y. The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: An integrative approach to etiology and treatment? *Am. J. Fam. Ther.* 2004; 32: 43–54.
36. Tan J, Hope T, Steward A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int. J. Law Psychiatry* 2003; 26: 697–707.
37. Wojciechowska I. Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej. W: Suchańska A, red. *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji.* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000, s. 77–124.
38. Krystek M. Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczką. W: Suchańska A, red. *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji.* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000, s. 141–172.
39. Serpell L, Treasure J, Teasdale J, Sullivan V. Anorexia nervosa; friend or foe? A qualitative analysis of the themes expressed in letters written by anorexia nervosa patients. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 177–186.

40. Józefik B, Iniewicz G. Czynniki rodzinne jako czynniki ryzyka i mechanizmy podtrzymujące w anoreksji i bulimii psychicznej. *Przeegl. Lek.* 2004; 61: 1288–1290.
41. Vitousek K, Watson S, Wilson G. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 1998; 18: 391–420.
42. Couturier JL, Lock J. Do supplementary items on the Eating Disorder Examination improve the assessment of adolescents with anorexia nervosa? *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 426–433
43. Currin L, Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *J. Ment. Health* 2005; 14: 611–624.
44. Zerbe KJ. Whose body is anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bull. Menninger Clin.* 1993; 57: 161–177
45. Vansteenkiste M, Soenens B, Vandereycken W. Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *Int. J. Eat. Disord.* 2005; 37: 207–219.
46. Rieger E, Touyz SW, Beumont PJV. The anorexia nervosa stages of change questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32: 24–38.
47. DiClemente CC. Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychol. Sc.* 1999; 10: 209–213.
48. Cockell SJ, Geller J, Linden W. The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2002; 10: 359–375.
49. Griffiths RA, Beumont PJV, Russell J. The use of guardianship legislation for anorexia nervosa: a report of 15 cases. *Austr. New Zeal. J. Psych.* 1997; 31: 525 – 531.
50. Starzomska M. The role of broad and narrow definitions of capacity in treating anorexic patients. *Arch. Psychot. Psychiatr.* 2006; 8: 25–40.
51. Starzomska M. Ethical challenges in forcible feeding among patients with anorexia nervosa and prisoners. *Arch. Psychot. Psychiatr.* 2006; 8: 85–96.
52. Melamed Y, Mester R, Margolin J, Kalian M. Involuntary treatment of anorexia nervosa. *Int. J. Law Psychiatry* 2003; 26: 617 – 626.
53. Fransella F, Button E. The „construing” of self and body size in relation to maintenance of weight gain in anorexia nervosa. W: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV, red. *Anorexia nervosa. Recent developments in research.* New York: Alan R. Liss.; 1983, s. 107–116.

Adres: Akademia Pedagogiki Specjalnej
ul. Szczęśliwicka 40, 02–353 Warszawa,
telefon komórkowy: 0 504 217 443
telefon stacjonarny: 022 466 11 02
e-mail: eltram@life.pl