

OBRAZ CIAŁA U MĘŻCZYŹN Z ZABURZENIAMI JEDZENIA — OPIS PRZYPADKU¹

BODY IMAGE IN MEN WITH EATING DISORDERS — A CASE REPORT

Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Pododdział Psychiatrii Psychodynamicznej

W artykule przedstawiony jest opis przypadku mężczyzny z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia, leczonego w paradygmacie psychodynamicznej w oddziale stacjonarnym. Autor opisuje proces terapii indywidualnej tego pacjenta, przedstawia wielowątkowe hipotezy dotyczące pojawienia się u niego objawów oraz omawia specyfikę zaburzeń jedzenia u mężczyzn w porównaniu z przebiegiem zaburzeń jedzenia u kobiet. Podaje również propozycje dotyczące organizacji leczenia mężczyzn z zaburzeniami jedzenia.

eating disorders
anorexia nervosa

Summary: A closer look into the psychodynamic understanding and treating of the eating disorders of men in the hospital ward environment. Brief discussion of selected publications pertaining to the differences in the course of eating disorders between women and men.

Case description. On the basis of the available documentation, medical interviews, summaries of the patients' illnesses, records of individual psychotherapy sessions, therapeutic process supervisions and reconstructions of the patients functioning in the therapeutic institution department, the authors provide a more detailed discussion of treatment in a form of 2 continuous hospitalisations lasting several months in the Eating Disorder Subdepartment of the Adult Psychiatry Clinic. With a particular emphasis on the phenomena occurring during intensive individual psychotherapy received by the patient while staying in the clinica.

Results: Etiopathologic and diagnostic hypotheses concerning the the development of the psychopathologic syndrome. Description of selected aspects of unconscious dynamics of the time-limited complex treatment in the clinical department

On the basis of the case analysis and in connection with the modern theories describing the therapeutic relation, certain assumptions were formulated which might help in organizing other centers where adult men with symptoms from the eating disorder spectrum could undertake treatment adapted to their needs. An attempt was made to formulate some hypotheses about the differences and similarities between men and women with severe symptoms of eating disorders, with respect to the course of their condition and treatment.

¹Autor dziękuje współpracownikom i stażystom Oddziału Psychiatrii Psychodynamicznej za pomoc w zbieraniu informacji o pacjencie i kierownictwu Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego za udostępnienie części bibliografii, z której korzystał.

1. Wstęp

Zaburzenia jedzenia występują aktualnie w znacznym nasileniu i stanowią poważny problem. Przyjmuje się, że 8–9% populacji ogólnej cierpi z powodu anoreksji lub bulimii [1]. Chorują przede wszystkim kobiety. Stosunek liczby kobiet do mężczyzn z tym zaburzeniem wynosi w przybliżeniu 10:1 [1]. W związku z tym w literaturze przedmiotu omawia się diagnozę, charakterystykę kliniczną, analizuje się modele rozwoju, jak również bada się przede wszystkim kobiety chorujące na dwie podstawowe formy zaburzeń odżywiania. W wydanym w tym roku podręczniku psychiatrii pod redakcją naukową Marka Jaremy, w rozdziale poświęconym zaburzeniom odżywiania, wszystkie najnowsze doniesienia opisujące rolę neuropeptydów hamujących i stymulujących apetyt, jak również znaczenie części mózgu zwanej wyspą w regulacji obszarów głodu i sytości, opierają się na badaniach młodych kobiet. Podobnie przy omówieniu czynników pozabiologicznych analizuje się wpływ społeczno-kulturowych czynników na sposób przeżywania swojego ciała i sylwetki u kobiet [1].

W książce „Leczenie zaburzeń odżywiania” w rozdziale poświęconym zaburzeniom odżywiania u mężczyzn Douglas W. Bunnell przytacza podstawowe różnice w budowie mózgu, innych biologicznych uwarunkowaniach oraz w przebiegu rozwoju psychicznego pomiędzy płciami, a także omawia skrótowo specyfikę obrazu klinicznego zaburzeń jedzenia u mężczyzn. Jednym z charakterystycznych aspektów tych odmienności jest inny proces dojrzewania kory czołowej i limbicznych pól płatów skroniowych u mężczyzn [2]. W omawianej publikacji Bunnell zwraca również uwagę na większą szkodliwość dla stanu somatycznego mężczyzn objawów zarówno restrykcyjnych, jak i bulimicznych, podkreślając jednocześnie konieczność bardziej zdecydowanych działań w celu przywrócenia prawidłowej masy ciała i normalizacji zachowań jedzeniowych [2].

Odczuwalny jest znaczący brak doniesień, badań i prac kazuistycznych przybliżających problematykę i specyfikę zaburzeń jedzenia u mężczyzn, jak również pogłębiających wiedzę o ich leczeniu. Pobeżny choćby przegląd ostatnich doniesień i artykułów na ten temat ujawnia proporcję podobną do tej opisującej rozkład występowania zespołów objawowych pomiędzy kobietami a mężczyznami. Dla przykładu na 60 artykułów o różnorodnej tematyce związanej z hasłem eating disorders w bazie danych PubMed — 5 dotyczy mężczyzn.

Aby wypełnić wyrażaną w wielu publikacjach naukowych i w dyskusjach w środowisku psychoterapeutów lukę, o której wspomniano, poddano opracowaniu — w formie opisu przypadku — przebieg choroby i leczenia młodego mężczyzny z nasilonymi objawami zespołu zaburzeń jedzenia o typie anorektycznym, który był leczony na oddziale stacjonarnym.

Studium przypadku zawiera dane z wywiadu, historii choroby, przebiegu hospitalizacji i terapii. Dane te zostały tak przetworzone, aby uniemożliwić ewentualną identyfikację.

2. Opis przypadku

Pan W., 21-letni pacjent, zaczął się odchudzać około trzy lata przed pierwszą hospitalizacją. Ważył wtedy najwięcej 90 kg, co przy wzroście 1,80 m dawało wskaźnik BMI 27,5, czyli stan określany jako nadwaga. Pacjent zaczął zmniejszać kaloryczność posiłków i prowokować wymioty. W ciągu około dwóch lat zmniejszył masę ciała o 46 kilogramów

do 44,200, co odpowiadało wskaźnikowi BMI — 13,8. Przed przyjęciem na oddział pacjent był dwukrotnie hospitalizowany na oddziałach internistycznych z powodu epizodów omdleń. Wypisywał się na własne żądanie przed ukończeniem diagnostyki. Przy przyjęciu był spokojny i podporządkowany, ale ujawniał bardzo powierzchowną motywację do leczenia. Był prawie zupełnie bezkrytyczny w stosunku do objawów choroby i powagi stanu swojego zdrowia.

Dane biograficzne

Pacjent ma siostrę starszą o 4 lata, która niedawno przed przyjęciem wyszła za mąż. Jak mówił, zawsze miał z nią bardzo bliski kontakt. Już podczas zbierania wywiadu wstępnego wyjawiał, że zawarli ze sobą przymierze: Jak jedno umrze, to zabierze drugie ze sobą. Rodzice pana W. mają wykształcenie zawodowe. Matka przestała pracować, gdy pacjent skończył 5 lat, ze względu na jego chorobę. Miał wtedy niedowagę, w nocy występowały bezdechy, było podejrzenie astmy oskrzelowej. Po rozpoczęciu terapii sterydowej zaczął tyć. Ojciec w tym czasie przez wiele lat i na długie okresy wyjeżdżał do pracy za granicę. Z okresu szkoły podstawowej pacjent wspomina bardzo trudne do zniesienia kpiny, złośliwe żarty i ośmieszanie przez kolegów. Powodem takiego ich zachowania był wygląd pacjenta, widoczna nadwaga i mała sprawność fizyczna.

Początek choroby wiąże się chronologicznie z nałożeniem się kilku istotnych wydarzeń w życiu pacjenta. Uszeregowane są zgodnie z kolejnością, jaką przytaczał. Pierwszy świadomy impuls do odchudzania związany był z ginekomastią. Pacjent mówił o przerażeniu i wstydzie na myśl o reakcjach kolegów. Po drugie pacjent nawiązał po raz pierwszy w życiu relację z kobietą. Stało się to zaraz po tym, jak jego najbliższy kolega, określany jako przyjaciel, zakochał się w dziewczynie. Pan W. zaczął się wówczas spotykać z jej koleżanką — jak mówił, żeby nie czuć się gorszym. Znajomość ta szybko wygasła. Pacjent powiązał to ze swoim wyglądem, przypuszczał, że dziewczyna porzuciła go, bo był gruby. Mniej więcej wtedy bardzo intensywnie zaczął ograniczać jedzenie. Korzystał ze strony internetowej, na której podane były wartości kaloryczne większości produktów i kontrolował je. Był przekonany, że ilości podawane tam dla 100 gramów dotyczyły kaloryczności jednej sztuki produktu. Zaczął gwałtownie tracić masę ciała. Kilka miesięcy później jego siostra związała się z chłopakiem, wyszła za mąż i zaszła w ciążę. Pacjent był pierwszym, który się o tym dowiedział, gdy zobaczył pozytywny wynik testu ciążowego.

W bardzo zbliżonym czasie nastąpiły dwa wydarzenia, które miały ogromny wpływ na stan emocjonalny pacjenta. Dowiedział się od kolegi, że dziewczyna, z którą się spotykał, jest w ciąży z innym mężczyzną. Prawie jednocześnie, okazało się, że jego siostra poroniła. Pacjent był również przy tym, wezwał pogotowie. Skomentował to mówiąc, że jego choroba zabiła to nienarodzone dziecko, bo często przyczyną poronienia jest stres.

Po tych wydarzeniach objawy choroby nasiliły się znacznie, mężczyzna zaczął również nadużywać alkoholu. Atmosfera w domu stała się trudna do zniesienia — rodzice byli bezradni. Do leczenia pan W. został przymuszony, gdy po raz pierwszy doszło u niego do zapaści krążeniowej. Zaraz po odzyskaniu przytomności w szpitalu sprowokował wymioty. Wypisał się na własne żądanie po jednodniowym pobyciu na oddziale chorób wewnętrz-

nych. Podjął leczenie pod wpływem rodziców, którzy mieli zamiar go ubezwłasnowolnić i leczyć bez zgody.

Leczenie

Pacjent zgłosił się na oddział i został zakwalifikowany do leczenia. Przebywał tam od lutego do czerwca. W czasie hospitalizacji uczestniczył w terapii indywidualnej prowadzonej przez lekarza stażystę — uczestnika II roku oddziałowego kursu psychoterapii. Był również uczestnikiem oddziałowej grupy terapeutycznej — 90-minutowe sesje odbywały się trzy razy w tygodniu, prowadzone przez terapeutkę z certyfikatem psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W zapiskach z sesji zwraca uwagę znaczna aktywność werbalna pacjenta, ujawniająca jego ogromny lęk przed przeżywaniem zależności od mężczyzny. Pan W. był na przemian agresywny atakujący lub bardzo uległy, wręcz uwodzący — terapeuta miał wrażenie, że pragnie mu się przypodobać. Podczas terapii pacjent przeżył epizod bliski psychotycznemu, podczas którego był przekonany, że podanie przez personel informacji o spadku wagi było spiskiem zawiązanym w porozumieniu z terapeutą, którego celem było sprawdzenie siły pacjenta. Bardzo interesującym zjawiskiem z obecnej perspektywy, to znaczy po zakończeniu terapii, było dosyć silne poczucie terapeuty, że poziom inteligencji pacjenta nie jest zbyt wysoki, a nawet miał wątpliwości, czy mieści się w granicach normy. Pacjent w tym samym czasie w ciągu kolejnych kilku tygodni leczenia ujawnił silny i masywny lęk, widoczny na płaszczyźnie objawów. Przejawiło się to w bardzo konkretny i jednocześnie bardzo symboliczny sposób: waga pacjenta zatrzymała się na poziomie nieco poniżej wskaźnika BMI 16, co w jego przypadku przekładało się na bardzo znaczącą liczbę: 50 kg. Wskaźnik BMI równy 16 jest to również granica pomiędzy I a II fazą leczenia (jedna z najważniejszych w logice programu behawioralnego). W pierwszej fazie nie ma możliwości uzyskania przepustek, w drugiej istnieje taka możliwość. Przebywanie w drugiej fazie programu umożliwia również odwiedziny rodziny w szpitalu. Na cotygodniowym zebraniu klinicznym, na którym dokonuje się omówienia przebiegu leczenia pacjentów, z elementami dyskusji o charakterze superwizyjnym, podjęto decyzję o konieczności modyfikacji funkcjonowania terapeuty, w kierunku bardziej konfrontujących interwencji, również w celu diagnozy statusu i jakości rzekomych ograniczeń intelektualnych pacjenta. Pacjent kilka tygodni później wypisał się na własne żądanie, pomimo rozmów, perswazji i komentarzy o destrukcyjnym charakterze jego decyzji. Masa ciała przy wypisie wynosiła 52 kg — wskaźnik BMI 16,2.

Po trzech miesiącach pacjent, w stanie silnego napięcia emocjonalnego, zadzwonił na oddział i płacząc powiedział, że doprowadził się ponownie do wyniszczenia. Wyznał, że kilkakrotnie zdarzyły mu się omdlenia, był hospitalizowany na oddziale neurologicznym, gdzie rozpoznano u niego wtórną padaczkę. Prosił, błagał wręcz, o możliwość ponownego przyjęcia. Na oddziale przeprowadziliśmy dyskusję w zespole terapeutycznym i podjęliśmy decyzję o hospitalizacji pana W.

Pacjent został ponownie przyjęty po 3,5 miesiącu od wypisu. Z wagą 42,200, BMI —13,2, niższą niż na początku pierwszej hospitalizacji. Stracił w tym okresie 10 kg. Przy przyjęciu zwracały uwagę objawy skrajnego wyniszczenia, lanugo, niedokrwienie kończyn dolnych, skóra marmurkowata. Przed przyjęciem miał dwutygodniowy ciąg alkoholowy

— wypijał kilka piw dziennie. W drugim dniu hospitalizacji doszło do dwóch epizodów omdleń i bardzo krótkotrwałego zatrzymania akcji serca. W wyniku reanimacji po 2 minutach nastąpił powrót funkcji życiowych — pacjent doznał wtedy urazu głowy i lewego kolana i został przeniesiony do kliniki chorób wewnętrznych w celu stabilizacji parametrów życiowych. Po krótkim pobycie w oddziale internistycznym podjął ponownie leczenie. Był hospitalizowany cztery miesiące i nie jest to jedyne podobieństwo między uprzednią i opisywaną hospitalizacją. Podobnie przebiegała zmiana w stanie somatycznym pacjenta: na początku dosyć szybki wzrost, a potem spadki i wahania wagi, aż w końcu przez ostatnie 8 tygodni podczas cotygodniowego podsumowania średniej masy ciała odnotowywano pomiary w okolicach 50 kg — czyli, podobnie jak podczas pierwszego pobytu, w ciągu czterech miesięcy leczenia pacjent zwiększył masę ciała o 8 kg.

W trakcie pierwszych trzech miesięcy pobytu na oddziale, pacjent pozostawał w kontakcie terapeutycznym dwa razy w tygodniu z doświadczoną terapeutką, psychologiem na stażu, z ukończonym szkoleniem w zakresie psychoterapii psychodynamicznej. Terapeutka raz w tygodniu, na spotkaniu o charakterze superwizyjnym, omawiała ze mną proces terapii. Po zakończeniu stażu przez terapeutkę, pacjent nadal uczestniczył w oddziałowej grupie terapeutycznej, a także w grupie oddziaływań niewerbalnych. Rozpoczął spotkania terapeutyczne ze mną. W ostatnim miesiącu pobytu, podczas którego jego waga, podobnie jak w czasie poprzedniego pobytu, stanęła w miejscu. Pacjent tym samym przestał spełniać jeden z wymogów kontraktu, mówiący o obowiązkowym przyroście wagi 0,5 kg tygodniowo. Zespół terapeutyczny na cotygodniowym zebraniu klinicznym wprowadził dla niego indywidualny kontrakt. Modyfikacja polegała na zagrożeniu wypisem z oddziału w sytuacji braku dalszego przyrostu masy ciała. Po wprowadzeniu takiego warunku pacjent zaczął w pewnym sensie coraz bardziej walczyć z oddziałem. Na sesjach indywidualnych i grupowych omawiał problemy związane zarówno z aktualną sytuacją w oddziale, jak i relacje z siostrą i matką. Postać ojca nie była przez pacjenta wprowadzana spontanicznie w dialog terapeutyczny, mimo że to właśnie ojciec towarzyszył mu dwukrotnie podczas przyjmowania na oddział. Pacjent w codziennym funkcjonowaniu pozornie podporządkowany, spełniał zewnętrzne wymogi kontraktu, przychodził na posiłki, zjadał je — o łącznej wartości kalorycznej 2,5 do 3 tys. kalorii. Wskaźnik BMI przez dwa miesiące oscylował pomiędzy 15,2 a 15,5.

Pacjent najwyraźniej przemieścił na oddział jako całość zagrożenia związane z sytuacją bycia coraz lepiej odżywionym, silniejszym fizycznie i w konsekwencji bardziej zdolnym do doznawania i przeżywania impulsów i pragnień. W ciągu kolejnych dwóch tygodni hospitalizacji w zespole terapeutycznym narastało przekonanie, że dalsza hospitalizacja jest niekorzystna dla pacjenta — tym razem został wypisany decyzją zespołu terapeutycznego. Pacjent świadomie przeżył wypis jako niesprawiedliwe wyrzucenie i pokrzyżowanie jego planów — okazało się, że miał dokonać wypisu na własne żądanie trzy tygodnie później. Planował wtedy wrócić na studia, które zaczął w ubiegłym roku. To on miał być tym odrzucającym, a nie powtarzającym w nieświadomym porządku sytuację opuszczenia przez ważny dla niego obiekt. Po trzech tygodniach zadzwonił z prośbą o możliwość kontynuacji terapii w warunkach ambulatoryjnych — jako warunek usłyszał utrzymanie wagi wypisowej. Niestety, nie spełnił go i na kilka lat straciłem z nim kontakt. Po około trzech latach pan W. zadzwonił do mnie z informacją, że zdał egzamin na prawo jazdy,

obronił pracę licencjacką i utrzymuje bezpieczną masę ciała. Po kolejnych dwóch latach nieoczekiwanie zapukał do mojego gabinetu. Zajrzał tylko na chwilę, żeby powiedzieć, iż właśnie skończył studia i jest magistrem. Jego wygląd nie ujawniał cech wychudzenia.

3. Refleksje i wnioski

Etiologia zespołu zaburzeń jedzenia u pacjenta

Najprawdopodobniej pierwotne źródła objawów choroby pacjenta leżą w jego przeszłości, w okresie, gdy zgodnie z psychoanalityczną koncepcją kształtuje się self cielesne. Ten proces opisują tacy autorzy, jak Frosch, Lichtenberg, Mahler i McDevitt, Merleau-Ponty [3]. A Hoffer, Sendler i Rosenblatt podkreślają znaczenie zdolności do równoczesnego postrzegania i bycia postrzeganym [za: 4]. Wydobywa ona, owa zdolność, dwa doznania tej samej jakości, a to prowadzi do rozróżnienia między self i nie self, między ciałem a tym, co staje się środowiskiem, otoczeniem. Takie ujęcie sugerowałoby występowanie i okresową dominację mechanizmów obronnych opisywanych jako psychotyczne. Zarówno epizod klinicznych objawów o charakterze zwiewnych urojeń, jak i zachowanie pacjenta w momentach następujących po odzyskaniu przytomności — nasuwają skojarzenia z bardzo silną, psychotyczną wręcz utratą związków z realnością. Również sposób traktowania swojego ciała, kojarzący się z ekstraspsychiczną projekcją intracieleśną, sugeruje stosowanie przez pacjenta mechanizmu projekcji psychotycznej w celach obronnych. Czy wreszcie zachowanie pacjenta podczas sesji ujawniające występowanie sprzecznych aspektów ego, oparte na rozszczepieniu sesji, potwierdzają hipotezy o występowaniu braku dostatecznej separacji reprezentacji self od reprezentacji obiektu. Brytek-Matera w swoich badaniach opisuje i omawia to zjawisko z perspektywy poznawczych trudności identyfikowania własnych emocji [5]. Podobne hipotezy o powiązaniu występowania zaburzeń jedzenia z cechami oralnymi charakteru zamieszcza w swoim przeglądzie Bąk [6]. Astma oskrzelowa, idąc za opisanymi przez Katarzynę Schier mechanizmami psychopatologicznymi, ujawnia śmiertelny lęk przed oddechem, nabieraniem powietrza jako synonimem autonomicznego życia, separacji od macierzyńskiego obiektu. Autorka wprost sugeruje podobieństwo w obrębie psychologicznych mechanizmów warunkujących powstawanie anoreksji i astmy oskrzelowej [7]. Być może leki tłumiące aktywację procesów zapalnych i skurczu mięśni gładkich dolnych dróg oddechowych spowodowały aktywację innych mechanizmów psychosomatycznych. Pacjent miał nadwagę od wczesnego dzieciństwa — najprawdopodobniej jatrogenną. Zjawisko realnej nadwagi lub patologicznej otyłości, zgodnie z naszymi obserwacjami dokonywanymi w grupie mężczyzn leczonych na oddziale, bardzo często poprzedza występowanie nasilonych objawów anorektycznych. Z początku, bardzo krótko, odchudzanie pacjenta miało częściowo charakter prozdrowotny — korzystny z medycznego punktu widzenia, bo stracił on patologiczną nadwagę. Niezbyt korzystny był sposób, czyli tempo, z jakim pacjent tracił kolejne kilogramy, oraz charakter i forma odchudzania się. Czyli skrajnie rygorystyczne ograniczanie posiłków i szybki katabolizm, który mógł również na poziomie patofizjologicznym przyczynić się do toksycznego — na drodze ketonemii — stanu specyficznego oszołomienia, czyli stanu częściowo zaburzonej świadomości, zaburzenia jasności umysłu, z obniżeniem krytycyzmu. Pozytywne reakcje

ze strony rodziny i rówieśników (wreszcie uzyskane albo odzyskane narcystyczne odzwierciedlenie) mogły mieć bardzo silny charakter wzmacniający poczucie własnej wartości oparte na poczuciu sprawczości i skutecznej kontroli swojego ciała, w przeciwieństwie do wcześniejszych, traumatycznych doświadczeń utraty kontroli nad oddechem. Początek patologicznego odchudzania się pacjenta wiązać można z wieloma nieświadomymi tendencjami, czynnikami, motywami i impulsami, nakładającymi się na siebie w dłuższym okresie i na drodze synergistycznego wzmacniania, doprowadzającymi do uruchomienia błędnego koła, ujawniającego się w postaci skrajnego wyniszczenia.

Zespół objawów, na który składały się: 1) znaczne ograniczanie kaloryczności posiłków, 2) okresowe objadanie się i prowokowanie wymiotów, 3) epizody nadużywania alkoholu, był najprawdopodobniej patologicznym wysiłkiem ego pacjenta w celu neutralizacji wysokiego poziomu lęku, płynącego z co najmniej dwóch obszarów konfliktu: 1) lęków separacyjnych — opracowywanych przez niedojrzałą lub patologicznie kształtującą się osobowość z niezakończonym okresem adolescencji, 2) lęków z fazy edypalnej.

Źródłem nadmiernego poziomu lęku mogły być pierwotnie zaburzenia rozwoju wczesnodziecięcego w fazie powtórnego zbliżenia procesu separacji — indywidualizacji, wcześniej neutralizowanego przez rozwiązania psychosomatyczne i używanie jedzenia w celu samouspokajania się. W kolejnych fazach rozwoju sposoby te najwyraźniej przestały wystarczać. Mogło się to wiązać zarówno z wymogami biologicznego rozwoju w fazie adolescencji, jak również specyficznymi dla pana W. wydarzeniami z jego życia, poprzedzającymi początek odchudzania i wzmacniającymi symptomatologię jedzeniową.

Wymienię je kolejno, zaznaczając jednocześnie, że nie sposób jest wskazać najważniejszy czy decydujący czynnik, bowiem każdy z nich wchodził w interakcje z pozostałymi. Niemożliwe wydaje się odtworzenie pełnego obrazu skomplikowanych powiązań, z konieczności zatem ograniczę się do stworzenia skrótowej listy tych aspektów chorowania, które udało się zrekonstruować podczas obydwu hospitalizacji.

1. Relacja z siostrą: przeżycia związane z bardzo silnym, budzącym skojarzenia z kazirodzym, związkiem. Kluczowy wydaje się moment, gdy siostra pacjenta związała się z mężczyzną. Pan W. relacjonował to wydarzenie jako przeżyte przez niego urazowo opuszczenie przez najważniejszą dla niego osobę, w pewnym sensie zdradę. Bezkrtycznie powtarzał, że najważniejsza jest rodzina i wszyscy powinni być razem. Brzmiało to i brzmi rozpaczliwie i przerażająco, bo w ukryty sposób jest pełne wrogości i zaprzecza jakiegokolwiek autonomii.

2. Rozstanie z bliskim przyjacielem, który związał się z dziewczyną. Przeżycie kolejnego opuszczenia przez dwie ważne osoby. Być może pacjent stracił właściwe dla siebie w tamtym czasie self-objekty i nastąpiła utrata kohezji i spójności. W innym alternatywnym ujęciu przeżył utratę „zastępczej pary rodzicielskiej” — z obydwójgiem pan W. pozostawał w relacjach o charakterze przypominającym trójkąt edypalny. Relacja pacjenta z przyjacielem budziła również skojarzenia z aktywizacją nieświadomych pragnień i lęków o charakterze homoerotycznym.

3. Próby inicjacji i związania się z kobietą inną niż matka i siostra — nasilenie lęków separacyjnych i kastracyjnych jednocześnie.

4. Traumatyczna i dramatyczna sytuacja ciąży siostry i poronienia, uruchamiająca nieświadome poczucie winy, jako pochodnej ekspresji lęku kastracyjnego, za wyobrazeniowy

zrealizowany nieświadomy związek z zakazaną kobietą. Być może również poczucie winy za nieświadome fantazje o agresywnej treści skierowane do nienarodzonego dziecka. Poczucie winy, które częściowo przedostało się do świadomości pacjenta i wyrażało się w jego wypowiedziach.

5. Aktywizacja częściowo świadomego poczucia winy jako reakcja na pełne złości, gniewu i poczucia krzywdy uczucia do rodziców za osamotnienie w wyniku ustawicznych kłótni pomiędzy nimi, zajmowanie się domem i sobą. Ilustracją bardzo specyficznego odtworzenia w relacji do oddziału przeniesieniowego związku z rodzicami mogło być narastanie negatywnych reakcji terapeutycznych w trakcie leczenia. Duża poprawa na początku hospitalizacji i ustabilizowanie masy ciała na patologicznym poziomie dużej niedowagi.

6. Długofalowym i obecnym w okresie preadolescencyjnym czynnikiem mogła być dosyć długa i częsta nieobecność ojca — jej konsekwencje określić można metaforycznie pozostawianiem pacjenta w symbolicznych i dosłownych objęciach kobiet, głównie matki, siostry i babki.

7. Kulturowe czynniki specyficzne dla rozwoju chłopców, którzy zastraszeni i zawstydzani przez swoich rówieśników uczą się unikać zależności i tracą zdolność do nawiązywania i utrzymywania osobistych relacji [2].

8. Zbliżająca się matura — niosąca ze sobą zagrażającą dla pana W. perspektywę dorosłości.

Wymienione powyżej hipotezy i przypuszczenia w przybliżony sposób ujmują wieloczynnikową koncepcję pojawienia się gwałtownego rozwoju objawów o charakterze restrykcyjnym u pacjenta. Część z nich wydaje się wykazywać podobieństwa do występujących u kobiet, część jest bardziej specyficzna dla mężczyzn, a część jest związana z indywidualną biografią pacjenta.

Wybrane zjawiska podczas procesu leczenia na oddziale

Pacjent leczony na oddziale w sposób kompleksowy, zawierający elementy oddziaływań behawioralnych i psychoterapii opartej o paradygmat psychodynamiczny. Program behawioralnego leczenia (kontrakt, pilnowanie przy posiłku, wymaganie przyrostu masy ciała) reprezentuje symboliczną ojcowską funkcję, opisywaną przez takie charakterystyki, jak system zasad i określone konsekwencje za ich nieprzestrzeganie. Relacja terapeutyczna — z racji swoich właściwości — symbolizuje macierzyńską rolę, rozumiejącą, „kontenerującą” i przekształcającą „elementy beta w elementy alfa” w pacjencie, myśląc językiem Biona [8], tworzącą przestrzeń pośredniczącą, jakby to ujął Winnicott [9].

Jak można zrozumieć różnicę pomiędzy obrazem intelektualnego funkcjonowania pacjenta w kontakcie z pierwszym terapeutą a wrażeniem, jakie budził pacjent podczas drugiej hospitalizacji. Po pierwsze — często obserwujemy w oddziale związek pomiędzy zachowaniem sprawiającym bardzo infantylnie wrażenie z jednej strony, skrajnym stopniem wyniszczenia (poniżej 12 BMI u kobiet, poniżej 14 u mężczyzn) z drugiej, a poziomem intelektualnego funkcjonowania, czasem nasuwającym wręcz skojarzenia z pograniczem normy. Zasadne jest zatem podejrzenie, że w stanach kacheksji mózg, być może specyficzne obszary korowe, również ulega odwracalnemu uszkodzeniu. Może się to przejawiać

zarówno w psychopatologii psychotycznej (rozumianej wtedy jako częściowo uwarunkowanej somatycznie), jak i w aspekcie funkcjonowania intelektualnego. Potwierdzają takie wnioski badania neuroobrazowania mózgu w stanach znacznego wyniszczenia. Od razu należy zaznaczyć, że w odbiorze terapeutki, która leczyła opisywanego pacjenta podczas drugiej hospitalizacji, jawił się on jako bardzo inteligentny mężczyzna, również w okresie, gdy pozostawał w stanie głębokiego wyniszczenia.

Inną hipotezą, która może rzucić trochę światła na podłoże omawianego zjawiska, jest przypuszczenie, że terapeuta przetworzył głęboko nieświadomą, przeciwprzeniesieniową wrogość, być może pojawiającą się w jego psychiczności na drodze działania mechanizmu projekcyjnej identyfikacji. Mechanizm ten występuje z tym większą intensywnością, im głębszy poziom patologii osobowościowej prezentuje pacjent [10]. Przetworzenie nieświadomej wrogości polegałoby na silnej tendencji terapeuty do interpretowania okresów masywnego oporu pacjenta w formie milczenia lub specyficznego sposobu mówienia, doboru słów, jako pochodnej małej sprawności intelektualnej, a nie jako wyrazu obronnej wrogości i lęku w sytuacji przeżywania zależności emocjonalnej od mężczyzny. Ze spotkań superwizujących proces terapeutyczny prowadzony przez terapeutkę wyłania się obraz pacjenta jako bardzo inteligentnego, ale głęboko zaburzonego osobowościowo mężczyzny — z organizacją osobowości przypominającą i mocno kojarzącą się z tą opisaną przez Otto Kernberga i szeroko znaną jako organizacja osobowości typu borderline, ze zmiennymi, naprzemiennie występującymi sprzecznymi identyfikacjami ego [11], z aktywnym włączaniem terapeutki, na drodze identyfikacji z agresorem, w odgrywanie ról uwodzonego i uwodzającego chłopca. Uwodzającego, jak się okazywało w trakcie omawiania podczas superwizji często bardzo trudnych dla terapeutki sesji, żeby zniszczyć i porzucić w akcie nieświadomej zemsty za pierwotne porzucenie. Niekorzystną sytuacją, częściowo związaną z przedłużającym się czasem hospitalizacji, było przeżycie kolejnego rozstania z ważną dla niego postacią, terapeutką, która zakończyła trzymiesięczny staż na oddziale. Pan W. nadal uczestniczył w oddziałowej grupie terapeutycznej, a także w grupach oddziaływań niewerbalnych i rozpoczął spotkania terapeutyczne ze mną.

Przedstawię teraz krótki schemat dosyć często powtarzającego się, można powiedzieć rytualnie, przebiegu sesji indywidualnych. Wyglądały one w ten sposób, że pacjent drżącym z napięcia głosem mówił nieprzerwanie, czasem przez 30 minut. Miałem wrażenie, słuchając tego, co mówił i tego, jak mówił, że neutralizował napięcie. Można powiedzieć, że symbolicznie oddzielał się — jednocześnie usiłując słowami tworzyć przestrzeń między mną a sobą, zaprzeczyć istnieniu emocjonalnego połączenia (które pojawiało się z chwilą rozpoczęcia bezpośredniego kontaktu). Być może zaprzeczał pragnieniom, które tworzyły to nieświadome połączenie. Być może również w ten sposób bronił się przed stworzeniem nowej więzi z kolejnym terapeutą, co pociągałoby za sobą nieuchronne przeżycie kolejnej utraty. A jednocześnie, na płytszym poziomie, mówił o tym, jak bardzo jest już zdrowy; co prawda ma jeszcze niewielkie trudności, ale przecież nie można osiągnąć wszystkiego naraz. Mówił w dalszej części monologu, że już wszystko zrozumiał, że poprzednia terapia wydała mu się bezwartościowa, a teraz to jest zupełnie co innego. To tak — myślałem sobie — jakby jednocześnie mówił: „Zobacz, docień, jakim jestem dobrym pacjentem, synem, partnerem”. I poprzez te same słowa: „Poczuj, jak bardzo cię nie potrzebuję, jak bardzo nie możesz mi już nic dać, siedź tylko i słuchaj, i czuj się bezradny”. Moje komentarze, w

których próbowałem pokazać mu zarysy tego, co przed chwilą opisałem, spotykały się z dość gwałtownymi atakami słownymi, masywnym zaprzeczeniem i rozpaczliwą obroną status quo. Jedną z takich wypowiedzi, które najbardziej zapamiętałem, wygłosił mniej więcej w drugim miesiącu spotkań: Powiedział wtedy podniesionym, pełnym napięcia głosem, w którym brzmiał gniew i lęk: „Nie! Choroba nie jest moją częścią!”. Zareagował tak w momencie, gdy powiedziałem mu, że jego impulsy autodestrukcyjne mogą wynikać z tego, że karze się za swoje pragnienia, nie dopuszczając ich jednocześnie do głosu. Wydawałoby się, że był to niezbyt zagrażający komentarz z racji swojej ogólności. Ale poczułem i zrozumiałem wtedy, jak masywnym lękiem i następującym potem atakiem na siebie, na swoje myślenie, na racjonalność, reaguje pacjent. Najprawdopodobniej reaguje tak na najslabszy choćby sygnał, zapowiedź, pojawienia się w jego świadomości, w uczuciach pragnień w obecności innego mężczyzny. Być może dlatego, że do tego mężczyzny są skierowane, albo dlatego, że boi się, iż mogą być kierowane do niego. Nasunęła mi się wtedy i skojarzyła koncepcja Fairbarna antylibidinalnego obiektu i ego pobudzającego i odrzucającego [12]. Miałem wtedy wrażenie, że koncepcja ta w dosyć trafny sposób opisuje to zjawisko. Wrogi atak odrzucającego ego na jakiegokolwiek przyjemne pobudzenie w drugiej jego części. Może dlatego pacjent z takim gniewem podszytym lękiem, musiał zaprzeczyć, że ma w sobie taką okrutną sadystyczną część. I powiązałem w myślach przyczyny, dla których pan W. utrzymuje swoje ciało w stanie podniszczenia — bo w takim stanie i tylko w nim jego ciało więzione w jarzmie fizycznej słabości nie może generować, tworzyć i pomieszczać pragnień, impulsów i pożądań — a sam pacjent staje się sam dla siebie „oprawcą i ofiarą”. W wielu publikacjach podkreśla się znaczenie wyniszczenia w kontekście obniżenia poziomu testosteronu i wpływu na utratę zainteresowań seksualnych [2]. Gdy słuchałem pana W., miałem przemożne wrażenie, że on nie czuł siebie. Nie był w stanie w sposób zrozumiały i czytelny dla mnie powiedzieć, określić na przykład, jak się czuje, albo dlaczego zaczął się objadać lub dlaczego chudł. W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie „braku interoceptywnej świadomości” [13], a także związek tego deficytu z zaburzeniami odżywiania i rozwojem zespołów uzależnienia [13]. Bo powiedzieć coś to odkreślić, odgraniczyć to coś od reszty, pokazać, gdzie są znaczeniowe, dźwiękowe i emocjonalne granice. Ponieważ, poprzez ton głosu, dźwięczność i brzmienie, modulację emocjonalną wyrażają się istotne aspekty tego, co w psychologii self i teorii relacji z obiektem opisuje się jako tak zwane self cielesne. Pacjent ujawniał niezwykle silny poziom lęku i wstydu przed ujawnianiem swoich myśli i odczuć, który trudno wyjaśnić jedynie kulturowym procesem uczenia się u mężczyzn, opisywanym przez Bunnella [2]. Gdy poszukiwałem w literaturze teoretycznych opisów relacji terapeutycznej, które ujmowałyby charakter i znaczenie opisanej sytuacji wymiany emocjonalnej pomiędzy pacjentem a mną, szczególnie przydatna wydała mi się koncepcja „Słów, które dotyczą pacjenta”. Danielle Quinodoz, przywołana w książce pod redakcją prof. Cierpiątkowskiej, pisze o problemie, z którym konfrontują się współcześni analitycy — leczenia pacjentów z dwoma poziomami zaburzeń — neurotycznym i psychotycznym, koegzystującymi ze sobą. Rozwija koncepcję dynamicznego naprzemiennego funkcjonowania pacjenta w porządku rozszczepionym i projekcyjnej identyfikacji oraz sprawnego używania symbolizacji. Postuluje, aby nieustannie tworzyć język, który będzie wspólny dla obu poziomów. Analityk może używać słów, które przemawiają do pacjenta i słów, które go dotyczą [14]. Nasuwa się

przypuszczenie, że użyte przeze mnie słowa bardzo mocno dotknęły pana W., być może w podobny sposób, w jaki czuł się dotknięty i zraniony przez docinki i agresywne żarty ze strony rówieśników. Przedstawione powyżej funkcjonowanie psychiczne pacjenta można również opisać, idąc za konceptem Winnicotta, pojęciem fałszywego self [15], wytworzonego na potrzeby przetrwania w zagrażającym środowisku, a głęboko dezadaptacyjnym w kolejnych fazach rozwojowych. Objawy byłyby wtedy patologiczną próbą utrzymania status quo, a w przeniesieniu odtwarzał się wzorzec idealnego zależnego, aseksualnego dziecka. Inną prawidłowość, na którą zwróciłem uwagę to, w największym uproszczeniu, typ reakcji na leczenie. Zatrzymanie przyrostu wagi na poziomie około 16 wskaźnika BMI. Ujawnia się w tym zjawisku, oprócz lęku przed powrotem do stanu sprzed zachorowania, nieświadome pragnienie, aby pozostać na zawsze w strukturach szpitalnych i odtworzyć w ten sposób nieprzerwany związek z obiektem utożsamionym przeniesieniowo z oddziałem. Utrzymywanie kontaktu telefonicznego i osobiste pojawienie się na oddziale czyni tę fantazję nieco bardziej uzasadnioną. Pozwala jednak również na weryfikację dylematu diagnostycznego, wyrażonego explicite powyżej. Na podstawie bardzo specyficznych przesłanek — prawdopodobnego ustąpienia objawów u pacjenta — można postawić hipotezę, że obserwowany u niego dramatyczny i ciężki kliniczny obraz zaburzeń jedzenia był raczej przejawem masywnej destabilizacji funkcjonowania w przebiegu kryzysu rozwojowego, powikłanego patofizjologicznymi skutkami fizycznego wyniszczenia, aniżeli wynikiem nieprawidłowo kształtującej się osobowości.

Nasuwa się kilka wniosków i refleksji dotyczących zasadności leczenia pacjentów z ciężkimi postaciami zaburzeń jedzenia w sposób opisany powyżej. Wydaje się, że jedynie zapewnienie temu pacjentowi stosunkowo intensywnej formy oddziaływań terapeutycznych (sesje indywidualne 2 do 3 razy w tygodniu z wymogiem utrzymania stałego terapeuty), z jednoczesnym stworzeniem warunków do restauracji stanu fizycznego umożliwiło mu uruchomienie procesu zmiany. Zmiany, która najprawdopodobniej polegała przede wszystkim na odblokowaniu zatrzymanego w okresie adolescencji procesu rozwoju. Uruchomienie nasilonych lęków o różnorodnym charakterze, głównie separacyjnych i kastracyjnych, doprowadziło do sytuacji, w której pacjent całą swoją aktywność poświęcał na patologiczne wysiłki i zabiegi neutralizacji nieświadomych lęków. Wydaje się, że jedynie taki przebieg leczenia, z intensywnością relacji terapeutycznej, która nie jest obecnie możliwa do zrealizowania w warunkach ambulatoryjnej służby zdrowia, stworzył optymalną przestrzeń, w której możliwe było zjawisko wspólnego „reverie” pacjenta i terapeutów [14], odnalezienie dotykających słów [14] i rozłożenie funkcji kontenerowania na zespół terapeutyczny, grupę i oddział. Jednocześnie wzięcie pod uwagę wszystkich możliwych czynników wiodących najpierw do zachorowania pacjenta, a następnie wpływających na przebieg leczenia wręcz zmusiło cały personel oddziału do nieustannej modyfikacji swoich oddziaływań terapeutycznych. Jedną z nich była decyzja o przyjęciu pacjenta ponownie na oddział. Stało się to zaledwie trzy miesiące po jego wypisie na własne żądanie. Zazwyczaj taki wypis interpretowany jest jako zerwanie relacji terapeutycznej z oddziałem, a możliwość odrestaurowania więzi i powrotu do leczenia wyznaczana jest za pół roku. Z perspektywy czasu wiadomo, że decyzja zespołu była korzystna, ratująca życie pacjenta.

Jedną z podstawowych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami chorującymi na zaburzenia jedzenia jest cięższy i bardziej powikłany somatycznie przebieg choroby u

mężczyzn. Podkreślają ten fakt wszyscy autorzy dokonujący porównań, opierając się zarówno na piśmiennictwie, jak i na własnych doświadczeniach [2]. Pacjent poprzez swoje objawy i ich niebezpieczne dla życia konsekwencje rozsądził jak gdyby podstawowe, psychiatryczne i psychoterapeutyczne ramy oddziału. Przez kilka dni przebywając na oddziale internistycznym wyrażał silne obawy, że nie będzie przyjęty ponownie. Powrót do leczenia szpitalnego, do terapii grupowej i indywidualnej miał dla niego znaczenie korektywnego doświadczenia emocjonalnego. Być może był to jeden z czynników, które leżały u podłoża jego późniejszych symbolicznych powrotów, ujawniających przetrwałą więź z oddziałem.

Na przykładzie leczenia pana W. zasygnalizować można kilka podstawowych odrębności, ale również wiele podobieństw w obrazie chorowania kobiet i mężczyzn. Jedną z nich przytoczono powyżej. Mężczyźni chorujący na zaburzenia jedzenia częściej poddawani są okresowej kontroli parametrów biochemicznych. Program behawioralnego leczenia przystosowany jest do większej kaloryczności posiłków, a przekroczenie poszczególnych faz wymaga wyższego niż dla kobiet wskaźnika BMI. Pacjent, podobnie jak inni mężczyźni leczeni na oddziale, na ogół łatwiej wypełniał zasady kontraktu behawioralnego. W trakcie wywiadu i podczas sesji terapeutycznych praktycznie nie pojawiała się tematyka lęku przed otyłością. Pacjent ujawniał skojarzenia związane z wymaganiami kontraktu dotyczące raczej rywalizacji, walki i nastawienia na cel, czyli osiągnięcie stanu zdrowia i zakończenie hospitalizacji. Również znaczące było szkodliwe używanie alkoholu. Częstość współwystępowania objawów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, szczególnie alkoholu, wydaje się większa u mężczyzn [2]. Historia choroby pacjenta ilustruje jeszcze jeden powszechnie odnotowywany aspekt właściwy dla mężczyzn chorujących nie tylko na zaburzenia jedzenia, czyli ogromne trudności i silny emocjonalny opór przed podjęciem leczenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego. Czynniki społeczno-kulturowe kształtujące tożsamość mężczyzny pozostają w silnym konflikcie z propozycją leczenia opartą na skupieniu się na emocjach i refleksji, a nie na działaniu. Osobnym obszarem jest świadome i nieświadome znaczenie chorowania na zaburzenia typowe dla kobiet. Pacjent, pozostając przez długi czas jako jedyny mężczyzna w grupie terapeutycznej składającej się z kobiet, prowadzonej przez terapeutkę, przeżywał szczególnie silne i bardzo trudne dla niego reakcje emocjonalne, często związane z tym, że był adresatem specyficznych przeniesieniowych uczuć i obron. Reagował na oczekiwania płynące z grupy różnorodnie: wejściem w pozycję eksperta udzielającego rad, atakiem na grupę, jej znaczenie i wartość dialogu terapeutycznego, lub zupełnym wycofaniem się z jakiegokolwiek aktywności werbalnej. Wzmacniało to zapewne istniejące u pacjenta nieświadome dylematy: męskość–kobiecość, zależność od kobiet, aktywność–bierność, dominacja–uległość. Również bardzo silne były reakcje pacjenta na komentarze dotyczące znaczenia relacji emocjonalnych, w tym relacji do terapeutów. Nieco bardziej bezpieczne i być może mniej urazowe dla niego były techniki interwencji oparte na metaforach i opowieściach o symbolicznej treści. Pacjent ujawniał nieco inne reakcje podczas grupowych spotkań zawierających elementy psychodramy i terapii systemowej w postaci „rzeźby rodzinnej”. Obserwacje te pozostają spójne z zaleceniami znajduwanymi w nielicznych publikacjach zajmujących się przedstawianą problematyką [2].

Podobne do obserwowanych u kobiet z analogiczną organizacją osobowości były patologiczne zachowania jedzeniowe, nieświadomy stosunek do ciała, ogromne trudności w identyfikacji i werbalizacji stanów afektywnych i doznań płynących z obszaru ciała, obrony obsesyjno-kompulsywne w połączeniu ze zjawiskami klinicznymi pochodnymi dysocjacji (wycofanie i odrętwienie pacjenta). Te ostatnie sugerowały obecność nieprzepracowanych traum, przechowywanych w prawej półkuli, zgodnie z ustaleniami neurobiologii [16]. Podobne objawy i zachowania obserwować można u wielu kobiet z zaburzeniami jedzenia leczonych na oddziale, u których w wyniku pogłębionego wywiadu, w trakcie kolejnych spotkań terapeutycznych, wychodziły na jaw doświadczenia i przeżycia o charakterze traum relacyjnych, seksualnych i wynikających z agresji werbalnej, fizycznej oraz z zaniedbania.

Wydało się zasadne dokonanie na koniec krótkiego porównania przebiegu choroby, leczenia i reakcji na terapię u kobiet i mężczyzn chorujących na ciężkie postaci zaburzeń jedzenia. Powyższe spostrzeżenia i refleksje nie wypływają z ambicji formułowania twierdzeń o charakterze naukowym, znajdują jednak silne potwierdzenie w dostępnych publikacjach poświęconych temu zagadnieniu [2, 6, 17]. Są zaledwie przyczynkiem do budowania hipotez, które mogą w przyszłości zaowocować opracowaniami szukającymi pewnych prawidłowości weryfikowanych na drodze badań większej grupy mężczyzn leczonych na oddziale, jak również w warunkach ambulatoryjnych.

Piśmiennictwo

1. Kucharska K, Wilkos E. Zaburzenia odżywiania, W: Jarema M. red. Psychiatria, wyd. II. Warszawa: PZWL; 2016, s. 417–454.
2. Bunnell DW. Zaburzenia odżywiania u mężczyzn. W: Maine M, McGilley BH, Bunnell DW. Leczenie zaburzeń odżywiania, wyd. I. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013, s. 325–341.
3. Edward J, Ruskin N, Turrini P. Separation / Individuation: Theory and application, wyd. II. Nowy Jork, Brunner Routledge; 1992.
4. Johnson CL, red. Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia, wyd. I. Berkeley, Stanford University and The Wright Institute, Berkeley; 1990.
5. Brytek AM. Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała, wyd. I. Warszawa: Difin; 2010, s. 66–86.
6. Bąk D. Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn. Psychiatr. Pol. 2008; 42(2): 167–178.
7. Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorujących na astmę oskrzelową, wyd. I. Gdańsk: GWP; 2005.
8. Bion WR. Przekształcenia, wyd. I. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
9. Winnicott DW. Zabawa a rzeczywistość, wyd. I. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011.
10. Ogden TH. On projective identification. Int. J. Psycho-Anal. 1979; 60: 357–373.
11. Appelbaum AH, Carr AC, Kernberg OF, Koenigsberg H, Selzer MA. Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline, wyd. I. Gdańsk: GWP; 2007.
12. Fairbairn WRD. Psychoanalytic studies of the personality. Nowy Jork: Taylor & Francis e-Library; 2001.
13. Izydorczyk B. Psychologiczne i socjokulturowe zmienne wyjaśniające specyfikę funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania. W: Izydorczyk B. Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania. Warszawa: PWN; 2014, s. 90–116.

14. Cierpiałkowska L, Gościński J, red. Technika i relacja we współczesnej psychoanalizie. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2010.
15. Winnicott DW. Ego distortion in terms of true and false self. W: The maturational process and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development. Nowy Jork: International Universities Press, Inc. 1965, s. 140–157.
16. Lapiques F. Neuronauka. Wkład w poznanie i leczenie zaburzeń odżywiania się. W: Maine M, McGilley BH, Bunnell D. W: Leczenie zaburzeń odżywiania, wyd. I. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013, s. 41–56.
17. Andersen AE. Males with eating disorders. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1990.

adres: mpcurylo@wp.pl