

Małgorzata Talarczyk

**PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA PACJENEK
Z ROZPOZNANIEM ANOREKSJI PSYCHICZNEJ
SKONCENTROWANA NA PRACY Z OBRAZEM WŁASNEGO
CIAŁA — AUTORSKA WERSJA TERAPII**

**INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS DIAGNOSED
WITH PSYCHIC ANOREXIA, CONCENTRATED ON WORKING
WITH ONE'S BODY IMAGE — THE AUTHOR'S ORIGINAL THERAPY**

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

**anorexia nervosa
body image
psychotherapy**

W artykule przedstawiony jest autorski model psychoterapii indywidualnej stosowanej wobec pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej. Autorka koncentruje się na emocjach, które są związane z zaburzonym spostrzeganiem własnego ciała przez pacjentki, ideale sylwetki kreowanej przez media oraz na podobieństwach w budowie ciała pacjentki i osób z jej rodziny. Artykuł zawiera fragmenty transkrypcji dialogu terapeutycznego, obrazującego sposób pracy Autorki.

Summary

In the article I outline a therapeutic process for people with anorexia nervosa, which concerns viewing one's body image and self-esteem built around one's perceived figure. In the individual psychotherapeutic process presented here, which addresses the perception and evaluation of the body image experienced by patients, I focus on two major aspects: 1) striving for the so-called 'ideal' figure, created and fuelled by the media, disconnected from the actual inherited body build, and 2) emotions that accompany the patients in the distorted perception of their body and associated with their interpersonal relationships or intrapsychic problems. Maintaining reference to the so-called 'ideal' figure, to which the patients aspire, I search together with each patient for similarities in their body build with that of their family of origin. As the therapeutic practice shows, this enables the teenage/adult female patients to increasingly accept their body build. However, working with emotions directed towards their own body, mostly consisting of anger, I consider together with the patient whether these emotions could have been transferred from interpersonal relations to body perception and to the negative attitude towards it.

Wstęp

Prowadząc od wielu lat psychoterapię pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej, często w rozmowach z chorymi słyszę znaną i powtarzającą się narrację dotyczącą obrazu własnego ciała, która brzmi: „jestem za gruba”, „mam za grube nogi, brzuch” oraz „chciałabym mieć chude nogi”, „płaski brzuch”, „wąskie biodra”, „wyglądać jak Ania Rubik” itp. Te powtarzane przez pacjentki stwierdzenia, skłoniły mnie do szukania odpowiedzi na

pytanie dotyczące odniesień do tzw. idealnego wyglądu. Jak wynika z rozmów, „idealny wygląd” często odnosi się do aktualnego kanonu kobiecej sylwetki lansowanego w mediach. W procesie psychoterapii dotyczącej obrazu własnego ciała proponuję pacjentce szukanie podobieństw swojej budowy ciała do budowy i parametrów ciała jej rodziny generacyjnej, czyli podobieństwa chorej do rodziców, dziadków i poszerzonej rodziny. Proponowany generacyjny kontekst spostrzegania swojego ciała może, jak sądzę, stanowić pewnego rodzaju nawiązanie do podejścia transgeneracyjnego, do którego odwołuję się również w ramach sesji terapii rodzinnej [1].

Jak wynika z sesji psychoterapii indywidualnej z pacjentkami z jadłowstrętem psychicznym zaburzone spostrzeganie swojego ciała może występować z różnym nasileniem. Pacjentki mówią wówczas o godzinach czy dniach, w których nie spostrzegają swojego ciała w sposób zaburzony. Takie stwierdzenia zainspirowały mnie do szukania czynników, które mogłyby mieć wpływ na zaburzoną percepcję ciała. W ramach procesu terapeutycznego staram się razem z chorą identyfikować czynniki intrapsychiczne i interpersonalne, które towarzyszą zaburzeniom spostrzegania swojego ciała. W obszarze sfery emocjonalnej dotyczącej obrazu własnej osoby zwracam uwagę nie tyle na emocjonalny stosunek chorej do własnego ciała jako pierwotny, co na przemieszczenie na własną osobę/obraz ciała emocji, a szczególnie złości, z relacji interpersonalnych czy intrapsychicznych frustracji (np. niezadowolenia z ocen szkolnych). Dziękując się w artykule sposobem prowadzenia psychoterapii dotyczącej zaburzonego obrazu swojego ciała chorych z jadłowstrętem psychicznym, dla zobrazowania mojej pracy, przytaczam transkrypcję fragmentów sesji procesu psychoterapii jednej z pacjentek.

Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa)

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja, AN) w aktualnie obowiązujących klasyfikacjach: Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 zaliczany jest do grupy zaburzeń odżywiania [2]. Częstość występowania anoreksji na świecie wynosi od 0,51% (wg ścisłej definicji) do 3,7% (w stanach z pogranicza). Zachorowalność na anoreksję w wieku 15–29 lat wynosi 19/100 000 osób płci żeńskiej, a 2/100 000 dla płci męskiej. Objawy jadłowstrętu rozpoczynają się najczęściej między 14. a 18. r.ż. Obserwuje się wzrost zachorowań w okresie ostatnich 40 lat. Badania zachorowalności w USA wykazały wzrost zachorowalności z 3 przypadków na 100 000 w 1965 r. do 17/100 000 w 1991 r. Podobna tendencja występuje również w krajach europejskich. Przyczyny wzrostu zachorowań nie są jednoznacznie wyjaśnione, podkreśla się ogólny wzrost populacji wymagającej pomocy psychiatrycznej w okresie dziecięco-młodzieżowym, co może być m.in. związane z niedostatecznym wsparciem ze strony rodziny i szkoły oraz ze wzrostem tempa życia [3]. Podstawą klasyfikacji anoreksji psychicznej jest kryterium kliniczno-opisowe. Przyjmuje się, że anoreksja jest zaburzeniem o podłożu wieloczynnikowym, m.in. biologicznym, osobowościowym, rodzinnym i społeczno-kulturowym [4].

Obraz własnego ciała

We współczesnej psychologii klinicznej doświadczanie własnej cielesności rozpatruje się w ramach takich pojęć, jak: schemat ciała (body schemat), Ja cielesne (body self), obraz

ciała (body image), koncept/pojęcie ciała (body concept) [5]. W zakresie doświadczania cielesności wyróżnia się: schemat ciała oraz obraz ciała. Wg Bielefelda [za: 5] w skład schematu ciała wchodzi: orientacja ciała, tzn. orientacja na powierzchni i wewnątrz własnego ciała, ocena wielkości ciała, tj. określenie wielkości i miejsca, jakie ciało danej osoby zajmuje w przestrzeni, oraz wiedza o ciele, tzn. wiedza na temat budowy ciała i jego części. Natomiast obraz ciała wg Bielefelda obejmuje: świadomość ciała, czyli reprezentację psychiczną własnego ciała lub jego części, granice ciała, tzn. doświadczenie oddzielenia własnego ciała od świata zewnętrznego, oraz stosunek do ciała, czyli postawy danej osoby w stosunku do własnego ciała, z uwzględnieniem wymiaru zadowolenia/niezadowolenia z ciała [za: 5]. Wg Cash [6] na obraz ciała składa się schemat ciała oraz stosunek do ciała. Zdaniem autora schemat ciała to poznawcza reprezentacja wiedzy jednostki dotyczącej własnego ciała, natomiast stosunek do ciała to poziom zadowolenia z ciała, a także poznawcze, emocjonalne i behawioralne znaczenie ciała dla ogólnego poziomu zadowolenia z siebie.

Rabe-Jabłońska i Dunajska [7, 8] również podkreślają wielowymiarowość obrazu ciała i wyróżniają komponent percepcyjny oraz nastawienie emocjonalne, myśli i postawy względem ciała oraz jego ocenę, które z kolei modelują percepcję. Zdaniem autorek na obraz ciała składa się również stopień zbieżności/rozbieżności między obrazem idealnym a warunkami obiektywnymi. Według nich doświadczenia interapsychiczne i interpersonalne związane z własnym ciałem tworzą wewnętrzny obraz wizerunku ciała i kształtują postawę wobec niego, a tym samym wpływają na samoocenę jednostki.

Opisane w wymienionych poglądach założenia nie wykluczają się, a raczej się uzupełniają. Bielefeld [za 5] wyróżnia: schemat ciała — oparty na procesach poznawczych (orientacja ciała, wiedza o ciele) oraz obraz ciała — odnoszący się zarówno do procesów poznawczych (świadomość ciała, reprezentacja psychiczna ciała), jak i emocjonalnych (stosunek do ciała). Z kolei Cash [6] wyodrębniając obraz ciała, wpisuje w to pojęcie zarówno procesy poznawcze (schemat ciała) oraz emocjonalne (stosunek do ciała, poziom zadowolenia). Rabe-Jabłońska i Dunajska [7] w swojej koncepcji również rozpatrują wymiar percepcyjny oraz emocjonalny, zwracając jednocześnie uwagę na wzajemne zależności i modelujący wpływ percepcji na ocenę i odwrotnie. Pogłębionej analizy różnych koncepcji obrazu ciała dokonały Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk w monografii pt. „Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej” [5].

Obraz własnego ciała u pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

Kształtowanie się obrazu ciała u chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego rozpatrywane może być wg różnych koncepcji, m.in.: biologicznej — związanej z zaburzeniami myślenia, poznawczo-behawioralnej, psychoanalitycznej, a także w kontekście społeczno-kulturowym i konstrukcjonizmu społecznego

W ujęciu biologicznym — w zakresie procesów myślenia, stwierdza się nieprawidłowe przekonania dotyczące obrazu własnego ciała. Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji psychicznej — mimo znacznej niedowagi — przekonane są o nadwadze czy wręcz otyłości. U chorych utrzymywanie szczupłej sylwetki staje się wartością nadrzędną. Często stwierdza się u nich zaburzenia treści myślenia. W zależności od zachowanego wglądu zaburzenia treści myślenia występują w różnym stopniu nasilenia, które

rozpatrywać można na continuum: obsesje, myśli nadwartościowe i urojenia [9]. Jak pisze Pytlińska [9] myślenie na temat swojego wyglądu i przeżywane w związku z tym emocje często mają charakter obsesyjny: pacjentki relacjonują subiektywne uczucie przymusu objawów, zachowują jednocześnie krytycyzm wobec treści obsesji. Zdarza się jednak często, że dochodzi do zmniejszenia krytycyzmu myślenia i częściowej lub całkowitej akceptacji irracjonalnej treści obsesji. Myślenie charakteryzuje się wówczas sztywnością i całkowitą fiksacją na temacie nadwagi i sposobach jej zmniejszania. Większość chorych prezentuje przekonanie, że są „zbyt grube”, co zakwalifikować można jako myśli nadwartościowe. Natomiast w sytuacji, kiedy pacjentki są całkowicie przekonane o swojej nadwadze mimo jednoznacznych dowodów świadczących przeciwko niej, a zwłaszcza, kiedy postawa taka stanowi zagrożenie dla ich życia, możemy mówić o urojeniach, ponieważ osoby chore nie są wówczas w stanie poddać swoich sądów racjonalnej ocenie [9, 10]. Jednym z dowodów wskazującym na obecność zaburzeń treści myślenia pod postacią urojeń w anoreksji mogą być wyniki badania przeprowadzonego przez Powers i wsp., [za: 9], którzy dokonali oceny psychopatologii za pomocą skali PANNS u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego [9]. Wcześniej wykluczono u nich schizofrenię, zaburzenia schizoafektywne oraz chorobę afektywną dwubiegunową. Stwierdzono u nich wysokie nasilenie objawów na podskali badającej zaburzenia myślenia oraz na podskali oceniającej obecność urojeń. Autorzy badania zwrócili uwagę, że takie nasilenie zaburzeń w sferze myślenia w przypadku pacjentów ze schizofrenią kwalifikowałoby ich do farmakoterapii [9, 11].

Ciesielski w swoich badaniach [10] dokonał oceny zaburzeń treści myślenia w grupie pacjentek z anoreksją, używając w tym celu Skali Oceny Przekonań Brown — BABS (Brown Beliefs Assessment Scale). Analizie poddano częstość występowania oraz nasilenie irracjonalnych przekonań związanych z obrazem własnego ciała. Wyniki badania wykazały, że u 56,7% pacjentek występowały nieprawidłowości myślenia o typie przekonań nadwartościowych, natomiast u 2,1% badanych stwierdzono zaburzenia treści myślenia w postaci urojeń typu somatycznego [10, 11]. Steinglass J. i wsp. [12] również zastosowali skalę BABS w celu oceny dominujących przekonań u pacjentek z anoreksją. Wyznawane przekonania dotyczyły przeważnie obrazu własnego ciała i nastawień do odżywiania. U 20% badanych przekonania sięgały natężenia urojeń [9, 12]. Obserwacje kliniczne przebiegu jadłowstrętu psychicznego wskazują na związek pomiędzy głębokością zaburzeń treści myślenia dotyczących obrazu ciała a nasileniem innych objawów choroby, co ma wpływ na gorsze wyniki leczenia i rokowanie [9].

Probst, Vandereycken i Van Coppenolle opracowali Kwestionariusz Postaw Wobec Ciała (BAT-Body Attitude Test) [12, 13]. Służy on do subiektywnej oceny doświadczeń związanych z własnym ciałem oraz nastawieniem do niego. Obejmuje 20 pozycji opisujących nasilenie określonych objawów punktowanych na skali sześciostopniowej. Wyróżnia się 3 główne podskale: 1) Negatywną ocenę rozmiarów ciała (Negative body size appreciation); 2) Poczucie obcości własnego ciała (Body unfamiliarity); 3) Ogólny brak zadowolenia z ciała (Body dissatisfaction). W badaniach Probsta i wsp. wyraźnie zaznaczyły się istotne statystycznie ($p < 0,001$) związki między komponentą poznawczą — irracjonalne przekonania (BABS) i afektywną — postawą afektywną (BAT), dotyczącą własnego obrazu ciała [14, 15]. Zdaniem licznych autorów fałszywe sądy „jestem za gruba” współwystępują z negatywnym nastawieniem emocjonalnym do swojego wyglądu [10, 14, 15]. Probst [15]

wyróżnia trzy typy niezadowolenia wynikającego z negatywnego doświadczania swego ciała, będące wynikiem rozbieżności między realnym i idealnym obrazem ciała w populacji chorych z jadłowstrętem psychicznym: 1) chore są niezadowolone z rozmiarów swego ciała i pragną schudnąć jeszcze bardziej (zaprzeczanie istniejącemu wyniszczeniu organizmu), 2) chore są zadowolone z rozmiarów swego ciała i nie zamierzają go zmienić (opór przed przyborem masy ciała), 3) chore są świadome swojej chudości i pragną przytyć (wyrażony w różnym stopniu wgląd) [10, 14, 15]. W kontekście opisanych powyżej irracjonalnych przekonań związanych z obrazem własnego ciała, takich jak myślenie o typie przekonań nadwartościowych czy zaburzenia treści myślenia w postaci urojeń typu somatycznego, praca skoncentrowana na ciele może wiązać się także z niebezpieczeństwem nadmiernej koncentracji i fiksacji na nim, a w konsekwencji prowadzić do utrwalenia zaburzeń myślenia oraz negatywnej oceny nie tylko ciała, ale i własnej osoby.

W koncepcji poznawczo-behawioralnej istotnym czynnikiem w etiopatogenezie jadłowstrętu psychicznego jest obraz ciała. Według Casha [6] obraz ciała to poznawcza reprezentacja wiedzy na temat swojego ciała oraz uczuć przeżywanych w stosunku do niego. Cash opracował model kognitywno-behawioralny obrazu ciała, który kształtowany jest przez dwie grupy czynników, tj. czynniki „historyczno-rozwojowe” oraz czynniki „pośredniczące”. W modelu Casha czynniki „historyczno-rozwojowe” obejmują: dotychczasowe doświadczenia, myśli i działania dotyczące ciała, m.in. takie jak: doświadczenia interpersonalne, nawyki żywieniowe, cechy budowy i wagi (BMI), a także kształtujące się w życiu jednostki poczucie własnej wartości. Do „czynników pośredniczących” Cash zalicza m.in. myśli i interpretacje oraz emocje związane z ciałem, a także behawioralne strategie samoregulacji [5, 6]. W koncepcji poznawczo-behawioralnej funkcjonuje również poznawczy model wizerunku ciała opracowany przez Williamson i wsp. [16]. Według autorów modelu kształt i rozmiar ciała, będący schematem poznawczym, kształtowany jest przez indywidualne cechy jednostki, rodzaj stymulacji zewnętrznej, procesy (w tym błędy) poznawcze oraz emocje. Autorzy zwracają uwagę na sprzężenie zwrotne między reprezentacją poznawczą ciała a emocjami. Zdaniem autorów u osób mających negatywną reprezentację poznawczą swojego wyglądu, mogą występować negatywne emocje. Z kolei negatywny nastrój na zasadzie sprzężenia zwrotnego może uaktywniać niesatysfakcjonujący schemat wizerunku ciała i nasilać obniżony nastrój, jednocześnie pogłębiając zaburzenia w obrazie ciała [5, 16].

W koncepcji psychoanalitycznej autorzy zwracają uwagę na wczesno-dziecięce relacje dziecka z matką stanowiące podłoże do kształtowania się Ja cielesnego, stanowiącego pierwszy obraz Ja tworzący się w świadomości. Dotyk matki i stymulacja sensoryczno-priopriocetywna umożliwia noworodkowi wyodrębnienie pierwotnego schematu ciała i jego granic. Według Kreugera regulacja podstawowych stanów, takich jak głód/sytość, sen/czuwanie, aktywność/ odpoczynek oraz podstawowych potrzeb, takich jak afiliacja, więź, ekspresja, eksploracja, ma miejsce w relacji z matką [17]. Wg autorów na przebieg jadłowstrętu psychicznego istotny wpływ mają zaburzenia wizerunku ciała spowodowane brakiem integracji cielesnej oraz psychicznej struktury Ja, a także rozproszone granice własnego ciała [17, 18]. Zdaniem Bruch [19, 20] zaburzenia obrazu ciała u chorych z rozpoznaniem anoreksji mają związek z zaburzeniami spostrzegania (przewaga procesów analizowania nad syntetyzowaniem) oraz poznawczej interpretacji

bodźców płynących z wnętrza ciała — świadomość interoreceptywna. Według tej autorki zaburzenia pojęcia i obrazu Ja związane są z trudnościami w procesie separacji/indywidualizacji w okresie pierwszych trzech lat życia. Jeżeli w tym czasie dziecko jest „programowane” zgodnie z potrzebami matki, co przejawia się w niewystarczającym dostrzeganiu jego potrzeb, a spostrzeganiu ich przez pryzmat jej własnych potrzeb, wówczas dziecko nie uczy się rozpoznawania własnych uczuć i pragnień, czuje się dezorientowane i bezradne. Konsekwencją są trudności dziecka w kształtowaniu granic obrazu ciała oraz integracji self [19, 20].

Kontekst społeczno-kulturowy oraz perspektywa nurtu konstrukcjonizmu społecznego. Wizerunek kształtu kobiecej sylwetki zmieniał się wraz ze zmianami historycznymi. Podobnie też zmianom ulegało myślenie, rozumienie i podejście dotyczące zaburzeń odżywiania. Preferencje historyczno-kulturowe dotyczące kształtów kobiecego ciała widoczne są w dziełach sztuki literackiej czy malarskiej. Szczególnie sylwetki kobiet uwiecznione w dziełach malarskich pozwalają porównać wizerunki kobiecego ciała na przestrzeni minionych wieków. W epoce renesansu słynne dzieła Tycjana ukazują pełne kształty kobiecego ciała, które w dzisiejszych czasach, zgodnie z obowiązującymi normami, uznane zostałyby za oznakę nadwagi czy nawet otyłości. Również znane i stosowane jest dzisiaj określenie „rubensowskie kształty”, które nawiązuje do okresu baroku i twórczości Rubensa, w której wizerunek kobiety ukazany jest w pełnej obfitości kształtów [21, 22]. Natomiast w późniejszych epokach, np. rokoko czy belle epoque, kobieca sylwetka prezentowana jest jako szczuplejsza, ale przy zachowaniu atrybutów kobiecych kształtów i ze szczególnym podkreśleniem talii. Na przestrzeni XX wieku wizerunek kobiecego ciała również ulegał zmianom [23]. W latach 20. modna była bardzo szczupła i koścista sylwetka kobieca, w latach 30. i 40. kształty bardziej krągłe, w latach 50. pożądana była sylwetka pełniejsza w biuście i biodrach z podkreśloną talią; z kolei w latach 60. wzorcem była bardzo szczupła sylwetka. Jak pisze Jablow [23], wraz z promowaniem sylwetki pozbawionej kobiecych kształtów, kojarzonej również z bezradnością i dziewczęcnością, coraz bardziej popularny był wizerunek bardzo szczupłej sylwetki [23]. Jednocześnie promowanie takiego wizerunku w mediach (aktorki, modelki, celebrytki) spowodowało, że szczupłość stała się wymaganym standardem, utożsamianym z sukcesem, szczęściem i powodzeniem.

Czynniki społeczno-kulturowe dotyczące wizerunku własnego ciała, w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, rozpatrywać można również z perspektywy konstrukcjonizmu społecznego. Według tego nurtu rozpatrywanie zjawisk możliwe jest w kontekście czasu i miejsca, w tym również środowiska. Konstrukcjonizm społeczny zakłada, że wiedza ma charakter społeczny: powstaje i jest podtrzymywana w ramach społecznych interakcji i uzgodnień. Wiedza także implikuje społeczne zachowania. Oznacza to, że uwarunkowania kulturowe określają, czy dane zachowanie może być traktowane jako zaburzenie czy nie [19, 24–26]. Dlatego też rozpatrywanie jadłowstrętu psychicznego z perspektywy konstrukcjonizmu społecznego nasuwa refleksję, iż interpretacja zachowań anorektycznych, a także przyjętych standardów kobiecego ciała, zależą od kontekstu kulturowego i dominującego dyskursu w danym okresie. Konstrukcjonizm społeczny pozwala więc nie tylko na perspektywę uwzględniającą kontekst czasu, ale także miejsca i środowiska, pokazując, że zachowania globalnie interpretowane jako zaburzenie mogą lokalnie zyskiwać status

pożądaney normy. Na przykład oczekiwana i lansowana bardzo szczupła, a czasem wręcz wychudzona sylwetka ciała przyjęta jako standard w środowiskach m.in. modelki czy baletnicy, może stać się standardem ogólnie przyjętym społecznie [27].

W mojej praktyce terapeutycznej obserwuję zjawisko „przemieszczania” różnego rodzaju negatywnych emocji i dyskomfortu psychicznego na wizerunek ciała. Skłania mnie to do postawienia hipotezy, iż jest on obszarem, na który chore z rozpoznaniem anoreksji psychicznej kierują swoje frustracje i w którym kumulują je. Np. pacjentka, będąc niezadowolona z ocen szkolnych czy relacji interpersonalnych, jakby „automatycznie” przenosi negatywne emocje w obszar wizerunku swojego ciała, co powoduje nasilenie jej niezadowolenia z budowy, kształtu czy wagi jej ciała.

Transkrypcje fragmentów sesji dotyczących pracy nad obrazem własnego ciała

Dla zobrazowania prowadzonej przeze mnie w ramach procesu terapii indywidualnej pracy dotyczącej obrazu ciała przytaczam poniżej fragmenty transkrypcji sesji z jedną z pacjentek, Moniką lat 15. Imię pacjentki oraz niektóre informacje, które mogłyby pacjentkę identyfikować zostały zmienione, natomiast transkrypcje sesji cytuję w oryginale, bez korekt. Pacjentka oraz jej rodzice wyrazili pisemną zgodę na cytowanie oraz publikację w czasopiśmie naukowym wypowiedzi pacjentki z sesji indywidualnych.

Kontekst skierowania — pacjentka została skierowana na terapię przez psychologa szkolnego, od niego także rodzice pacjentki otrzymali kontakt do mojego gabinetu. Z racji wieku pacjentki (15 lat) wizytę umówili rodzice.

Kontekst pracy — terapia prowadzona była przeze mnie w gabinecie prywatnym. Na pierwszą wizytę, uzgodnioną telefonicznie, zaprosiłam rodziców razem z córką. Przed skierowaniem pacjentki na terapię, dziewczynka była hospitalizowana na oddziale pediatrycznym w swoim miejscu zamieszkania z powodu omdlenia, wypisana z rozpoznaniem: anorexia nervosa. Dane z wywiadu od rodziców: pacjentka Monika, lat 15, od urodzenia rozwijała się prawidłowo, nie chorowała (poza chorobami dziecięcymi). Przez 10 miesięcy przed wizytą dziewczynka odchudzała się, w tym czasie schudła 17 kg, również nie miesiączkowała. Wzrost pacjentki: 173 cm, waga przy pierwszej wizycie 46 kg (15 BMI). Pacjentka, uczennica II klasy gimnazjum, wygląd zadbany, choć widoczne zmęczenie i niedowaga. Rodzina pacjentki składa się z pięciu osób: matki, ojca, siostry 13 lat oraz brata 10 lat.

Kontrakt — na potrzeby psychoterapii, w ramach diagnozy nozologicznej oraz ze względu na wiek pacjentki, widziałam potrzebę pracy indywidualnej dotyczącej m.in. funkcji objawów w okresie rozwojowym pacjentki oraz pracę z rodziną dotyczącą zarówno objawów i ich redukcji, jak i relacji rodzinnych. W związku z tym zaproponowałam Monice i jej rodzicom psychoterapię indywidualną oraz rodzinną, a także zaproponowałam prowadzenie obu form terapii przez dwóch różnych terapeutów lub przez jednego terapeutę. Rodzice oraz ich córka z chęcią przyjęły propozycję prowadzenia terapii indywidualnej oraz rodzinnej przez jednego terapeutę. W mojej pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą, w określonych przypadkach, decyduję się samodzielnie prowadzić zarówno terapię indywidualną, jak i rodzinną. W prowadzonej w ten sposób pracy odwołuję się do koncepcji wielopoziomowego modelu integracyjnego L. Feldmana, która pozwala na oddziaływanie

w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą, zarówno na procesy intrapsychiczne, jak i interpersonalne [28]. Szerokie uzasadnienie łączenia przeze mnie terapii indywidualnej i rodzinnej, w kontekście relacji terapeutycznej oraz dialogowego Ja, z uwzględnieniem plusów i minusów tak prowadzonej pracy, opisałam w artykule pt. „Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej w zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży w kontekście relacji terapeutycznej, dialogowego Ja oraz praktyki terapeutycznej” [1]. Szersze omówienie tego zagadnienia wykraczałoby poza temat i zakres niniejszego artykułu.

Ustaliłam wspólnie z pacjentką i jej rodzicami częstotliwość spotkań: sesje rodzinne i sesje indywidualne odbywać się miały naprzemiennie: raz w miesiącu sesje rodzinne i raz w miesiącu sesje indywidualne, czyli pacjentka będzie mieć kontakt z terapeutą co dwa tygodnie (raz z rodzicami, a raz indywidualnie). Zaproponowałam, aby w sesjach rodzinnych brali również udział brat i siostra pacjentki. Sesje rodzinne, odbywające się raz w miesiącu, to standardowa częstotliwość spotkań rodzinnych terapii prowadzonej w paradygmacie systemowym. Natomiast częstość sesji indywidualnych wiązała się z możliwościami finansowymi rodziców pacjentki (terapię prowadziłam w gabinecie prywatnym). Pacjentka w trakcie psychoterapii nie była leczona psychiatrycznie, ale pozostawała pod opieką lekarza pediatry.

Do czasu sesji poświęconych obrazowi własnego ciała, odbyły się cztery sesje indywidualne oraz trzy sesje rodzinne. Sesje terapii rodzinnej prowadziłam w paradygmacie systemowym, z wykorzystaniem kilku podejść, m.in. podejścia strukturalnego, strategicznego czy transgeneracyjnego. Natomiast terapię indywidualną prowadziłam stosownie do wieku chorej, z wykorzystaniem paradygmatu poznawczo-behawioralnego, a także podejścia narracyjnego, szczególnie w omawianiu zagadnień dotyczących spostrzegania obrazu własnego ciała, plusów i minusów choroby, subiektywnego poczucia kontroli, poczucia wolności i zastępowania gratyfikacji, jakie daje choroba. W niniejszym opracowaniu prezentuję fragmenty transkrypcji dwóch sesji, w ramach których omawiałam z pacjentką zagadnienia dotyczące wyobrażenia swojego ciała. Szerszy opis pracy terapeutycznej dotyczący łączenia terapii indywidualnej i rodzinnej w pracy z chorą na jądłowstręt psychiczny jest w opracowaniu.

Transkrypcja fragmentu sesji dotycząca spostrzegania swojego ciała w kontekście generacyjnym

Terapeuta: Moniko mówiłaś, podczas ostatniej naszej rozmowy, że jesteś niezadowolona ze swojego wyglądu, bo nie wyglądasz idealnie. Co miałaś na myśli, mówiąc o idealnym wyglądzie?

Pacjentka: No, że nie wyglądam tak, jakbym chciała.

T.: A jak chciałabyś wyglądać?

P.: No nie wiem, chciałabym mieć chudsze uda, węższe biodra i mniejszy brzuch.

T.: Czy w swoim wyglądzie chciałabyś być do kogoś podobna?

P.: No nie wiem, chyba tak.

T.: Do kogo?

P.: Podoba mi się Ania Rubik, chciałabym tak wyglądać, jak ona.

T.: A czy Ania Rubik jest podobna do kogoś w Twojej rodzinie?

P.: No nie.

T.: A Twoja sylwetka do kogo jest podobna z rodziny?

P.: Nie wiem, może trochę do mamy?

T.: W czym Twoja sylwetka jest podobna do mamy?

P.: Biodra mam takie jak mama, mama też ma takie szerokie biodra.

T.: Do kogo jeszcze z rodziny podobna jest Twoja budowa ciała?

P.: Też trochę do babci, bo ma takie grubsze uda.

T.: Do babci, z czyjej strony: mamy czy taty?

P.: Od taty, ale babcia od mamy to ma z kolei brzuch.

T.: Twoje babcie i mama wyglądają tak obecnie, a czy widziałas może ich zdjęcia, gdy były w Twoim wieku?

P.: Mamę na zdjęciach widziałam.

T.: Co możesz powiedzieć o sylwetce mamy, gdy była w Twoim wieku?

P.: Mama była szczupłą, w sumie fajnie wyglądała, tylko była śmiesznie ubrana.

T.: A babcie widziałas na zdjęciach, z ich lat młodości?

P.: Tak, babcie od mamy pamiętam, że widziałam na jakimś zdjęciu w albumie.

T.: Jaką miała sylwetkę?

P.: Taką w sam raz, raczej szczupłą.

T.: Czy mogłabyś w domu, poszukać z rodzicami zdjęć babci ze strony taty? Może jeszcze inne zdjęcia znajdziesz mamy i jej mamy z lat ich młodości.

P.: Dobrze, nie myślałam o tym, żeby oglądać ich zdjęcia.

T.: Moniko, czy w takim razie jest możliwe, abyś mogła być podobna do Ani Rubik, skoro nie masz nic wspólnego z jej rodziną?

P.: No nie.

T.: A jest prawdopodobne, abyś była podobna do swojej rodziny, z której pochodzisz?

P.: Tak, jestem podobna do mojej rodziny.

T.: I co o tym myślisz?

P.: [po namyśle] No w sumie, to logiczne i nawet fajne, bo teraz wiem, dlaczego mam taką budowę.

T.: I wiesz też, co masz po kim z rodziny.

P.: Tak.

T.: Czy w takim razie chęć bycia podobną do Ani Rubik jest teraz u Ciebie taka sama, mniejsza czy większa?

P.: Mniejsza [śmiech pacjentki].

T.: Czy chciałabyś jeszcze wrócić do tego tematu po obejrzeniu zdjęć babci ze strony taty i może innych osób z Twojej rodziny?

P.: Tak.

Transkrypcja fragmentu sesji dotyczącej przemieszczania negatywnych emocji na wizerunek swojego ciała w terapii indywidualnej

Pytanie terapeutki: Zmienia się też Twoje spostrzeżenie siebie, prawda? Czy ono jest już częściej zbliżone do tego, co widzisz na zdjęciach oraz do tego, co inni mówią na temat Twojego wyglądu? Zawsze jest takie porównywalne z tym, co inni mówią czy jeszcze czasami nie?

Pacjentka: Mmm, czasami nie.

T.: A kiedy nie?

P.: To znaczy?

T.: Czy jakieś czynniki, jakieś przyczyny mogą wpływać na to, że czasami nie widzisz siebie tak adekwatnie, czyli widzisz siebie za grubą?

P.: Nie, nie wiem. Tak po prostu, nie wiem, może jakaś głupia myśl.

T.: Jaka głupia myśl?

P.: No, że na przykład coś mi wystaje.

T.: Ale co Ci wystaje?

P.: Nie wiem, mi się czasami wydaje, że brzuch albo coś takiego, ale wtedy nie dopuszczam do siebie już takiej myśli. Ale nie przejmuję się, bo wiem, że za chwilę będę uważać, że wszystko jest w porządku.

T.: Aha. A Moniko, czy może być tak, że Ty czasami widzisz, ten wystający brzuch, kiedy na przykład, jesteś z innego powodu jakoś z siebie niezadowolona? Czy jest to obok siebie, jakoś?

P.: Myślę, że tak.

T.: A na czym to polega, że jest obok siebie?

P.: Nie wiem, może jak jestem na coś zła?

T.: Na co? Na kogo?

P.: Nie wiem, jak mnie siostra denerwuje nawet.

T.: To wtedy co?

P.: Nie wiem, to wtedy jestem zła i wszystko mi się wydaje złe, że jak spojrzę na siebie, to mi się wydaje, że ten brzuch wystaje.

T.: Mmm. Ale właśnie, czy to w takim razie może być tak, że skoro, kiedy jesteś zła albo niezadowolona, gdy coś jest nie po Twojej myśli, to wtedy tak bardzo źle widzisz siebie w lustrze, w sensie takim, że widzisz wystający brzuch. Czyli nie podobasz się sobie wtedy, tak?

P.: Tak [*szeptem*].

T.: A w jakim sensie to może być związane z zewnętrznymi okolicznościami, na przykład z tym, co się dzieje między Tobą a siostrą? W ilu procentach, to ma wpływ na to, jak Ty widzisz siebie w lustrze?

P.: 70%?

T.: O, to sporo.

P.: No bo to chyba, jak jestem zła, to siebie inaczej spostrzegam.

T.: Mmm. Czy w takim razie, kiedy będziesz siebie źle spostrzegać w lustrze, mogłabyś się zastanowić, o co, na kogo, jesteś zła?

P.: Mmm [*potwierdzająco*].

T.: Mogłabyś przywołać wtedy taką refleksję? Poszukać, co jest przyczyną, że źle siebie spostrzegasz? Tak?

P.: Tak.

T.: Co myślisz o takim powiązaniu i szukaniu takich zależności?

P.: [*Pauza ok. 2 min*] Wtedy, kiedy jestem zła albo z siebie niezadowolona, to inaczej siebie spostrzegam, niż wtedy, gdy jestem wesoła, zadowolona.

T.: Czyli kiedy jesteś zła, niezadowolona, to skupiasz tę złość na sobie, tak?

P.: Mmm [*twierdząco*].

T.: Mmm. A co mogłabyś robić ze złością? Innego niż źle widzieć siebie?

P.: Nie wiem.

T.: A zdarzało Ci się czasem odczuwać złość, zanim zachorowałaś?

P.: Mmm [*twierdząco*].

T.: I co robiłaś ze złością?

P.: Jak się denerwuję, na przykład na kogoś, to nie potrafię zachować spokoju, tylko krzyczę.

T.: Ale „denerwuję”, to masz na myśli złość? Czy jeszcze jakieś inne emocje, że na przykład jest Ci przykro?

P.: To też.

T.: Też?

P.: Jak jestem też w złym humorze.

T.: W złym humorze, czyli odczuwasz takie nieprzyjemne emocje, tak?

P.: Tak.

T.: Tak, to wtedy krzyczysz, krzyczałaś kiedyś tak? Czy teraz też krzyczysz?

P.: Teraz też, jak jestem z czegoś niezadowolona, jak coś mi nie wychodzi, no to szukam, jakby dziury w całym, to całą swoją złość potrafię przelać na kogoś innego.

T.: Mmm. Ale teraz, jak jesteś chora i kiedy widywałaś tak często siebie grubą, to też ta złość była kierowana na zewnątrz? Czy jakoś w mniejszym stopniu?

P.: Nie, wtedy chciałam być cały czas sama.

T.: A czy to mogło być tak, że ta złość, którą kiedyś wykrzykiwałaś przedtem, że ta złość została przekserowana na to, jak Ty siebie źle widzisz? I byłaś wtedy zła na siebie?

P.: Tak.

T.: Na pewno?

P.: Tak, byłam wtedy zła na siebie, że coś mi się nie udało i że to jest moja wina. I, że tak wyglądam, że powinnam się postarać jeszcze schudnąć.

T.: Czy to mogło być tak, że złość, która dotyczyła kogoś na zewnątrz i kiedyś była, jak mówisz, na zewnątrz wykrzyczana, okazana na zewnątrz, teraz przekierowana została na Ciebie i na złość na siebie, tak?

P.: Tak.

T.: Mmm. Czy teraz, skoro coraz rzadziej widzisz siebie grubą, to oznacza, że mniej się złościś, czy coś innego dzieje się z tą złością?

P.: Wtedy bardziej krzyczę na innych.

T.: Czyli wracasz do tego, co robiłaś kiedyś?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: To jest dla Ciebie bardziej korzystne czy mniej korzystne?

P.: Może mniej, bo jak jestem zła, to potrafię bardziej komuś coś powiedzieć, zrobić przykrość.

T.: I potem jest Tobie przykro, że powiedziałaś za dużo, tak?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: A gdyby udało nam się znaleźć jakiś taki sposób, który nie będzie ranił innych, ale też nie będzie skierowany przeciwko Tobie? To byłabyś zainteresowana takim sposobem?

P.: Tak.

T.: Tak. Bo złość jest emocją, która jest naturalna, ludzie się złością. Kwestią do pracy ewentualnie może być to, co robić z tą złością, w jaki sposób z nią sobie radzić, jeżeli nie jesteś zadowolona z tego, jak sobie radziłaś. Czy w tym czasie, wcześniej, jak mówisz złościłaś się na innych, krzyczałaś i w czasie, kiedy zaczęłaś być w takiej fazie życia, gdzie przeciwstawianie się innym jest wpisane, jest naturalne, to ta Twoja złość, została skupiona na Tobie, na spostrzeganiu tego negatywnego wglądu?

P.: Tak.

T.: Jak sądzisz, na ile Twoja choroba mogła mieć związek ze złością?

P.: [Pauza 2 min] Myślę, że duży, bo, bo ja dużo od siebie wymagam i jeśli widziałam, że coś mi nie wychodzi, coś mi się nie podobało, to chciałam to zmienić. Potem to jakby zaszło za daleko.

T.: Ale co zaszło za daleko?

P.: No bo na początku miałam w planie zrzucenie tylko paru kilo, a potem zaczęłam jakby przesuwac tę granicę i wtedy się tak jakby pogubiłam.

T.: Ale Ty powiedziałaś, że często jakby za dużo wymagasz od siebie, ale czy to tylko dotyczyło jedzenia, czy innych spraw też?

P.: Innych też.

T.: Na przykład, czego jeszcze?

P.: Nie wiem, nauki.

T.: I zdarzało się tobie być niezadowolona z ocen, z osiągnięć?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: I co robiłaś z tym niezadowoleniem, z tą złością?

P.: Nie wiem, no potem uczyłam się więcej, chciałam to nadrobić, jeśli chodzi o oceny.

T.: Ale z tym samym uczuciem, z tą emocją, gdy dowiadujesz się o jakiejś ocenie i czujesz złość, jest Ci przykro, co robiłaś z tym stanem? Zanim zachorowałaś.

P.: Nie wiem.

T.: Czy rozmawiałaś o tym z rodzicami, czy płakałaś, czymś się zajmowałaś?

P.: [Pauza ok. 2 min] Nie wiem. Czymś się raczej zajmowałam, nie wiem, nie pamiętam.

T.: Mmm, ale też powiedziałaś, że starałaś się uczyć więcej, żeby to poprawić, tak?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: Może Twoja złość dotyczyła nie tylko nauki czy stawianych sobie wymagań, czy jeszcze czegoś dotyczyła Twoja złość? Może dotyczyła też relacji z ludźmi, na przykład.

P.: No kłótnie z siostrą czy z rodzicami.

T.: Ale to były kłótnie, czyli wyrażałaś złość, tak?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: Ale, jak zaczęłaś się odchudzać, jak zaczęła się choroba, to przestałaś tę złość wyrażać czy nie?

P.: Na początku jeszcze tak, potem przestałam. Miałam ochotę tylko siedzieć sama i z nikim innym.

T.: Mmm. I czy to było tak, że potem zaczęłaś się złościć na siebie?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: A teraz jak jest?

P.: Teraz jest tak, bardziej jak kiedyś, nie złuszczę się tak na siebie, tylko tak, jak kiedyś, nie zamykam się w czterech ścianach i nie chcę być tylko sama, tylko przelewam tą złość, nie wiem, krzykiem, na kogoś innego.

T.: Mmm, ale w czasie takiej zaostrojonej anoreksji, z tego, co wiem, bo też mówili o tym Twoi rodzice, ta złość dotyczyła głównie jedzenia, tak? Czy oporu przed jedzeniem, tak?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: Czy oporu przed jedzeniem, tak?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: I tu była Twoją złość zogniskowana?

P.: Mmm [potwierdzająco].

T.: A teraz, jak rozumiem, zaczynasz złościć się na innych, tak?

P.: Tak.

T.: A jak na tę Twoją złość reagują Twoi rodzice?

P.: [Pauza ok. 2 min] Jest im przykro, bo potrafię powiedzieć, jakby za dużo. Znaczący nie myślę nad tym, co mówię i na pewno jest im przykro.

T.: I co to dla Ciebie oznacza?

P.: Mi też jest przykro.

T.: Mmm. Czy chciałbyś, żebyśmy kiedyś poszukały takich rozwiązań, co robić ze złością, która każdy odczuwa.

P.: Tak.

T.: Żeby nie ranić innych, ale powiedzieć o tej złości.

P.: Tak.

T.: Mmm. A u Ciebie to jest tak, że Ty od razu mówisz co czujesz, czy Ty jakiś czas to w sobie trzymasz, kumulujesz i potem wybuchasz?

P.: Nie, ja od razu raczej mówię.

T.: Od razu. Mmm [*potwierdzająco*]. A teraz bardziej złością Cię sytuacje na zewnątrz, związane z relacjami z ludźmi, czy to, że Twój brzuch jest za gruby?

P.: Nie, z relacjami na zewnątrz.

T.: Aha, czyli znowu Twoje emocje wracają do kontaktu z ludźmi, w świat zewnętrzny, tak?

P.: Tak.

T.: Czy to Twoim zdaniem może też mieć wpływ na to, jak siebie widzisz w lustrze?

P.: Że mam więcej jakby kontaktu z ludźmi, tak?

T.: Czy tak wcześniej mówiłyśmy, być może to, że taka byłaś zła na siebie, w związku z tym brzuchem, który widziałas, to dotyczyło odczuwania złości związanej z czymś innym? Czyli byłaś zła na przykład na kogoś, czy na siebie o coś innego, a karciłaś siebie, widząc ten gruby brzuch?

P.: No, tak kiedyś było.

Podsumowanie

Zajmując się terapią chorych nastolatków z rozpoznaniem anoreksji psychicznej, proponuję zwykle dwie formy terapii: indywidualną oraz rodzinną. W procesie psychoterapii indywidualnej koncentruję się na różnych aspektach, m.in. na czynnikach predysponujących, wyzwalających oraz podtrzymujących zaburzenie. Jednym z czynników wyzwalających i podtrzymujących anoreksję jest zaburzone wyobrażenie obrazu własnego ciała, któremu poświęcam zwykle jedną lub dwie sesje, w zależności od jego natężenia. Temat pracy nad obrazem własnego ciała proponuję po nawiązaniu z pacjentką przymierza terapeutycznego i dobrego kontaktu, co w przypadku chorych na anoreksję nie zawsze ma miejsce od początku procesu terapii. W pracy nad obrazem własnego ciała koncentruję się szczególnie na dwóch zagadnieniach: wpływu emocji na wyobrażenie swojego ciała oraz udziału czynników dziedzicznych w budowie ciała. Pracując nad wpływem emocji z obszarów intrapsychoicznego i interpersonalnego nawiązuję do poznawczego modelu wizerunku ciała oraz udziału sprzężenia zwrotnego między emocjami a reprezentacją poznawczą swojego wyglądu. Jak pokazuje praktyka terapeutyczna, negatywna reprezentacja swojego wyglądu wywołuje u pacjentek negatywny nastrój, a z kolei negatywne emocje przemieszczone na własne ciało, pogłębiają niesatysfakcjonujący schemat wizerunku ciała i nasilają ich negatywne emocje. Rozpoznanie oraz zidentyfikowanie wpływu emocji na spostrzeganie obrazu swojego ciała jest, moim zdaniem, ważnym krokiem w kierunku zmiany wyobrażenia, oceny i myślenia na jego temat.

Drugim ważnym zagadnieniem w pracy nad obrazem swojego ciała jest urealnienie wymagań dotyczących proporcji i budowy ciała, co staje się możliwe dzięki odwołaniu

się w procesie terapii do transgeneracyjnych „przekazów”, czyli w ujęciu biologicznym — genetycznego podobieństwa budowy ciała do członków rodziny pochodzenia. Proponowane chorem „transgeneracyjne” spojrzenie na swoje ciało pomaga pacjentkom nie tylko dostrzec, ale często też zaakceptować budowę ciała, a tym samym rozstać się z dążeniem do tzw. ideału wyglądu. Opisany przeze mnie sposób pracy stosuję od kilku lat w terapii z chorymi z rozpoznaniem anoreksji psychicznej i obserwuję zaciekawienie oraz pozytywne nastawienie pacjentek do proponowanych tematów, a także pozytywne efekty dotyczące obrazu własnej osoby, polegające na stopniowej akceptacji kształtu i rozmiaru ciała.

Piśmiennictwo

1. Talarczyk M. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej w zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży w kontekście relacji terapeutycznej, dialogowego Ja oraz praktyki terapeutycznej. *Psychoter.* 2015; 4(175): 65–76.
2. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
4. Talarczyk M, Nowakowska I. Praca skoncentrowana na ciele, jako jedna z metod terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego — doświadczenia kliniczne. *Psychoter.* 2013; 1(164): 43–54.
5. Brytek-Matera A, Rybicka-Klimczyk A. Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2009.
6. Cash TF. Cognitive — behavioral perspectives on body image. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, London: The Guilford Press; 2004.
7. Rabe-Jabłońska J, Dunajska A. Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania. *Psychiatr. Pol.* 1997; 6: 723–738.
8. Rabe-Jabłońska J. Związki między dysmorfofobią i zaburzeniami odżywiania się. *Psychiatr. Pol.* 1998; 32; 2: 155–164.
9. Pytlińska N. Biologiczne i psychospołeczne czynniki związane z przebiegiem anoreksji u dziewcząt. Praca doktorska, UM Poznań; 2010.
10. Ciesielski R. Zaburzenia treści myślenia a obraz ciała w jadłowstręciu psychicznym. Praca doktorska, AM Poznań; 2005.
11. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
12. Steinglass JE, Eisen JL, Attita E, Mayer, Walsh BT. In anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *J. Psychiatr. Pract.* 2007; 13: 65–71.
13. Cassno GB, Minati M, Pini S, Rotondo A, Banti S, Borri Ch, Camilleri V, Mauri. Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: a preliminary report. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 33: 172–177.
14. Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat. Disord. J. Treat. & Prev.* 1995; 3: 133–145.

15. Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H. Body size estimation in eating disorders using video distortion on life-size screen. *Psychother. Psychosom.* 1997; 1: 87–91.
16. Williamson DA, Stewart TM, White MA, York-Crowe E. An information-processing perspective on body image. W: Cash TF, Pruzinsky T. red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* New York, London: The Guilford Press; 2004.
17. Kreuger DM. Psychodynamic perspectives on body image. W: Cash TF, Pruzinsky T. red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* New York, London: The Guilford Press; 2004.
18. Kreuger DM. Integrating body self and psychological self. *Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy.* New York, Brunner-Routledge; 2002.
19. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
20. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within.* New York: Basic Books; 1973.
21. Zuffi S, red. *Historia portretu. Przez sztukę do wieczności.* Warszawa: Wydawnictwo Arkady; 2001.
22. <http://wikipedia.pl//>
23. Jabłow MM. *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość.* Gdańsk: GWP; 2000.
24. Chrzastowski S, de Barbaro B. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
25. Józefik B. *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków: 2014
26. Gadowski JB, de Barbaro B, red. *Narracja. Teoria i praktyka.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków: 2008.
27. Talarczyk M. Anoreksja psychiczna z perspektywy koncepcji Karla Jaspersa, Ericha Fromma oraz nurtu konstrukcjonizmu społecznego — hipotezy i refleksje. *Psychiatr. Pol.* 2012; 3: 429–440.
28. Feldman L. *Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.

Adres: talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl