

Małgorzata Talarczyk

KOMPLEMENTARNE STOSOWANIE PSYCHOTERAPII W PROCESIE LECZENIA PACJENTEK Z ROZPOZNANIEM JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO ORAZ REFLEKSJE DOTYCZĄCE BADAŃ OPARTYCH O PRAKTYKĘ TERAPEUTYCZNĄ

COMPLEMENTARY APPLICATION OF PSYCHOTHERAPY TO THE TREATMENT OF FEMALE PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA AND REFLECTIONS ON RESEARCH, BASED ON THERAPEUTIC PRACTICE

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM Poznań

„System” Specjalistyczny Gabinet Psychologiczny i Ambulatorium Terapii Zaburzeń Odżywiania w Poznaniu

psychotherapy
anorexia nervosa
psychotherapy research

Streszczenie

Autorka dzieli się doświadczeniami z wieloletniej praktyki w leczeniu pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Odwołując się do wprowadzonego przez Seligmmana rozróżnienia badań skuteczności (ang. efficacy studies) oraz badań efektywności (ang. effectiveness studies) psychoterapii, zastanawia się również nad możliwością przeprowadzania badań w przypadku złożonego i komplementarnego procesu terapeutycznego. Komplementarność prowadzonej psychoterapii polega na stosowaniu na poszczególnych etapach procesu terapeutycznego podejścia systemowego oraz elementów podejścia poznawczo-behawioralnego, a także różnych form psychoterapii — indywidualnej i rodzinnej. W artykule opisano psychoterapię osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego leczonych ambulatoryjnie w latach 2003–2019. W ciągu ostatnich 16 lat psychoterapią objętych było 475 polskich pacjentek w przedziale wieku 11–25 lat. W trakcie praktyki klinicznej i terapeutycznej oraz zdobywania doświadczenia, autorka wypracowała sposób leczenia terapeutycznego, który daje szeroko rozumiane pozytywne efekty. Odnośnie do badań psychoterapii autorka stawia pytania: czy i jak mogłyby przebiegać badania psychoterapii prowadzonej w sposób łączący różne formy i różne paradygmaty? Jak w takich badaniach wyodrębnić i uwzględnić czynnik niespecyficzny, jakim jest osoba terapeuty? A także, w jaki sposób określić czynniki pozaterapeutyczne wpływające na procesy poznawcze oraz intelektualne osoby (osób — w przypadku terapii rodzinnej) korzystającej z terapii? I czy możliwe jest uwzględnienie opisanych powyżej oddziaływań terapeutycznych w Zintegrowanym Systemie Kształcenia (ZSK)

Summary

The author shares her experience which she has gathered in the course of her long-time therapeutic practice of treating female patients with anorexia nervosa. She refers to the differentiation made by

Seligman between efficacy studies and effectiveness studies in psychotherapy. She also considers the possibility of conducting research in the context of a complementary and complex therapeutic process. The complementarity of psychotherapy consists in the application of the systemic approach and elements of the cognitive-behavioural approach at respective stages of the therapeutic process, as well as the application of individual and family psychotherapy. In the article, the author describes the psychotherapy of people with anorexia nervosa treated on an outpatient basis between 2003–2019. The therapy was conducted individually and on a family basis. In the last 16 years, this psychotherapy has been applied to 475 Polish female patients aged 11–25. In the course of her therapeutic and clinical practice, and based on her gathered experience, the author has developed a therapeutic treatment which gives broadly understood positive effects. As regards research in psychotherapy, the author poses the following questions: Could one conduct research in psychotherapy which integrates various forms and paradigms? If yes – how? How to isolate and include a non-specific factor (the therapist) in such research? How to determine extra-therapeutic factors influencing the cognitive and intellectual processes of a person (people, in the case of family therapy) who is undergoing therapy? Is it possible to include the therapeutic influences described above in the Integrated Qualification System?

Wstęp

Leczenie osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego nasuwa pytanie o skuteczność lub efektywność psychoterapii. Na wyciąganie wniosków ich dotyczących pozwalają dane z badań. Praktyka kliniczna oparta na dowodach (EBP — Evidence-Based Practice) — jako element (EBM — Evidence-Based Medicine) „to postulat używania określonych metod terapeutycznych, w określonych sytuacjach klinicznych, wobec których udało się pozyskać dowody naukowe przemawiające za ich skutecznością” [1, s. 10]. Badania prowadzone w ramach nurtu EBP (jako jeden z wariantów określania efektywności) ukierunkowane są na ocenę efektów codziennej i typowej pracy terapeutów [1-3]. Szymon Chrzastowski [4] opisał i poddał analizie, jak trudne jest prowadzenie w obszarze psychoterapii badań opartych na założeniach (EBM — Evidence-Based Medicine), co jest związane z trudnością kontrolowania zmiennych wpływających na jej proces.

Kiedy uwzględnimy czynnik niespecyficzny (nie związany z metodami psychoterapii), jakim jest osoba terapeuty, jego cechy, doświadczenia życiowe, doświadczenie terapeutyczne oraz sposób pracy, na co zwraca uwagę Bryniarska i wsp. — nasuwa się nam pytanie, czy określenie poszczególnych czynników efektywności psychoterapii jest możliwe? [1, 5, 6]. Pytania dotyczące m.in. praktykowania, oceniania oraz dalszego rozwoju psychoterapii stawiają również Feliks Matusiak i Barbara Józefik, autorzy artykułu „Wokół psychoterapii w tym psychoterapii dzieci i młodzieży: pytania, wyzwania, kontrowersje”.

W ambulatoryjnej psychoterapii chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego nie prowadzi się ilościowych badań, ale w publikacjach opisuje się sposoby pracy psychoterapeutycznej. Myśląc o efektywności psychoterapii, odwołuję się do wprowadzonego przez Seligmana w 1995 roku [za: 1, 2] rozróżnienia badań skuteczności (efficacy studies) oraz badań efektywności (effectiveness studies) psychoterapii. Matusiak i Józefik wskazują na badania dotyczące skuteczności oraz efektywności psychoterapii: „badania skuteczności (efficacy studies) — badania w kontrolowanych warunkach, takich jak randomizowane badanie kliniczne z grupą kontrolną/porównawczą. Badania efektywności (effectiveness studies) — badanie naturalistyczne odzwierciedlające codzienną praktykę bez grup kontrolnych” [1, s. 10]. Dzieliąc się doświadczeniami zamiennie stosuje terminy „psychoterapia”

i „leczenie”, ponieważ zaburzenie, jakim jest jadłowstręt psychiczny, wymaga szerszej opieki medycznej. Leczenie chorych z tym rozpoznaniem winno obejmować równolegle psychoterapię i opiekę medyczną, przede wszystkim lekarza psychiatry lub specjalistów z innych dziedzin, jeżeli zachodzi taka potrzeba. Natomiast leczenie psychoterapeutyczne powinno być superwizowane lub, o ile jest taka możliwość, prowadzone w zespołach terapeutycznych. W ambulatoryjnym leczeniu psychoterapeutycznym stosuję komplementarne formy terapii: terapię rodzinną, psychoterapię indywidualną, czasami terapię grupową, pracę z ciałem oraz monitorowanie masy ciała. W pracy terapeutycznej opieram się na podejściu systemowym, korzystając także z podejścia poznawczo-behawioralnego. Jak pisze Kurt Ludewig „podejście systemowe umieściło psychoterapię fenomenologicznie w obszarze społecznym, zwłaszcza że wszystko, co dzieje się w psychoterapii jest komunikacją [...]. Mając na uwadze fakt, że człowieka można odpowiednio zrozumieć tylko przy uwzględnieniu różnych konstytuujących go typów systemów — biologicznych, psychicznych i społecznych, psychoterapię należy rozumieć jako złożone wzajemne oddziaływanie społeczne pomiędzy również złożonymi wielosystemowymi jednostkami bio-psycho-społecznymi, a mianowicie ludźmi” [7, s. 87]. Nie prowadzę badań psychoterapii w ramach świadczenia ambulatoryjnych usług psychoterapeutycznych z następujących powodów:

1. W praktyce ambulatoryjnej świadczę usługi terapeutyczne i dlatego nie podejmuję się łączenia tej usługi z prowadzeniem badań. Wprowadzanie badań, choćby kwestionariuszowych, wiązałyby się ze zmianą kontaktu i relacji z pacjentkami i ich rodzinami. Szczególnie, że rodzice zgłaszają się z córką po pomoc w sytuacji pogorszenia jej stanu zdrowia, a czasami też zagrożenia życia i oczekują skutecznej/efektywnej pomocy terapeutycznej. Świadczenie usług terapeutycznych to odpłatna oferta pomocy ze strony terapeuty, natomiast przeprowadzanie badań w prywatnym gabinecie, moim zdaniem, mogłoby naruszać relacje „usługodawcy” i „usługobiorcy”. Badania w gabinecie mogłyby być odebrane przez pacjentów jako przekierowanie wektorów z „dawcy” na „biorcę” usługi, bo to pacjent/ka, a w przypadku chorych z JP (jadłowstręt psychiczny) także jej rodzina, świadczyłaby usługę (np. wypełniali kwestionariusze) na rzecz terapeuty.
2. Drugim powodem są wątpliwości dotyczące metodologii badań, na jakie zwraca uwagę Szymon Chrzastowski w artykule „Praktyka psychoterapeutyczna oparta na danych naukowych — za i przeciw” [4]. Jak pisze „w badaniach w ramach nurtu EBP przyjmuje się uproszczony model mechanizmów zaburzeń psychicznych, jak i zmian zachodzących pod wpływem psychoterapii. EBP faworyzuje te podejścia, w których badane zjawiska można stosunkowo łatwo zoperacjonalizować w postaci zmiennych” [4, s. 53]. Brzeziński zwraca też uwagę na niską trafność zewnętrzną badań, gdyż w praktyce klinicznej występuje wiele niekontrolowanych czynników, które mogą mieć wpływ na wynik badania [4, 8]. W praktyce działają czynniki nie związane z procesem psychoterapii, szczególnie gdy osoba uczestnicząca w psychoterapii funkcjonuje w swoim środowisku domowym, szkolnym, rówieśniczym. W mojej praktyce niejednokrotnie zdarzało się, że stan psychiczny pacjentki pogarszał się z nieprzewidywalnych powodów, np. konfliktu z rówieśnikami, albo spektakularnie poprawiał z powodu poprawy relacji w grupie rówieśniczej, bardzo dobrej oceny szkolnej czy wysokiego miejsca w olimpiadzie lub konkursie. Nie bez znaczenia jest także drugi z zarzutów stawianych EBP dotyczący tzw. neutralności terapeuty oraz jego światopoglądu [4]. Światopogląd terapeuty może

- dotyczyć nie tylko wyboru metod badawczych czy interpretacji wyników badań, ale także pracy terapeutycznej. Może być on aktywizowany szczególnie w terapii rodzinnej, przy konfrontowaniu odmiennych światopoglądów pacjentki i jej rodziców, dotyczących m.in. systemu wartości, religii czy polityki. Choć rolą terapeuty nie jest „rozstrzygnięcie” kwestii światopoglądowych, to zapraszanie terapeuty przez rodzinę do koalicji światopoglądowej w terapii rodzinnej często ma miejsce. Dlatego bardzo ważna jest supervizja, niezależnie jak długie i obszerne doświadczenie ma terapeuta.
3. Kolejnym powodem jest stosowanie przede mną zarówno różnych form terapii (indywidualnej, rodzinnej, sporadycznie grupowej) oraz korzystanie z różnych podejść terapii systemowej, m.in. transgeneracyjnej, strategicznej, strukturalnej, narracyjnej, w zależności od problemów czy trudności w danej rodzinie. Poza paradygmatem systemowym, korzystam także z elementów podejścia poznawczego w terapii indywidualnej, a także behawioralnego przy ustalaniu kontraktu, np. wstrzymanie wysiłku fizycznego jako elementu sportu uprawianego przez pacjentkę do czasu uzyskania przez nią określonej masy ciała. Tak więc proces terapii obejmujący różne formy i podejścia traktuję jak wzajemnie uzupełniający się zbiór puzzli, który na odpowiednim etapie procesu terapii wymaga odpowiednio dobranych propozycji terapeutycznych, tworząc komplementarną całość. Trudno więc byłoby wyodrębnić, jaka forma terapii, jaki paradygmat czy które podejście w ramach paradygmatu jest efektywne w leczeniu chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego.
 4. Następnym powodem, poza wymienionymi, nieprzeprowadzania badań dotyczących skuteczności psychoterapii, są założenia terapii systemowej uwzględniające wielość i różnorodność czynników mających wpływ na funkcjonowanie człowieka, w tym także wieloczynnikową etologię i przebieg trudności, problemów czy zaburzeń. Oddają to słowa Ludewiga: „Jako dziecko końca XX wieku myślenie systemowe pozwala nam widzieć złożoność ludzkiej egzystencji symultanicznie, nie musimy jej redukować do poszczególnych aspektów biologicznych, psychicznych i społecznych. Oprócz pragmatycznej efektywności tego sposobu myślenia właśnie w tym tkwi największa korzyść dla psychoterapii” [7, s. 87].

Uzasadnienie dla podjęcia się ambulatoryjnego leczenia chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego — początki praktyki

Leczenie chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego bywa dla terapeutów wyzwaniem, co wynika ze specyfiki i przebiegu zaburzenia, które charakteryzuje m.in. brak motywacji chorej do leczenia, negowanie rozpoznania, wprowadzanie w błąd terapeuty i rodziców odnośnie do spożywania posiłków i ćwiczeń fizycznych, a także „walki” ze strony chorej o zachowanie objawów i lęku przed zmianą. Takie funkcjonowanie osoby z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego utrudnia lub uniemożliwia (szczególnie w początkowej fazie leczenia) nawiązanie przymierza terapeutycznego. Trudnością dla terapeuty może także być poczucie odpowiedzialności czy nadodpowiedzialności za efekty terapii w przypadku zaburzenia stanowiącego zagrożenie dla życia, tym silniejsze, że praca terapeutyczna prowadzona ambulatoryjnie zwykle jest samodzielna, co niejed-

nokrotnie stawia terapeutę w sytuacjach konieczności podejmowania ważnych dla chorej i jej rodziny decyzji. O tym, że terapeuci obawiają się podejmowania leczenia osób z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego często dowiaduję się podczas prowadzenia szkoleń dla terapeutów. Ponad 20 lat temu podjęłam się samodzielnego ambulatoryjnego leczenia chorych z JP, mając wcześniejsze dwunastoletnie doświadczenie kliniczne i terapeutyczne z pacjentkami hospitalizowanymi w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu. Przez doświadczenie kliniczne i terapeutyczne rozumiem nie tyle opieranie się na zaufaniu i przywiązaniu do stosowanych strategii czy założeniu o własnym obiektywizmie i znajomości rzeczy [9], co codzienną pracę diagnostyczną i terapeutyczną, która stanowi bazę do stawiania pytań i hipotez oraz szukania nowych rozwiązań i propozycji terapeutycznych. W klinice poza badaniami dotyczącymi m.in. poziomu aspiracji i samooceny chorych z rozpoznaniem JP, prowadziłam psychoterapię indywidualną oraz w zespołach terapię rodzinną i grupową, a także byłam autorką i współautorką nowych propozycji terapeutycznych [10–12]. W latach 1992–1996 przeprowadziłam badania grupy 50 pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego hospitalizowanych w klinice oraz porównałam ich wyniki z wynikami grupy kontrolnej. Badania te dotyczyły poziomu funkcjonowania intelektualnego (testy WISC-R i WAIS (PL)) oraz sfery emocjonalnej (Test Zdań Niedokończonych, Test Apercpepcji Tematycznej), a także samoakceptacji (Skala Samoakceptacji SQ) [13]. Wyniki przeprowadzonych badań rozwoju intelektualnego, potrzeby osiągnięć i poziomu samoakceptacji u chorych z jądłowstrętem psychicznym były pomocne w prowadzonej pracy terapeutycznej.

Celem niniejszego artykułu, w którym sygnalizuję trudności związane z leczeniem chorych z rozpoznaniem JP, nie jest zniechęcanie młodych terapeutów do podejmowania terapii z chorymi. Wręcz przeciwnie dzielę się w nim wiedzą i doświadczeniem, zwracając jednocześnie uwagę na specyfikę pracy z tą grupą chorych i ich rodzinami, tak jak w innych publikacjach oraz podczas zajęć ze szkolącymi się terapeutami. Specyfika ta polega nie tylko na wspomnianym już braku motywacji chorych do leczenia oraz związanej z tym trudności w nawiązaniu relacji terapeutycznej, ale też na potrzebie prowadzenia terapii rodzinnej, a także zadbania o monitorowanie lub/i leczenie stanu somatycznego chorej. Natomiast brak motywacji chorych, szczególnie w początkowej fazie leczenia, jest istotną przeszkodą w uwzględnianiu preferencji pacjenta jako jednego z założeń praktyki opartej na dowodach empirycznych [EBP]. Taka postawa pacjentki wymusza na terapeutę paternalistyczny model relacji z chorą, przy jednoczesnym nawiązaniu przymierza terapeutycznego z jej rodzicami. W miarę postępującego procesu terapii, wraz ze wzrostem krytycyzmu chorej oraz stopniowo ustępującego zaburzenia spostrzegania swojego ciała, zmienia się także relacja z pacjentką. I właśnie zbudowanie takiej zróżnicowanej relacji może stanowić trudność dla początkujących terapeutów.

Grupa chorych z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego leczonych ambulatoryjnie

W niniejszym artykule dzielę się doświadczeniami oraz refleksjami opartymi na pracy terapeutycznej z chorymi z rozpoznaniem JP oraz ich rodzinami w latach 2003–2019.

W tym okresie prowadziłam ambulatoryjną psychoterapię indywidualną oraz rodzinną z 475 pacjentkami. Nie wyodrębniam w tej grupie postaci jadłowstrętu restrykcyjnego i bulimicznego. Dane liczbowe chorych:

2003 rok	11 pacjentek
2004 rok	10 pacjentek
2005 rok	15 pacjentek
2006 rok	15 pacjentek
2007 rok	27 pacjentek
2008 rok	37 pacjentek
2009 rok	24 pacjentki
2010 rok	38 pacjentek
2011 rok	25 pacjentek
2012 rok	25 pacjentek
2013 rok	24 pacjentki
2014 rok	26 pacjentek
2015 rok	39 pacjentek
2016 rok	46 pacjentek
2017 rok	37 pacjentek
2018 rok	36 pacjentek
2019 rok	40 pacjentek

Trudno rozpatrywać wzrost liczby chorych jako wzrost liczby zachorowań, bo podane statystyki dotyczą wyłącznie zgłoszeń do mojego gabinetu. Przyjmuję hipotezę, że wzrost liczby zgłoszeń mógł wynikać z częstego polecenia terapii u mnie przez rodziców pacjentek wcześniej leczonych. Każdej pacjentce i jej rodzicom podczas pierwszej wizyty zadaję pytanie, w jaki sposób trafiła do mojego gabinetu. Z odpowiedzi rodziców pacjentek wynika, że ok. 60% otrzymało kontakt z polecenia, a 40% z własnych poszukiwań w internecie. Zadaję też pytanie, co zdecydowało, że spośród różnych dostępnych w internecie ofert leczenia zaburzeń odżywiania, rodzice chorej wybrali moją, opisaną na stronie internetowej. Najczęściej odpowiadali, że o ich wyborze zdecydowało: moje doświadczenie, kwalifikacje oraz publikacje.

Wiek 475 pacjentek mieścił się w przedziale 11–25 lat, przy czym 70% pacjentek było w wieku 13–18 lat. Czas trwania terapii uzależniony był od stanu psychicznego pacjentki, jej niedowagi, potrzeb terapeutycznych oraz współpracy z chorą i rodziną. Średnio wynosił rok, przy łączeniu terapii rodzinnej i indywidualnej. Ponieważ grupa chorych korzystających z psychoterapii była niejednorodna pod względem wieku (przedziały 11–13, 14–18 czy 19–25 lat) inne były ich potrzeby emocjonalne i rozwojowe. Praca terapeutyczna była dostosowana do wieku pacjentek, ale także do fazy cyklu życia rodziny, który był różny, w zależności od liczby dzieci w rodzinie oraz ich wieku. Na przykład, jeżeli pacjentka była jedynym dzieckiem rodziców, to jej wiek rozwojowy zwykle korelował z fazą cyklu

życia rodziny, np. dziecka w wieku szkolnym, w wieku dojrzewania czy fazy pustego gniazda. Natomiast gdy pacjentka miała rodzeństwo, praca z rodziną uwzględniała cykl życia rodziny, w zależności od tego, którym z kolei dzieckiem była pacjentka. Jeśli była najstarszym dzieckiem, przyjęc można było hipotezę, że rodzice po raz pierwszy doświadczają procesu separacji i indywiduacji dziecka, jeżeli była dzieckiem najmłodszym rodzice mogli przeżywać emocje, w tym obawy związane z nadchodzącą fazą pustego gniazda [14]. Przy zawieraniu kontraktu oraz w procesie prowadzonej terapii oba te czynniki, tzn. wiek pacjentki i faza cyklu rodziny, były brane pod uwagę.

Kryterium wyleczenia chorej rozpatrywane było w dwóch obszarach: pierwszy obszar — to kryteria diagnostyczne jadłowstrętu, drugi obszar — to funkcjonowanie chorej w rodzinie i poza rodziną, a także zmiany w relacjach rodzinnych. Wyleczenie w kontekście kryteriów diagnostycznych obejmowało dwa etapy: pierwszy — poprawę stanu somatycznego, czyli m.in. uzyskanie należnej masy ciała, etap drugi — ustąpienie zaburzeń obrazu ciała oraz powrót do spożywania posiłków bez unikania tych, uznanych przez pacjentkę w czasie choroby za „tuczące”, zrezygnowanie z nadmiernego uprawiania sportu lub zaprzestanie stosowania innych czynności kompensacyjnych mających na celu redukcję masy ciała [15]. Z kolei obszar dotyczący funkcjonowania rodziny oraz pacjentki w rodzinie i środowisku rówieśniczym był w przypadku każdej chorej i jej rodziny rozpatrywany indywidualnie. Uwzględniany był wiek pacjentki, jej potrzeby rozwojowe i emocjonalne, a także struktura, funkcjonowanie i oczekiwania rodziny, do których dostosowane były podejścia (np. strukturalne, strategiczne, transgeneracyjne, narracyjne) w paradygmacie systemowym [16].

Co pomaga w leczeniu chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

Sesja diagnostyczna

Mając doświadczenie pracy terapeutycznej z 475 pacjentkami oraz ich rodzinami, dostrzegam motywujące do podjęcia leczenia znaczenie pierwszej sesji diagnostycznej, a w jej ramach postawienie rozpoznania, o ile są ku temu podstawy, zgodnie z kryteriami ICD-10 i DSM-5 [17, 18] lub skierowanie pacjentki w celu diagnostycznym do lekarza psychiatry. W trakcie trwania psychoterapii indywidualnej i rodzinnej, często pacjentki oraz ich rodzice mówili, jak ważne było dla nich usłyszenie diagnozy, mimo że było to rozpoznanie, którego zarówno rodzice, jak i chora nie chcieli usłyszeć. Dla rodziców diagnoza jadłowstrętu psychicznego niejednokrotnie stanowiła potwierdzenie ich wcześniejszych przypuszczeń, a usłyszenie jej od specjalisty stanowiło motywację do leczenia córki, a także stało się czynnikiem stopniowo osłabiającym negowanie zaburzenia przez chorą. Natomiast osoby, których diagnoza dotyczyła i które zwykle jej zaprzeczały, w miarę trwania procesu terapeutycznego przyznawały, że usłyszenie rozpoznania było punktem zwrotnym, w którym problem poprzez jego nazwanie, został zidentyfikowany. Często jednak słyszę od szkolonych przeze mnie psychoterapeutów, że postawienie diagnozy jadłowstrętu psychicznego, poza trudnością merytoryczną, stanowi dylemat etyczny. Mówiąc o „dylemacie etycznym” mają na myśli, że stawianie diagnozy może mieć negatywny wpływ na nawiązanie relacji terapeutycznej. Natomiast gdy w ramach proponowanych na

szkoleniach ćwiczeń terapeuci podejmują role pacjentki i jej rodziców, prawie wszyscy — dzieląc się wrażeniami z „odegranych ról” — dostrzegają i odczuwają potrzebę określenia rozpoznania. Bo jego postawienie nie wiąże się z leczeniem choroby, lecz osoby, podmiotu, którego sfery somatyczna i psychiczna z powodu zaburzenia funkcjonują w sposób nieprawidłowy, z zagrożeniem życia łącznie. Ponadto sformułowanie rozpoznania pełni funkcję mobilizującą i motywującą rodziców do podjęcia współpracy z terapeutą.

Znaczenie terapii rodzinnej

Opierając się na blisko trzydziestoletniej praktyce terapeutycznej uważam terapię rodzinną za niezbędną w leczeniu jadłowstrętu psychicznego. I widzę kilka do niej wskazań: **P**o **p**i **e**r **w**s **z**e, jak już wcześniej wspominałam, w przypadku chorej, której zaburzenie stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia, przy braku jej motywacji do leczenia, terapia rodzinna pozwala rozpocząć proces terapii, w trakcie którego zmienia się stosunek chorej do zaburzenia, a tym samym do leczenia, co umożliwi nawiązanie przymierza terapeutycznego. **D**r **u**g **i** **p**o **w**ó **d**, dla którego terapia rodzinna jest wskazana, to wieloczynnikowe podłoże jadłowstrętu psychicznego, tj. czynniki biologiczne, osobowościowe, rodzinne i kulturowo-społeczne. **T**r **z**e **c**i **p**o **w**ó **d** to zaangażowanie emocjonalne i organizacyjne całej rodziny, także rodzeństwa, w czasie trwania zaburzenia. **C**z **w**a **r**t **y** **p**o **w**ó **d** związany jest z wiekiem zachorowania — adolescencją, czyli fazą życia rodziny, w której zachodzą ważne zmiany rozwojowe, takie jak indywidualizacja i separacja, normatywny bunt adolescencyjny, a także zbliżająca się w rodzinie faza pustego gniazda. A uwzględniając specyfikę rodziną chorych z rozpoznaniem JP, dotyczącą m.in. zatartych granic wewnętrznych, sztywnych granic zewnętrznych, tendencji do unikania konfliktów i nadmiernej kontroli, bez terapii rodzinnej powrót do zdrowia i funkcjonowania adekwatnego dla wieku byłby bardzo trudny lub niemożliwy. **P**o **w**ó **d** **p**i **ą**t **y** to chęć uniknięcia obciążenia leczeniem i jego efektami samej chorej, z wyłączeniem jednego z najważniejszych systemów, w jakim adolescentka żyje i od którego jej funkcjonowanie zależy, tzn. systemu rodzinnego [14, 16].

Spadek masy ciała — jeden z osiowych objawów zaburzenia

W leczeniu chorych z rozpoznaniem JP konieczne jest monitorowanie ich masy ciała oraz stanu somatycznego. Proces terapeutyczny nie może bowiem pomijać osiowego objawu zaburzenia, jakim jest spadek masy ciała. Monitorowanie stanu somatycznego wykracza poza obszar oddziaływań psychoterapeutycznych, powinno więc być powierzone lekarzowi specjalście, w zależności od potrzeb — lekarzowi psychiatrze, pediatrze, rodzinemu, ginekologowi, endokrynologowi lub kardiologowi. Natomiast monitorowanie masy ciała, której obniżenie jest jednym z osiowych objawów jadłowstrętu, może być prowadzone na różne sposoby, np. przez jednego z lekarzy specjalistów, lub być kontraktowane przez terapeutę w procesie terapii. Za nieprofesjonalną oraz nieetyczną uznać można sytuację, w której w trakcie procesu psychoterapii masa ciała pacjentki nie zmienia się, tzn. nie wzrasta lub, co gorsza, spada, co niestety się zdarza. Może to być bardziej niebezpieczne

i zagrażające życiu chorej, niż brak terapii, ponieważ podczas terapii czujność rodziców jest uśpiona i pozostają oni ufni, że skoro chora córka jest leczona, to jej stan zdrowia także jest objęty zainteresowaniem i terapią. Można by taką sytuację porównać z tą, kiedy rodzice zgłaszają się do ortopedy czy chirurga z córką, która złamała nogę, a lekarz przez kilka miesięcy rozmawia z pacjentką o jej relacjach z rówieśnikami, nauce, tańcu, doświadczeniach sportowych czy gimnastycznych, nie zajmując się złamaniem, wymagającym szybkiej interwencji, lub nie odsyłając chorej do innego specjalisty. Na konieczność uwzględniania masy ciała jako jednego z kryteriów diagnostycznych zaburzenia, a więc też kryterium powrotu do zdrowia, zwracałam uwagę w publikacjach oraz prowadząc szkolenia, jednak nadal spotykam się z sytuacjami, w których pacjentka przez kilka miesięcy uczęszcza na psychoterapię indywidualną, w trakcie której zbyt niska masa ciała nie wzrasta czy nawet spada. Trudno więc, niezależnie od stosowanego paradygmatu terapeutycznego, takie oddziaływania nazwać leczniczymi [13].

Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej

Psychoterapeuta dziecięco-młodzieżowy i rodzinny L. Feldman w publikacji pt. „Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej”, opisując wielopoziomowy model integracyjny psychoterapii, zwraca uwagę na pozytywne aspekty łączenia obu form terapii [19]. Autor podkreśla korzyści ujmowania problemów diagnostycznych i terapeutycznych z perspektywy intrapsychoicznej i interpersonalnej, zwracając uwagę na komplementarność obu procesów, co daje terapeutcie możliwości szerszej oferty terapeutycznej [19]. Decydując się na taki model pracy z pacjentami dziecięco-młodzieżowymi, w tym również z chorymi z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego odwołuję się do dwóch obszarów pracy terapeutycznej: relacji terapeutycznej oraz koncepcji dialogowego Ja w perspektywie konstrukcjonistycznej.

Relację terapeutyczną budują trzy elementy: 1) sojusz roboczy, polegający na dążeniu obu stron (pacjent – terapeuta) do wspólnej pracy terapeutycznej, 2) konfiguracja przeniesienia i przeciwprzeniesienia, 3) rzeczywista relacja między terapeutą a pacjentem, czyli relacja względnie niezależna od przeniesienia [20]. Szersze omówienie zagadnień relacji terapeutycznej wykracza poza zakres niniejszego artykułu.

W początkowym etapie pracy z chorymi z rozpoznaniem JP często trudno nawiązać przymierze terapeutyczne, co wynika z zaprzeczania chorą rozpoznania, a w związku z tym też potrzeby leczenia. Przestrzenią umożliwiającą nawiązanie relacji terapeutycznej stają się sesje terapii rodzinnej.

Drugim obszarem, na który zwracam uwagę, łącząc terapię indywidualną i rodzinną, jest koncepcja dialogowego Ja, w której wyróżnia się takie obszary, jak: głosy, słowa i akcje, pozycjonowanie, sekwencyjność oraz wewnętrzne głosy terapeuty. Koncentrując uwagę w tym miejscu na wewnętrznych głosach terapeuty Józefik i wsp. wskazują na cztery ich poziomy. *P i e r w s z y* poziom dialogu to „rozmowy psychoterapeuty z rodziną, *d r u g i* to wewnętrzna rozmowa psychoterapeuty, *t r z e c i* poziom odnosi się do rozmowy członków rodziny między sobą, a ostatni, *c z w a r t y*, do rozmowy członków rodziny w powiązaniu z szerszym kontekstem (może nim być rodzina pochodzenia, w tym

np. nieżyjący członkowie rodziny)” [21, s. 862]. Można więc przyjąć założenie, że terapeuta rodzinny słyszy, obserwuje i doświadcza na czterech poziomach dialogu, natomiast terapeuta indywidualny — na dwóch pierwszych.

Rozpatrywanie procesu psychoterapii z perspektywy wielopoziomowego modelu integracyjnego w kontekście relacji terapeutycznej oraz poziomów dialogu daje terapeutcie więcej możliwości pracy terapeutycznej dotyczącej procesów intrapsychoicznych i interpersonalnych, szczególnie w przypadku pacjentek bez wewnętrznej motywacji do terapii. Szersze omówienie zagadnienia łączenia terapii indywidualnej i rodzinnej przez jednego terapeuty przedstawiłam oraz starałam się je uzasadnić w odrębnej publikacji [22]. W przypadku prowadzenia terapii indywidualnej i rodzinnej chorych z rozpoznaniem JP przez różnych terapeutów, pacjentki mogą doświadczać konfliktu lojalności zarówno wobec rodziców, jak i terapeuty. W praktyce zdarza się, że jeden z terapeutów dąży do znalezienia przyczyn zachorowania, a tym samym, np. szukania odpowiedzialnych za chorobę, a drugi terapeuta zorientowany jest na pracę nad redukcją poczucia winy u rodziców i poprawą relacji. Innym dylematem lojalnościowym dla chorych oraz ich rodziców bywają zagadnienia dotyczące niskiej masy ciała, gdy np. jeden z terapeutów koncentruje się na tym objawie, a dla drugiego waga czy zaburzony obraz ciała nie są tematami do pracy. W takiej sytuacji pacjentki będą skłonne do lojalności wobec terapeuty, który nie zajmuje się tym objawem, a z kolei rodzice będą zainteresowani pracą dotyczącą również masy ciała.

Z zagadnieniem masy ciała wiążą się także inne lojalnościowe problemy dotyczące rozbieżności w ustaleniu, w przedziale siatki centylowej, wagi docelowej dla pacjentek w wieku rozwojowym, proponowanej przez różnych terapeutów. W tym przypadku pacjentki będą skłonne do lojalności wobec specjalisty proponującego niższą wagę, czego mogą nie podzielać ich rodzice. Nasuwa się więc pytanie, czy i jakie konflikty wewnętrzne, lojalnościowe czy interpersonalne związane z różnymi terapeutami i nie zawsze ich spójnymi interpretacjami czy interwencjami terapeutycznymi mogą przeżywać pacjentki oraz ich rodzice i jaki mogą mieć one wpływ na proces terapii. Z moich doświadczeń dotyczących prowadzenia obu form terapii przez różnych terapeutów wynika, że mogą zdarzać się nieporozumienia dotyczące różnych terapeutycznych interpretacji, ustaleń czy interwencji, w tym również problemów lojalnościowych wklajających pacjentkę i jej rodzinę. Dlatego w łączeniu obu form terapii w przypadku pacjentek z rozpoznaniem JP dostrzegam więcej korzyści niż zagrożeń. A odkąd w psychoterapii indywidualnej z pacjentkami wprowadziłam model transgeneracyjnej pracy dotyczącej zaburzonego obrazu ciała, łączenie obu form terapii okazuje się szczególnie korzystne. Należy zwrócić też uwagę, że łączenie to wymaga od terapeuty szczególnej uważności, wrażliwości i wiąże się z dodatkowym obciążeniem dotyczącym m.in. nieujawniania na sesjach rodzinnych tematów omawianych indywidualnie. Z drugiej strony daje możliwość na takich sesjach wprowadzania w formie pytań cyrkularnych zagadnień omawianych na sesjach indywidualnych. Stosowanie pytań cyrkularnych pozwala w bezpieczny sposób, nienaruszający tajemnicy z sesji indywidualnych, omawiać tematy rodzinne ważne dla pacjentki, których chora nie chce na sesjach rodzinnych poruszać. Zadanie na sesji rodzinnej każdemu z rodziców pytania cyrkularnego typu: „jakich zmian w relacji z Panią (mamą), z Panem (tata), oczekuje Pani/Pana córka”, pozwala rodzicom zobaczyć relacje z perspektywy córki, bez

werbalizowania ich przez chorą. Umożliwia to terapeutycie wykorzystanie czterech poziomów z obszaru Ja dialogowego w każdej z form prowadzonej terapii.

Sesje terapii indywidualnej i rodzinnej zwykle prowadzę w sposób naprzemienny, tzn. raz w miesiącu sesje rodzinne, a raz w miesiącu sesje indywidualne, czyli w sumie kontakt z pacjentką jest co dwa tygodnie.

Mit silnej woli i kontroli w narracji terapeutycznej

Przez blisko 30 lat pracy terapeutycznej z osobami z rozpoznaniem JP szukałam i nadal poszukuję obszarów, które sprzyjają utrzymywaniu przez chorą objawów zaburzenia i utrudniają proces leczenia. Obszarów, które poza egosyntonicznością, są na tyle subiektywnie ważne i satysfakcjonujące, że chora nie może lub nie chce ich opuścić. Jednym z takich obszarów jest satysfakcja, jaką daje osobie chorej subiektywne przekonanie o własnej silnej woli i kontroli. Gdy przed laty temat ten wprowadziłam do terapii indywidualnej, obserwowałam, z jaką uważnością i namysłem pacjentki podejmują go w rozmowach i reflektują ten temat. Omówienie tego zagadnienia wykracza poza zakres niniejszego artykułu, ale ujmując najkrócej, temat „wolnej i silnej woli” oraz kontroli jako iluzji stanowi jeden z punktów zwrotnych w terapii indywidualnej. Chore z rozpoznaniem JP, na odpowiednim etapie leczenia, z zaskoczeniem i namysłem reflektują, że de facto są pozbawione własnej woli i kontroli, a pozostają podporządkowane „woli i kontroli” objawów choroby. Omówienie pracy terapeutycznej poświęconej zagadnieniu „wolnej i silnej woli oraz kontroli” opisałam w odrębnym artykule [23].

Zaburzony obraz ciała — propozycja terapii

Zaburzone spostrzeganie swojego ciała wg ICD-10 jest jednym z kryteriów rozpoznania, ale jest też jednym z objawów, który utrudnia leczenie i zwykle najpóźniej ustępuje. Zaburzony obraz swojego ciała, podobnie jak wymieniona wyżej „silna wola”, skłaniała mnie i nadal skłania do poszukiwania sposobów pracy terapeutycznej, która byłaby pomocna w „uwolnieniu się” chorej od zaburzonej percepcji swojego ciała. Rozmowy z pacjentkami stały się inspiracją do postawienia dwóch hipotez: pierwszej — dotyczącej przenoszenia emocji (najczęściej złości), jakich doświadcza pacjentka w różnych obszarach, np. frustracji dotyczącej osiągnięć szkolnych czy relacji z rodziną lub/i rówieśnikami, na percepcję wizerunku swojego ciała. W terapii indywidualnej pracuję nad identyfikowaniem negatywnych emocji, ich zaakceptowaniem, a następnie komunikowaniem, a w terapii rodzinnej nad przyzwoleniem i akceptacją dla wyrażania emocji przez chorą i innych członków rodziny.

Drugi sposób pracy indywidualnej dotyczący zaburzonego obrazu ciała także został wypracowany w toku setek rozmów z pacjentkami. Nazywam tę pracę transgeneracyjną, rozumiejąc przez nią przyglądanie się razem z pacjentką podobieństwom jej budowy ciała do budowy ciała członków rodziny pochodzenia. Dostrzeganie podobieństw do matki, babci, prababci, cioci itp., również poprzez oglądanie przez chorą w domu zdjęć członków rodziny z ich lat młodości, pozwala poprzez identyfikację rezygnować z dążenia do

„ideału”, jakim są promowane medialnie modelki czy celebrytki. Ta forma pracy została opisana w odrębnej publikacji [24].

Pytania o kryteria efektywnej psychoterapii w leczeniu chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

Nasuwa się pytanie, na czym polega efektywna psychoterapia osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego? Czy ustąpienie objawów, które stanowią kryteria diagnostyczne jest wystarczającym warunkiem dla określenia terapii jako efektywnej? Uznać można, że ustąpienie objawów, takich jak: a) spadek masy ciała — czyli powrót do wagi należącej, b) zaniechanie unikania i eliminowania pokarmów, c) powrót adekwatnego spostrzegania swojego ciała, d) ustąpienie zaburzeń endokrynnych i osi gonadalno-przysadkowej — to warunek konieczny, by mówić o powrocie chorej do zdrowia somatycznego. Ale warunek konieczny nie zawsze jest wystarczający. Praca terapeutyczna, zarówno indywidualna, jak i rodzinna, wiąże się ze zmianą funkcjonowania w różnych obszarach, które najczęściej dotyczą: samooceny i poczucia własnej wartości, obniżenia poziomu aspiracji (dostosowanie aspiracji do możliwości), zmiany relacji rodzinnych polegających na stawianiu granic wewnętrznych i rozluźnieniu granic zewnętrznych, poprawy komunikacji z przyzwoleniem rodziców na wyrażanie przez córkę poglądów, często odmiennych od poglądów rodziców, emocjonalne przyzwolenie na separację i indywidualizację, uwolnienie chorej od delegacji rodzinnych, a także bardziej satysfakcjonujące relacje z rówieśnikami. Natomiast częstym oczekiwaniem rodziców jest, aby córka „wróciła do bycia taką, jaką była przed zachorowaniem”, ale jest to oczekiwanie niemożliwe do zrealizowania. Powodów jest kilka, m.in.: po pierwsze — zmienia się wiek pacjentki, tzn. inny był w momencie zachorowania, a inny jest w czasie zakończenia terapii, po drugie — doświadczenie zaburzenia, jakim jest jadłowstręt psychiczny oraz uczestniczenie w psychoterapii wprowadza zmiany w procesach emocjonalnych i poznawczych, po trzecie — terapia rodzinna wywołuje zmiany w relacjach i komunikacji. Z wypowiedzi pacjentki: „po terapii nic nie jest już takie samo”.

Nie mam informacji dotyczących trwałości efektów prowadzonych przeze mnie psychoterapii. Po kilku latach od zakończonej terapii kilkanaście pacjentek zgłosiło się ponownie, ale nie z jadłowstrętem psychicznym, lecz innymi problemami, np. małżeńskimi czy trudnościami wychowawczymi z dziećmi.

W piśmiennictwie dotyczącym psychoterapii chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, niezależnie od paradygmatu terapeutycznego, wskazuje się na dwa etapy terapii: pierwszy — dotyczący poprawy stanu somatycznego, w tym wzrostu masy ciała, drugi — zmian w obszarze funkcjonowania emocjonalnego. W literaturze dostępne są doniesienia o pracy z tą grupą pacjentów w różnych paradygmatach terapeutycznych: psychoanalitycznym, psychodynamicznym, poznawczym, systemowym, psychoedukacyjnym czy behawioralnym (przy zawieraniu kontraktu), a także rekomendowany jest model integracyjny (np. łączenia terapii psychodynamicznej z poznawczo-behawioralną). Każdy z paradygmatów zgodnie z założeniami teoretycznymi koncentrować może się na różnych zagadnieniach zaburzenia [25–28]. Rekomendowanie określonej metody czy szkoły terapeutycznej powinno odwoływać się do wyników badań. Pojawiają się więc

dylematy dotyczące obszaru badań skuteczności i efektywności psychoterapii, a także pytanie — na ile standardy procedur medycznych z randomizacją (RCT) mogą mieć zastosowanie w badaniach psychoterapii? [1]. Ze względu na wieloczynnikową etiologię jadłowstrętu psychicznego w leczeniu chorych stosuję paradygmat systemowy z wykorzystaniem różnych podejść (szkół), uwzględniając wiek i potrzeby pacjentki oraz fazę cyklu życia jej rodziny. Przy zawieraniu kontraktu dotyczącego wzrostu masy ciała korzystam z podejścia behawioralnego, natomiast w pracy nad zaburzonym obrazem ciała odwołuję się do podejścia poznawczego. Taki sposób stosowania psychoterapii można by określić integracyjnym. Z kolei odwołując się do wielopoziomowego modelu integracyjnego Feldmana, łączę terapię indywidualną i rodzinną, dlatego mój sposób pracy z chorymi oraz ich rodzinami określiłam jako komplementarny.

Podsumowanie

Podsumowując, wracam do pytania dotyczącego możliwości zaplanowania i przeprowadzenia badania skuteczności lub określenia efektywności, w przypadku złożonego i komplementarnego procesu psychoterapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Czy i jak mogłyby przebiegać badania psychoterapii prowadzonej w sposób łączący różne formy (terapię rodzinną i indywidualną, a także grupową), różne paradygmaty (systemowy, poznawczy, behawioralny), a w paradygmacie systemowym różne podejścia (strukturalne, strategiczne, transgeneracyjne, narracyjne, mentalizacyjne)? Jak w takich badaniach wyodrębnić i uwzględnić czynnik niespecyficzny, jakim jest osoba terapeuty? A także, w jaki sposób określić czynniki pozaterapeutyczne wpływające na procesy poznawcze oraz emocjonalne osoby/osób — w przypadku terapii rodzinnej, korzystających z terapii? I czy możliwe jest uwzględnienie opisanych powyżej oddziaływań terapeutycznych w Zintegrowanym Systemie Kształcenia (ZSK), który umożliwi łatwe porównywanie poziomu umiejętności specjalistów wykształconych w różnych krajach Unii Europejskiej? Matusiak i Józefik, omawiając kontekst naukowo-badawczy psychoterapii, zwracają uwagę, że psychoterapia umiejscawiana jest między naukami medycznymi i humanistycznymi [1]. Barbara Józefik zadaje też pytanie „Czy potrzebne jest, aby psychoterapia była nauką?” [29, s. 743]. Na to pytanie Chrzastowski odpowiada „nie jest konieczne, aby psychoterapia była nauką, ale też psychoterapeuci nie mogą lekceważyć nauki, gdyż inaczej psychoterapia przestanie się rozwijać, stając się skansenem idei wykluczanych z nauki” [4, s. 56]. Odnosząc się do pytania Józefik, można zaproponować odpowiedź: „zależy, od rodzaju nauki, z perspektywy której psychoterapia jest rozpatrywana”. W obszarze nauk medycznych o naukowości psychoterapii prawdopodobnie decydować będą badania oparte na dowodach (EBM). Czy będzie też tak w obszarze nauk humanistycznych? Pojawia się więc kolejne pytanie, czy i w jakim zakresie nauki humanistyczne znajdują zastosowanie i uznanie w obszarze nauk medycznych? Jeżeli warunkiem uznania psychoterapii jako nauki byłby wymóg badania jej skuteczności, to nasuwają się wątpliwości dotyczące kompleksowego (o wieloczynnikowym oddziaływaniu) leczniczego zastosowania psychoterapii. Prof. Andrzej Friszke zwraca uwagę, że polskiej inteligencji, twórcom kultury i nauki grozi ucieczka w kręgi międzynarodowych baz punktowych, zamkniętych obieguów „nauki dla

nauki” [brak cytowania — cytat jest z wykładu opublikowanego w internecie]. Jak mówi: „»punktoza« prowadzi do zamknięcia humanistów w izolowanych wąskich grupach, gdzie nasze prace przeczyta może parę, a najwyżej kilkadziesiąt osób” [30]. Słowa Friszkego, mimo że nie odnoszą się do psychoterapii, wywołują jednak refleksję, czy obawy humanisty o „punktozę” grożąca naukom humanistycznym dotyczą też zagrożenia psychoterapeutom i psychoterapii? Czy zabieganie o punkty za publikacje, a więc również o wyniki badań, może stanowić zagrożenie sprowadzenia psychoterapii do pomiarów punktowych?

Piśmiennictwo

1. Matusiak F, Józefik B. Wokół psychoterapii, w tym psychoterapii dzieci i młodzieży: pytania, wyzwania, kontrowersje. *Psychoter.* 2019; 190(3): 5–16.
2. Seligman EP. The effectiveness of psychotherapy: The consumer report study. *Am. Psychol.* 1995; 50(12): 965–974.
3. Margison FR, Barkham M, Evans C, McGrath G, Clark JM, Audin K i wsp. Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *Br. J. Psychiat.* 2000; 177(2): 123–130.
4. Chrząstowski S. Praktyka psychoterapeutyczna oparta na danych naukowych — za i przeciw. *Psychoter.* 2019; 189(2): 45–57.
5. Bryniarska A, Tomaszewicz A.K, Janusz B, Józefik B. Wewnętrzny dialog terapeuty — osobiste wątki biograficzne podczas pracy z rodziną i parą. *Psychoter.* 2019; 191(4): 17–28.
6. Czabała J.C. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
7. Ludewig K. Terapia systemowa — przełożenie myślenia systemowego na praktykę. W: Gulczyńska A, Rotberg I, red. *Ponowoczesne modele pomagania. Przykłady koncepcji i zastosowanie.* Warszawa: Difin; 2020.
8. Brzeziński J. O osobliwościach metodologicznych badań naukowych i diagnostycznych prowadzonych przez psychologów klinicznych. *Roczniki Psychologiczne* 2016; 19(3): 437–452.
9. Chrząstowski S. Wiara psychoterapeutów we własny obiektywizm, w doświadczenie kliniczne oraz wartość informacji zwrotnych — perspektywa psychologii społecznej i poznawczej. *Psychoter.* 2014; 3 (170): 15–26.
10. Talarczyk M. Terapia pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego leczonych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM — specyfika, zasady, dylematy. *Psychoter.* 2010; 1 (152): 37–53.
11. Talarczyk M. Psychoterapia grupowa chorych z jądłowstrętem psychicznym — program autorski. *Psychoter.* 2007; 4 (143): 67–79.
12. Talarczyk M. Praca skoncentrowana na ciele jako jedna z metod terapii pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego — doświadczenia kliniczne. *Psychoter.* 2013; 1 (165): 43–54.
13. Talarczyk M. Anorexia nervosa — w sieci pułapek. Na podstawie wybranych publikacji autorских. Poznań: Silva Rerum; 2019.
14. Namysłowska I. Terapia rodzin. W: Gmitrowicz A, Janas-Kozik M, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży.* Warszawa: Medical Tribune; 2018.
15. Janas-Kozik M, Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Gmitrowicz A, Janas-Kozik M, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży.* Warszawa: Medical Tribune; 2018.

16. Józefik B. Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
17. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo. Medyczne „Veslius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
18. DSM-5 Desk Reference. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015.
19. Feldman L. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
20. Sass-Stańczak, Czabała JC. Relacja terapeutyczna — co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? *Psychoter.* 2015; 1: 5–7.
21. Józefik B, Janusz B, de Barbaro B. Koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii — założenia teoretyczne. *Psychiatr. Pol.* 2012; 5: 857–867.
22. Talarczyk M. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej w zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży w kontekście relacji terapeutycznej, dialogowego Ja oraz praktyki terapeutycznej. *Psychoter.* 2015; 2 (175): 65–76.
23. Talarczyk M. Anoreksja psychiczna z perspektywy koncepcji Karla Jaspersa, Ericha Fromma oraz nurtu akonstrucjonizmu społecznego — hipotezy i refleksje. *Psychiatr. Pol.* 2012; 3: 429–440.
24. Talarczyk M. Psychoterapia indywidualna pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej skoncentrowana na pracy z obrazem własnego ciała — autorska wersja terapii. *Psychoter.* 2017; 2(181): 49–64.
25. Kater K. Nowe drogi. Znaczenie akceptacji i zaangażowania w terapii zaburzeń odżywiania się. W: Main M, McGilley, Bunnell D, red. W: Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
26. Mc Dugall J. Teatr ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
27. Żechowski C. Próba randomizowania i kontrolowania w psychoterapii psychoanalitycznej — między eksperymentem a kliniką. W: Murawiec S, Żechowski C, red. *Od neurobiologii do psychoterapii.* Warszawa IPIN; 2009, s. 267–281.
28. Eating disorder: recognition and treatment. Nice quideline. Published: 23 May 2017. Źródło Internet: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
29. Józefik B. Psychoterapia jako dyskurs kulturowy. *Psychiatr. Pol.* 2011; 65(5): 737–748.
30. Friszke A. Wykład z 28.11.2019, źródło Internet <https://oko.press/prof-friszke-nie-mozemy-zamilknac/?fbclid=IwAR1-4OStGO6VUVBvw3eSsz8vbzLCXQgxDIlhH0b-1Q2175KSZpFRnfuTTEG8>

Adres: talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl