

Małgorzata Starzomska

Paradoksy doświadczania przestrzeni przez osoby z anoreksją

Studia Psychologica nr 7, 123-149

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MAŁGORZATA STARZOMSKA
Akademia Pedagogiki Specjalnej

PARADOKSY DOŚWIADCZANIA PRZESTRZENI PRZEZ OSOBY Z ANOREKSJĄ

Paradoxes of experiencing of space by persons with anorexia

Abstract

Anorexia is a grave and disabling mental disorder. The article describes spatial experiences among anorexics within the framework of existential-phenomenological theory. The analysis of anorexics' experiences which was presented in the article, focuses especially on: „nature world” and „ideal world” and points to specific, paradoxical hierarchy and meanings of these worlds for people who suffer from anorexia. The most useful therapeutic option for such patients can be showing them, that except starving, there are probably other methods of „core self” protection and self-realization.

1. WPROWADZENIE

Anoreksja jest poważnym zaburzeniem psychicznym, które bezpośrednio zagraża życiu osoby nim dotkniętej oraz radykalnie obniża jej jakość życia. Artykuł podejmuje próbę zrozumienia tego zaburzenia przez analizę doświadczenia przestrzeni oraz swojego miejsca w przestrzeni przez osoby z anoreksją.

Pojęcie „przestrzeń” jest używane w wielu kontekstach, w tym także w wielu gałęziach psychologii. Jedną z ważnych psychologicznych teorii, która analizuje szeroko pojmowane doświadczenie przestrzeni przez człowieka i którą można zastosować także do doświadczeń osób z anoreksją, jest teoria egzystencjalno-fenomenologiczna. Zadaniem niniejszego artykułu jest egzystencjalno-fenomenologiczna analiza wybranych aspektów doświadczenia przestrzeni przez osoby z anoreksją.

2. DEFINIOWANIE PRZESTRZENI W FILOZOFII I PSYCHOLOGII

Przestrzeń jest jedną z podstawowych kategorii epistemologiczno-ontologicznych i najczęściej jest ona pojmowana jako „ogół wszelkich relacji zachodzących między obiektami lub zbiór tych obiektów” (<http://en.wikipedia.org/wiki/Space>). W dziejach filozofii pojawiało się wiele znaczeń pojęcia przestrzeni, m.in. opisywano ją jako próżnię, przestrzeń absolutną lub przestrzeń względną, system stosunków między rzeczami lub przestrzeń logiczną. Niewątpliwie tak duża rozbieżność znaczeń przestrzeni w filozofii nie miała miejsca w naukach ścisłych, takich jak matematyka lub fizyka (*Encyclopedia Britannica On-*

line, 2005, <http://www.britannica.com/>; <http://en.wikipedia.org/wiki/Space>). Na szczególną uwagę ze względu na tematykę artykułu, zasługują psychologiczne teorie przestrzeni.

Psychologia przestrzeni (*space psychology*) „zajmuje się psychiatrycznymi, psychologicznymi i psychospołecznymi problemami, które dotyczą ludzi żyjących i pracujących w pewnej przestrzeni” (http://www.memory-alpha.org/en/wiki/Space_psychology). Psychologowie rozpoczęli systematyczne badania nad przestrzenią w połowie XIX w., przy czym termin „przestrzeń osobista” (*personal space*), sugerujący subiektywizm spostrzegania przez człowieka przestrzeni, po raz pierwszy wprowadził w 1937 r. Katz (cyt. za: Greene, Fisher, Bell, Baum, 2004; por. Ferraro, 1990). Przestrzeń osobistą Katz rozumiał jako „obszar otaczający każdą osobę lub obszar, który jednostka uważa za swoje terytorium” (http://en.wikipedia.org/wiki/Personal_space). Warto dodać, że po raz pierwszy wyraźnego rozróżnienia przestrzeni fizycznej i przestrzeni psychicznej dokonał psycholog niemiecki – Lewin, nazywany pionierem psychologii środowiskowej i psychologii ekologicznej. Badacz, podkreślając, że przestrzeń, w której żyje człowiek (tzw. przestrzeń życiowa, *life space*), powinna być różnicowana z przestrzenią z człowiekiem bezpośrednio nie związaną, dzieli ją na dwie części: „człowieka” (*person*) i środowisko psychologiczne (*psychological environment*) (cyt. za: Hall, Lindzey, Campbell, 2004, s. 394). Nowum teorii Lewina stanowiło zaakcentowanie, jak duże znaczenia w doświadczeniu człowieka mają granice ciała (należy dodać, że temat granic jest jednym z najważniejszych tematów pojawiających się w teoriach i terapii osób z anoreksją), a mianowicie Lewin stwierdził, że psychologia powinna zajmować się obok przestrzeni życiowej faktami, które istnieją „w obszarze przylegającym od zewnątrz do granicy przestrzeni życiowej” (cyt. za: Hall, Lindzey, Campbell, 2004, s. 395). Lewin nazywa ten obszar „warstwą zewnętrzną” (*foreign hull*) przestrzeni życiowej (cyt. za: Hall, Lindzey i Campbell, 2004, s. 395). W tym obszarze koncentruje się „wymiana” (komunikacja – przyp. autora) między przestrzenią życiową a światem fizycznym, zatem ten obszar ma właściwość nazywaną „przenikalnością” (*permeability*) (cyt. za: Hall, Lindzey, Campbell, 2004, s. 395): granica ta przypomina bardziej przenikalną błonę czy siatkę niż ścianę czy sztywne ogrodzenie (Hall, Lindzey, Campbell, 2004, s. 395). Lewin wprowadził pojęcia „filtry” oraz „śluz” do opisu tej granicy przepływu (bardziej spersonalizowane określenia to: „gatekeeperzy”, czyli „odźwierni”) (<http://www.cyberkultura.pl/content.php?contid=149>).

Wszystkie opisane powyżej wysiłki, mające na celu stworzenie definicji oraz terminu wiernie oddającego relację człowieka i przestrzeni, zaowocowały analizą tego, jak się okazało bardzo ważnego aspektu funkcjonowania psychicznego człowieka w takich obszarach psychologii, jak:

- psychologia społeczna (Leary, 2002);
- psychologia kultury (Poddiakov, 2002);
- psychologia międzykulturowa (Boski, 2000; Steward, 2003);
- psychologia polityczna (Hopkins, Nixon, 2006);
- psychologia osobowości (obok wspomnianej teorii Lewina, na uwagę zasługuje teoria geometrii przestrzeni Kelly’ego (Shaw, Gaines, 1992; Hall, Lindzey, Campbell, 2004);

- psychologia egzystencjalno-fenomenologiczna (Du Plock, 1997; Opoczyńska, 2004);
- psychologia środowiskowa (Greene i in., 2004);
- psychologia architektury przestrzeni (Vogler, Jørgensen, 2005);
- psychologia kliniczna i psychiatria (Greene i in., 2004; http://en.wikipedia.org/wiki/Space#Spaces_in_psychology);
- psychologia przestrzeni powietrznej i kosmicznej (<http://www.hh.dlr.de/english/research.htm>).

Każda w wyżej wymienionych dziedzin psychologii opisuje odmienne (ale niezadko powiązane ze sobą) aspekty psychologii przestrzeni. Niewątpliwie jedno z najciekawszych ujęć doświadczania przestrzeni przez człowieka proponuje psychologia egzystencjalno-fenomenologiczna i dlatego ujęcie to zostanie przedstawione w następnej części artykułu.

3. EGZYSTENCJALNO-FENOMENOLOGICZNE POJMOWANIE DOŚWIADCZANIA PRZESTRZENI PRZEZ CZŁOWIEKA

Psychologia egzystencjalna wyłoniła się po II wojnie światowej z awangardowego nurtu, łączącego naukowców (zwłaszcza filozofów takich, jak Heidegger i Jaspers) i artystów (Nietzsche, Camus) i jej głównymi przedstawicielami byli m.in.: Binswanger, Boss, May oraz van Deurzen-Smith. Psychologia egzystencjalna jest nazywana także psychologią egzystencjalno-fenomenologiczną ze względu na stosowanie przez jej przedstawicieli analizy fenomenologicznej doświadczeń pacjentów (nazywanych przez nich klientami), czyli opisu „danych pochodzących z bezpośredniego doświadczenia” (Hall, Lindzey, 2002, s. 292), dlatego w niniejszym artykule będę stosować dwuczłonową nazwę tego nurtu. Binswanger określa analizę egzystencjalną jako „fenomenologiczną analizę aktualnej egzystencji człowieka. Jej celem jest odtworzenie wewnętrznego świata doświadczenia” (Hall, Lindzey, 2002, s. 295).

Psychologia egzystencjalno-fenomenologiczna skupia się na rozumieniu egzystencji człowieka jako bycia-w-świecie (łączniki między poszczególnymi słowami stosowane są po to, by oddać wiernie sens słowa niemieckiego *dasein*). „Bycie-w-świecie” to niewątpliwie istnienie w pewnej przestrzeni; jak wskazuje Szatrawski, egzystencjaliści podkreślali subiektywność przestrzeni, co oznacza, że opisywali nie przestrzeń jako taką, ale głębokie doświadczanie przestrzeni przez człowieka na wielu płaszczyznach (<http://www.republika.pl/szatrawski/nauk3.html>). Te płaszczyzny doświadczania przestrzeni przez człowieka zostaną omówione poniżej ze względu na ich znaczenie dla dalszej części tekstu.

Według psychologii egzystencjalno-fenomenologicznej, przestrzeń, w której żyje każdy człowiek składa się z czterech obszarów.

Pierwszy obszar to otoczenie biologiczne i fizyczne (czyli krajobraz) (*Umwelt*) (Hall, Lindzey, 2002, s. 300), „naturalny świat, z jego wymiarem fizycznym, biologicznym” (Jonathan, 2004, s. 48), czyli „bycie-tuż-obok” (Opoczyńska, 2004, s. 48). Według van Deurzen-Smith (za: Jonathan, 1997), ten świat natury dotyczy, poza doświadczaniem fizycznego świata, także doświadczania naszych ciał, dlatego z wymiarem tym związane są cykle życia i umierania (Binswanger, za: Wright, 1994). Ten fizyczny wymiar naszej egzystencji może być doświadczany jako przy-

jemny, bezpieczny i harmonijny, ale czasami może być odczuwany jako prowokujący lęk, pełny ograniczeń, wątpliwości, niepewności, a nawet niebezpieczeństw (Jonathan, 1997).

Drugim obszarem, który wymieniają psychologowie egzystencjalno-fenomenologiczni, jest środowisko ludzkie (*Mitwelt*) (Hall, Lindzey, 2002, s. 300), świat społeczny, publiczny (van Deurzen-Smith, za: Wright, 1994), świat „pracy i zabawy” (...), czyli „bycie-z-innymi” (Opoczyńska, 2004, s. 48). Zatem ten obszar dotyczy relacji z innymi (także o charakterze międzykulturowym), najczęściej w sensie akceptacji lub odrzucenia, dlatego te relacje mogą być one postrzegane jako ciepłe, ale także jako zagrażające.

Z kolei osobę ludzką (także z ciałem) (*Eigenwelt*) (Biswanger, za: Hall i Lindzey, 2002, s. 300), psychologowie egzystencjalni określają jako „bycie-sam-w-sobie” (Opoczyńska, 2004, s. 48): jest to najbardziej „prywatny świat” (van Deurzen-Smith, cyt. za: Jonatan, 1997, s. 139); świat naszych wewnętrznych przeżyć człowieka oraz naszego stosunku do nas samych i znaczących innych osób w naszym życiu, przy czym może osiągać różne wartości w granicach kontinuum: miłość-nienawiść (Jonathan, 1997, s. 139)

Należy podkreślić, że Binswanger i van Deurzen-Smith rozumieją świat fizyczny odmiennie, a mianowicie Binswanger włącza doświadczanie ciała do „świata prywatnego” (traktując zapewne ciało jako jedność psychofizyczną), natomiast van Deurzen-Smith uważa ciało za element „świata natury”, oddzielając ciało i psychikę. To rozróżnienie w przypadku niżej zaprezentowanej analizy egzystencjalno-fenomenologicznej przeżyć osób z anoreksją, nie jest elementem utrudniającym tę analizę, a wręcz przeciwnie: umożliwia zrozumienie paradoksu tej choroby, który można określić trawstując tytuł książki Wright (1994) następująco: *Umrzeć, aby żyć* (*Starving to live*). Sens tego tytułu, który będzie tematem dalszej części artykułu (choć nie będzie przytaczany dosłownie), można określić następująco: „chude ciało” to ciało, w którym może istnieć „prawdziwe ja” (wówczas to ciało można rozumieć jako „świat prywatny”); natomiast „grube ciało”, to wyłącznie balast, który jest równoznaczny z emocjonalną i duchową pustką (wtedy jest to „świat natury”).

Ostatnim wymiarem przestrzeni, o której mówią psychologowie egzystencjalno-fenomenologiczni, jest świat idealny (*Überwelt*), który oznacza świat osobistej etyki i wartości (Milton, 1997) i „dotyczy powiązania osoby z abstrakcyjnym i absolutnym aspektem życia” (Jonathan, 1997, s. 139; Roberts, 1997, s. 178) a zatem angażuje nasze duchowe lub ideologiczne spojrzenie na życie i nasze przekonania, jakie mamy o istnieniu, egzystencji i o śmierci oraz poczucie celu i znaczenia życia, lub poczucie ich utraty (Jonathan, 1997). Należy dodać, że „przez światopogląd (*world-view*) Lahav rozumie (...) »idealny świat« van Deurzen-Smith” (<http://members.aol.com/timlebon/extherapy.html>)

Zanim zaprezentuję analizę egzystencjalno-fenomenologiczną doświadczeń osób z anoreksją, przedstawię kryteria diagnostyczne anoreksji oraz spróbuję odpowiedzieć na pytanie, dlaczego anoreksja nazywana jest „wyzwaniem dla psychiatrycznej terminologii” (Beumont i Carney, 2004, s. 826) oraz „wyzwaniem dla kategorii zdolności do czynności prawnych” (Tan, 2002, strona internetowa: <http://www.ialmh.org/amsterdam2002/11.07/anorexia.pdf>).

4. ROZUMIENIE¹ ANOREKSJI

Anoreksja jest ciężkim i bezpośrednio zagrażającym życiu zaburzeniem psychicznym. Główną przyczyną śmierci u osób z anoreksją jest najczęściej, będąca następstwem wyniszczenia organizmu, ostra niewydolność krążenia, która powoduje zatrzymanie akcji serca. Jako inną przyczynę śmierci u osób z anoreksją wymienia się samobójstwo. Wskaźnik umieralności w anoreksji waha się w granicach 8-18% (Zerbe, 1993; Malan, 1997; Starzomska, 2003). Anoreksja dotyczy w przeważającym stopniu kobiet (na 10 chorych, 9 stanowią kobiety). Anoreksję obok bulimii, kompulsywnego przejadania się i otyłości zalicza się do zaburzeń odżywiania się.

W DSM-IV-TR (2000) uwzględnione są następujące cztery kryteria anoreksji. Pierwszym kryterium rozpoznawania tej choroby jest odmowa utrzymania wagi ciała ponad minimum normalnej wagi dla danego wieku i wzrostu. Drugim kryterium diagnostycznym anoreksji jest silny lęk przed przybieraniem na wadze lub przytyciem, nawet przy niedowadze. Następnym, czyli trzecim z kolei, kryterium stwierdzania anoreksji jest zaburzenie sposobu, w jaki waga, rozmiar lub kształt ciała są doświadczane; najczęściej jednostka może twierdzić, że czuje się gruba, nawet jeśli jest wychudzona. Ostatnim kryterium diagnostycznym anoreksji jest zanik cykli menstruacyjnych, czyli amenorrhea w przypadku kobiet, a utrata libido – w przypadku mężczyzn.

Z kolei według dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych znanej pod skróconą nazwą ICD-10 (2000), anoreksja określana tu jako „jadłowstręt psychiczny” jest przewlekłym zaburzeniem psychicznym, które charakteryzuje celowa utrata wagi wywołana i/albo podtrzymywana przez pacjenta. Chorobie towarzyszą szczególne objawy psychopatologiczne, takie jak: lęk przed otyłością i zniekształceniem sylwetki. Lęk ten przybiera postać natrętnej myśli (idei) nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu/standardu masy ciała. Zazwyczaj stwierdza się niedożywienie różnego stopnia z wtórnymi zmianami hormonalnymi, co u kobiet przejawia się zanikiem miesiączek.

Anoreksja, mimo jasno sprecyzowanych kryteriów diagnostycznych, nie poddaje się w łatwy sposób klasyfikacji. Według MacDonald (2002), anoreksja jest chorobą nadal niedostatecznie zbadaną. To stwierdzenie dotyczy w gruncie rzeczy psychopatologicznego aspektu tej choroby: „Anoreksja stanowi modelowy przykład arbitralności wbudowanej w decyzję określania człowieka jako chorego psychicznie” (Dresser, 1984; cyt. za: Keywood, 1995, s. 6). Powyższa wypowiedź ukazuje problem, którego nie da się nie zauważyć, analizując książki i artykuły poświęcone anoreksji, a który można określić następująco. Z jednej strony anoreksja jest uważana za poważną chorobą psychiczną i w świetle tego podejścia przynajmniej niektórych pacjentów można uznać za pozbawionych krytycyzmu w sensie podejmowania decyzji w zakresie własnego zdrowia i życia (Treasure, Ramsay, 2002). Z dru-

¹ Nazwa „rozumienie anoreksji” pochodzi z jednej z najlepszych książek o zaburzeniach jedzenia, jaka ukazała się w ostatnich latach w Polsce (Józefik, 1999). Autorka nadała książce tytuł *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, a jej drugiej części: *Rozumienie zaburzeń odżywiania się*.

giej strony, nowa wersja *The Mental Health Act* z 1990 r., w odróżnieniu od wersji tego dokumentu z 1983 r., precyzuje, że choroba psychiczna powinna się charakteryzować obecnością symptomów psychotycznych i jasno stwierdza, że w anoreksji takie symptomy nie występują. Konsekwencją tego stwierdzenia jest dopuszczenie przymusowego leczenia osoby z anoreksją przez maksimum trzy dni (wcześniejszy dokument dopuszczał dłuższe przymusowe leczenie), w sytuacji, gdy osoba ta jest czasowo zaburzona lub stwarza ryzyko dla własnego życia (Griffiths, Beumont, Russell, 1997). Wydaje się, że spór dotyczący wspomnianej powyżej „arbitralności” dotyczy nie tego, czy anoreksja jest chorobą, ponieważ co do tego, poza nielicznymi wyjątkami², nie ma wątpliwości. Natomiast problem polega na różnicach zdań naukowców, klinicystów i prawników co do tego, czy anoreksja jest jedynie zaburzeniem psychicznym (które nie powinno być leczone przymusowo, ponieważ pacjenci zachowują krytycyzm co do podejmowanych decyzji), czy też jest ona zaburzeniem psychotycznym, względnie wykazującym elementy psychotyczne (które powinno być leczone przymusowo na podstawie stwierdzenia ograniczonej zdolności do czynności prawnych) (*incompetence, incapacity*).

Z dużym prawdopodobieństwem należy stwierdzić, że każde z powyższych dwóch podejść można uznać za właściwe, gdy przyjmie się dwa ujęcia zaburzenia psychicznego: wąskie i szerokie.

Rozróżnienie między powyższymi dwoma ujęciami jest omawiane szczególnie wyraźnie w dokumentach precyzujących warunki i procedury dotyczące przymusowego leczenia (*The Mental Health Act*, 1990). We współczesnej psychiatrii można mówić o dwóch podejściach do autonomii pacjenta.

Po pierwsze, można mówić o podejściu respektującym w dużym stopniu autonomię pacjenta (*consistent to autonomy*), które precyzuje bardzo wąskie kryteria (pacjent zagraża innym) stwierdzenia u pacjenta niezdolności do czynności prawnych (*narrow incompetence*). Zwolenników tego podejścia można podzielić na dwie grupy.

Pierwszą grupę reprezentują niewątpliwie badacze, którzy dzielą pacjentów z anoreksją na dwie grupy: zdolnych i niezdolnych do podejmowania racjonalnych decyzji. Niewątpliwie jedną ze zwolenniczek takiego zdecydowanego podziału jest Draper (2000). Autorka podkreśla, że tylko niektóre osoby z anoreksją są rzeczywiście niezdolne do podejmowania racjonalnych decyzji, przy czym ma na myśli te jednostki, którym bezpośrednio grozi śmierć z powodu niedożywienia, do czego same doprowadziły, metodycznie głodząc się. Natomiast, według Draper (2000) większość osób z anoreksją radzi sobie dobrze w życiu, a mianowicie kształcą się lub pracują jako profesjonaliści w czasami bardzo wymagających zawodach, często te osoby są niezależne finansowo. Dlatego w świetle powyższych zdań uzasadnione wydaje się nazywanie przez Gutheila i Bursztajna (cyt. za: Gans, Gunn, 2003, s. 681) osób z anoreksją jako „globalnie zdolnych do czynności prawnych”, jednak wyka-

² Przykładem skrajnie antypsychiatrycznego (por. Jankowski, 1994) stanowiska wobec anoreksji jest stwierdzenie Dresser (cyt. za: Keywood, 1995), że uznanie anoreksji za chorobę psychiczną jest bardzo dyskusyjne, przede wszystkim z tego powodu, że można ją uznać za swoiste motto życiowe (Guntrip, 1982; Wright, 1994; Levens, 1995). Za dobrą egzemplifikację takiego stanowiska należy uznać stwierdzenie Margolis: „Nie wierzę w anoreksję. Ta etykieta pomaga lekarzom i społeczeństwu” (cyt. za: Wright, 1994, s. 67).

zujących „subtelną” (*subtle, focal*) (dotyczącą jedną ze sfer życia: odżywiania się) niezdolność do podejmowania racjonalnych decyzji.

Jakubczyk i Żechowski (1996) także dzielą pacjentki anorektyczne na dwie grupy, a mianowicie na pacjentki bardziej „paranoidalne”, z nastawieniami prześladowczymi, postrzegające otoczenie jako wrogie, i pacjentki bardziej depresyjne, smutne, pełne poczucia winy. Autorzy jednocześnie podkreślają, że mimo głębokich zaburzeń testowania rzeczywistości występujących u niektórych osób z anoreksją, nie dochodzi u nich do uformowania się produkcji psychotycznej (katatonicznego zablokowania przyjmowania pokarmu czy urojeniowego przekonania, że jedzenie jest zatrute).

Drugą grupę zwolenników elastycznego podejścia do autonomii, reprezentuje MacDonald (2002), według której, oceniając krytycyzm osób z anoreksją w stosunku do własnej choroby, nie można przyjmować, że istnieje ostra granica: krytycyzm *versus* brak krytycyzmu, natomiast należy zdolność takich osób do racjonalnych decyzji rozpatrywać przyjmując istnienie kontinuum. Wówczas osoby takie nie będą uznawane za zdolne lub niezdolne do podejmowania decyzji, natomiast będą oceniane jako mniej lub bardziej zaburzone pod tym względem. MacDonald (2002) podkreśla, że ostateczna decyzja o zdolności do czynności prawnych, powinna być podejmowana bardzo rozważnie dla każdego przypadku. Należy także pamiętać, że pojęcie kontinuum jest w przypadku anoreksji użyteczne również dla kategorii czasu, ponieważ stopień nasilenia objawów może się zmieniać w czasie (Brockman, 1999).

Po drugie, można mówić o podejściu przedkładającym stan psychofizyczny pacjenta nad respektowanie jego autonomii, dlatego to podejście określa się jako „pragmatyczne”; tutaj kryteria uznania pacjenta za niezdolnego do czynności prawnych są szersze niż w podejściu pierwszym (pacjent zagraża sobie oraz innym) (*Review of the Mental Health Act, 1990, s. 71*). Dlatego w ramach tego podejścia używa się pojęcia: „globalna niezdolność do czynności prawnych” (*global incompetence, wide incompetence*).

Zwolennicy powyższego podejścia jednoznacznie określają osoby z anoreksją jako bardzo ciężko chore i niezdolne do podejmowania racjonalnych decyzji dotyczących ich zdrowia i życia. Tchanturia, Serpell, Trop i Treasure (2001) wykazali, że osoby z zaburzeniami jedzenia, w tym z anoreksją, mają dużo więcej zniekształceń w percepcji rzeczywistości niż osoby zdrowe. Melamed, Mester, Margolin i Kalian (2003) podkreślają, że nawet, jeśli uzna się myśli osób z anoreksją za idee nadwartościowe (por. ICD-10, 2000), to, zgodnie z tym, co zresztą mówi Zaborowski (1998, s. 202), te idee niepostrzeżenie mogą się przekształcić w urojenia i omamy. Autorzy, krytykując opisane powyżej poglądy Draper (2000), twierdzą, że chociaż osoby z anoreksją mogą podejmować dobre decyzje i funkcjonować prawidłowo w zakresie takich sfer, jak edukacja czy zatrudnienie, jednocześnie mogą być niezdolne do podejmowania racjonalnych decyzji co do wagi ciała, diety i akceptacji opieki medycznej. Według Melameda i współpracowników (2003, s. 622), „Jeżeli jeden z obszarów zdolności do testowania rzeczywistości jest uszkodzony, wówczas wszystkie inne funkcje testowania rzeczywistości są prawdopodobnie także uszkodzone”. Zatem, według badaczy, zdolność pacjenta z anoreksją do racjonalnych sądów jest poważnie uszkodzona. Autorzy, uzasadniając swoje stanowisko, zadają prowokują-

ce pytanie: „W przypadku wielu chorób, istnieje opcja definiowania pewnych stanów jako »zawierających elementy psychotyczne« lub, jak sugerujemy »z psychotyczną ekwiwalencją«. Dlaczego pacjentowi z diagnozą anoreksji pozwala się zagłodzić się na śmierć, podczas gdy pacjenci zdiagnozowani jako posiadający schizofrenię są chronieni przed krzywdą, którą sobie mogą wyrządzić?” (Melamed i in., 2003, s. 622). Według autorów, anoreksja i schizofrenia mają podobne objawy, jednak w schizofrenii uszkodzony jest proces myślowy, a w anoreksji, nawet jeśli jest on uszkodzony, to jedynie w zakresie ciała, wagi, diety i akceptacji leczenia, a pozostałe funkcje myślowe pozostają nietknięte, i dlatego, nie dysponując odpowiednimi narzędziami, łatwo można przeoczyć powagę stanu psychicznego pacjenta. Warto dodać, że najczęściej stosowane w Stanach Zjednoczonych i Europie narzędzie do oceny krytycyzmu pacjenta: MacCAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment) bada jedynie treść myśli pacjenta, która w przypadku osób z anoreksją nie jest zaburzona (Tan, Hope, Steward, 2003 a, b; Tan, Hope, Steward, Fitzpatrick, 2003). W tym kontekście wydaje się całkiem zrozumiałe, że zwolennicy takiego podejścia uważają, iż „stwierdzanie braku zdolności do podejmowania racjonalnych decyzji powinno się odbywać a priori na bazie zdiagnozowania anoreksji” (Gans, Gunn, 2003, s. 681).

Powyższą analizę stanowisk wobec zdolności osób z anoreksją do podejmowania racjonalnych decyzji należałoby podsumować następująco. To, co zwolennicy bardziej elastycznego podejścia do racjonalności osób z anoreksją uważają za potwierdzające ich argumenty (chodzi tutaj o prawidłowe funkcjonowanie w niemal wszystkich sferach poza sferą jedzenia oraz niezaburzoną treść myśli badaną za pomocą narzędzia MacCAT-T), przeciwnicy tego podejścia uważają za jedną z najpoważniejszych przeszkód do rzetelnej diagnozy.

Autorka niniejszego artykułu zdecydowała się na zaprezentowanie analizy egzystencjalno-fenomenologicznej doświadczeń osób z anoreksją, co nie oznacza marginalizacji wagi dyskusji nad racjonalnością osób z anoreksją. Wręcz przeciwnie, analiza ta umożliwi przyjrzenie się doświadczeniom osób z tą chorobą nie po to, aby dowieść, że anoreksja to fenomen lub sposób życia, ale w celu zrozumienia, do jakiego stopnia codziennie nam towarzysząca sfera życia, jaką jest odżywianie się, może ulec zniekształceniu. Można przypuszczać, że staranna analiza egzystencjalno-fenomenologiczna przeżyć osób z anoreksją (w tym artykule poświęcona doświadczeniu przestrzeni), ukaże ważne obszary życia osób z anoreksją, które uległy zniekształceniu lub nawet destrukcji w procesie chorobowym. Zatem, jeżeli autorka przyjmuje stwierdzenie Gans i Gunn (2003, s. 680) na temat anoreksji: „Ta choroba jest egzystencjalna, a mianowicie osoba z anoreksją czerpie fundamentalne znaczenie i satysfakcję i powód do życia z odchudzania się”, traktuje to zdanie następująco: anoreksję można traktować jako sposób istnienia i radzenia sobie z konfliktami psychicznymi³. Jednak jeśli potraktujemy tę chorobę jako „optymalne” dla danej osoby rozwiązanie własnych problemów, nie oznacza to, że osobę taką należy uznać za zdrową i pozostawić ją samą sobie, bo jak powiedziały Gans i Gunn (2003), analizując propozycję leczenia paliatywnego w przypadku anoreksji (Draper, 2000), „jeżeli osoba z anoreksją umrze, nie

³ Na przykład przez przyjęcie tzw. tożsamości negatywnej (Opoczyńska, 1999; Krystek, 2000).

będzie już żadnej szansy na jej powrót do zdrowia” (2003, s. 680). Należy dodać w tym miejscu, że dowiedziono, iż pacjenci, którzy wyzdrowieli z anoreksji są „głęboko wdzięczni” lekarzom, którzy im pomogli (Griffiths, Beumont, Russell, 1997, s. 530)

5. KILKA UWAG O JĘZYKU DALSZEJ CZĘŚCI PRACY

Zanim przystąpię do analizy przeżyć osób z anoreksją, chciałabym pokrótce wyjaśnić dwa ważne aspekty związane z jej językiem.

Po pierwsze, język poniższego wywodu jest w dużym stopniu metaforyczny. Te metafory pochodzą wyłącznie z dzieł wybitnych egzystencjalno-fenomenologicznych (względnie łączących perspektywę egzystencjalno-fenomenologiczną i psychodynamiczną) badaczy zaburzeń jedzenia, dlatego wszelkie są opatrzone cytataми. Ponadto w celu uzasadnienia metaforycznego języka pracy, chciałabym przytoczyć fragment zaprezentowanej przez Biswängera (za: Hall, Lindzey, 2002, s. 301) analizy trzech sfer doświadczania przestrzeni przez jedną z jego pacjentek – Ellen West – cierpiącą na przymus jedzenia.

„Jeśli zatem jeszcze raz chcemy podsumować cechy indywidualne i fenomenologiczne formy sposoby bycia-w-świecie (...) w różnych obszarach świata (...) znów najlepiej będzie rozpocząć od świata-krajobrazu (*Umwelt*): bycie-ograniczaną i bycie-ciężoną ukazuje się tu jako zasępienie, mrok, noc, zimno (...). W świecie ludzkim (*Mitwelt*) bycie-ograniczaną spostrzegane jest tu jako bycie-ujarzmioną, dręczoną, dyskryminowaną i prześladowaną (...). W obszarze wewnętrznym (*Eigenwelt*) jako świecie myśli rozpoznajemy bycie-ograniczaną w tchórzostwie, pobłażaniu sobie, rezygnacji z wysokich aspiracji (...). I w końcu w świecie wewnętrznym (*Eigenwelt*) jako świecie cielesnym, odnajdujemy bycie-ograniczaną czy ciężoną jako poczucie bycia grubą, granice jako pokłady tłuszczu, które stanowią dla egzystencji nie dające się przebić mury, pustkę jako poczucie otepienia, głupoty, starości, brzydoty, a nawet bycia umarłą, pragnienie wolności, jako chęć-bycia-szczupłą, ja jako zwykła rura służąca do napełniania i opróżniania ciała” (cyt. za: Hall, Lindzey, 2002, s. 301).

Hall i Lindzey w dalszej części przytoczonego fragmentu analizy podkreślają, że ten tekst (który, co ważne, opisuje zaburzenie jedzenia) jest bardzo charakterystyczny dla analizy egzystencjalno-fenomenologicznej: „Zauważamy, że język stosowany w tym opisie jest bardzo obrazowy, wręcz poetycki. Taka obrazowość jest bardzo odległa od rzeczowego, przyziemnego, a nawet szorstkiego języka stosowanego zazwyczaj w wywodach naukowych. Należy jednak pamiętać, iż egzystencjalizm miał silne powiązania z literaturą, a jeden z jego prekursorów, Nietzsche, był zarówno filozofem, jak i poetą” (Hall, Lindzey, 2002, s. 301, por. strona internetowa: <http://www.ship.edu/~cgboeree/binswanger.html>). Należy ponadto dodać, że nierzadko psycholodzy egzystencjalni (a także psychodynamiczni) odnoszą znaczące sukcesy terapeutyczne dzięki umiejętnym stosowaniu metafor (Levens, 1995; Barker, 2000) oraz paradoksów. Jak wspomniałam powyżej, zadaniem analizy egzystencjalno-fenomenologicznej jest przedstawienie doświadczeń pacjentów, a wydaje się, że doświadczeń osób z anoreksją, nie można przedstawić wyczerpująco bez posługiwania się metaforą oraz paradoksem, a mówiąc dokładniej, logiką paradoksu (por. Kramer, 2000).

Po drugie, w niektórych miejscach tekstu czytelnik może odnieść wrażenie, że analiza egzystencjalno-fenomenologiczna przeplata się z analizą psychodynamiczną. Wyjaśniając ten aspekt pracy, chciałabym podkreślić, że Binswanger i Boss, czyli wybitni przedstawiciele psychologii egzystencjalnej, „przez wiele lat studiowali psychoanalizę i stosowali ją w swej praktyce” (Hall, Lindzey, 2002, s. 298), a Trzópek (2004) uważa, że część wątków psychodynamicznych zostało przejęte przez późniejsze nurty nawet bardzo odmienne od psychoanalizy, oraz istnieją „więzi natury genetycznej, ale także w płaszczyźnie terapeutycznej między psychologią psychodynamiczną a nurtami egzystencjalnymi” (Trzópek, 2004, s. 109). Wybitna badaczka zaburzeń jedzenia, Lemma, zwolenniczka stosowania terapii psychodynamicznej, tłumacząc, że swoim rozdziale do książki *Case studies in existential psychotherapy and counselling* (Du Plock, 1997) stosuje także analizę egzystencjalno-fenomenologiczną, pisze: „Praca w nurcie egzystencjalnym oznacza różne rzeczy dla różnych ludzi. Moja propozycja łączenia perspektywy egzystencjalnej i perspektywy psychodynamicznej może brzmieć zaskakująco dla niektórych osób, jednak odzwierciedla ona jedynie różne interpretacje sformułowania »praca w nurcie egzystencjalnym«. Dla mnie oznacza to przed wszystkim podejście do pracy terapeutycznej, które jako priorytet traktuje historię klienta i jego doświadczeń” (Lemma, 1997, s. 83-84). Podobnie Levens (1995), terapeutka stosująca arteterapię opartą na założeniach psychologii psychodynamicznej, wielokrotnie odwołuje się do psychologów egzystencjalnych. Zatem ze względu na powiązania między nurtem psychodynamicznym i egzystencjalno-fenomenologicznym, w niniejszym tekście mogą pojawić się elementy analizy psychodynamicznej.

6. ANALIZA EGZYSTENCJALNO-FENOMENOLOGICZNA DOŚWIADCZANIA PRZESTRZENI PRZEZ OSOBY Z ANOREKSJĄ

6.1. DOŚWIADCZANIE WŁASNEGO CIAŁA PRZEZ OSOBY Z ANOREKSJĄ: „ŚWIAT PRYWATNY” CZY „ŚWIAT NATURY”

Jak już wspomniano, psychologowie egzystencjalno-fenomenologiczni postrzegają bardzo specyficznie problem doświadczenia ciała przez człowieka, a mianowicie Binswanger włącza doświadczenie ciała do „świata prywatnego” (traktując ciało i psychikę jako jedność psychofizyczną), natomiast van Deurzen-Smith uważa ciało za element „świata natury”, które, co należy podkreślić jest określane jako „bycie-tuż-obok” (Opoczyńska, 2004, s. 48).

Celem niżej przedstawionego tekstu jest rozstrzygnięcie, czy dla osoby z anoreksją ciało i psychika stanowią jedność psychofizyczną (zgodnie z koncepcją Binswanger), czy też ciało jest przez nią postrzegane jako jako zewnętrzny wobec tożsamości „świat natury” (zgodnie z koncepcją van Deurzen-Smith).

Boss – jeden z wybitnych przedstawicieli psychologii egzystencjalnej – mówi: „Moja cielesna egzystencja nie kończy się na koniuszku mego palca. Rozciąga się ona (ucieleśnia) aż na wskazywany przedmiot, a nawet dalej, na wszystkie zjawiska świata, w którym wówczas zamieszkuje. Granice mojej cielesności pokrywają się z granicami mej otwartości wobec świata” (cyt. za: Hall, Lindzey, 2002, s. 305). Powyższy fragment dowodzi, że Boss (podobnie jak Binswanger) zalicza ciało i psychikę człowieka do „świata prywatnego”.

Powyższego stwierdzenia prawdopodobnie nie można odnieść do osób z anoreksją, ponieważ ciało jest przez te osoby doświadczane bardzo specyficznie. Ta specyfika doświadczania własnej cielesności przez osoby z anoreksją zostanie przedstawiona poniżej za pomocą licznych przykładów.

Wielu badaczy zaburzeń jedzenia zwraca uwagę na odrzucanie przez osoby z anoreksją własnej cielesności. Zerbe (1993) twierdzi, że konsekwencją podziału tożsamości na ciało (zło) i psychikę/duszę (dobro), jest intensywna nienawiść do produktów ciała. Według Wycisk (2000, s. 130), „niektóre wypowiedzi chorych [na anoreksję – przypis autorki artykułu] dziewcząt wprost odzwierciedlają z jednej strony doświadczanie własnego ciała jako wyalienowanego i obcego, z drugiej – uwięzienie czy schwytywanie duszy w pułapkę własnej fizyczności”. Jedną z pacjentek Thomy – Sabina, której historię opisała Stobiecka, „wykonała rysunek idealnej, jej zdaniem, kobiety, która wyglądała jak duch albo zjawą. Często mówiła też, iż czuła się, jakby już nie żyła, że chciała być lalką, która nie je ani nie wypróżnia się” (2000, s. 240). Dla osoby z anoreksją ciało jest niepożądane, brudne i zanieczyszczone (Warin, 2003) i traktowane jako intruz i „szok” (*inpingement*), „przykra sprawa” (*nuisance*) (Wright, 1994, s. 45). Osoby z anoreksją określają własne ciało jako „mięso” (*flesh*) (Wright, 1994, s. 46). Czynności i procesy związane z ciałem, takie jak: jedzenie, wydalanie, menstruacja, są odczuwane przez takie osoby jako bardzo nieprzyjemne, ponieważ przypominają o rzeczywistości ciała. Margolis twierdzi, że „dla osoby z anoreksją jest coś nieprzyzwoitego w czynności jedzenia... w otwieraniu i zamknięciu ust⁴... w przyjęciu faktu, że ma się apetyt czy inne cielesne potrzeby. To zbliża człowieka do zachowań tłumu ludzi przeżuujących jak zwierzęta” (cyt. za: Wright, 1994, s. 46). Wkładanie jedzenia do ust jest odczuwane przez osoby z anoreksją jako „skrajnie odrażające”, najbardziej „newralgicznym” rejonem ust są wargi, które są „delikatne, wilgotne i wrażliwe” i są „portierami przy drzwiach ciała” (Warin, 2003, s. 81). Według jednej z osób z anoreksją, „podczas jedzenia lepiej nie dotykać warg i wkładać jedzenie do ust, gryźć i połykać bardzo szybko” (Warin, 2003, s. 81). Tę skrajną niechęć do ciała ilustruje wypowiedź bohaterki książki Atwood *Kobieta do zjedzenia*: „Jakie to dziwne stworzenia. I ten nieustanny przepływ między tym, co na zewnątrz, a tym, co wewnątrz, pochłanianie różnych rzeczy, wydalanie ich, żucie, słowa, frytki, odbijanie, tłuszcz, włosy, niemowlęta, mleko, ekskrementy, ciastka, wymioty, kawa, sok pomidorowy, krew, herbata, pot, alkohol, łzy i odpadki...” (Atwood, 1986, s. 272).

Można stwierdzić, że ciało dla osoby z anoreksją stanowi „świat natury”: miejsce cyklów biologicznych nieakceptowanych przez te osoby; ciało nie jest zaliczane do „świata prywatnego”, natomiast osoba z anoreksją wszelkimi możliwymi sposobami próbuje zminimalizować „zakłócającą” rolę jej obcego (choć własnego) ciała przez:

- kontrolę nad nim,
- likwidację cyklów biologicznych oraz
- metodyczne zmniejszanie miejsca, jakie ciało zajmuje w przestrzeni, aby mogła rozwinąć się „prawdziwa”, „rdzenna” tożsamość (*core self*) (jest to widoczne w wy-

⁴ Analogię, jaką odnajdują osoby z anoreksją między ustami a czynnościami seksualnymi, opisuje Ke-
stenberg (1956).

powiedziach osób z anoreksją oraz może być wykorzystywane jako element zmiany w psychoterapii tego zaburzenia).

Poniżej zostaną omówione te trzy aspekty minimalizowania roli ciała przez osoby z anoreksją.

Po pierwsze, osoba z anoreksją, niszcząc ciało i rozwijając sadomasochistyczną relację z ciałem, minimalizuje „brzydotę egzystencji” (Wright, 1994, s. 46), a ponadto ustala pewne limity, a kontrola nad ciałem ma pomóc jej w zminimalizowaniu impulsów, i tak: osoba taka pragnie poddać to ciało kontroli, tak aby nie wiązało się z impulsami. Osoba z anoreksją, inaczej niż większość ludzi, którzy przynajmniej w pewnym stopniu dbają o nastrój, w jakim spożywa się posiłki, aby „lepiej smakowały”, cały swój czas poświęca planowaniu, co będzie jeść z dokładnością co do jednej kalorii i rozmyślaniu, co musi zrobić, aby schudnąć; jej posiłki są wysoce „ustrukturalizowane”, „wykalkulowane” (Wright, 1994, s. 78); można powiedzieć używając logiki paradoksu, że taka osoba wręcz celebrytuje proces „nie-jeżenia” (Shipton, 1999)⁵ (por. termin „prywatna kompulsja” w odniesieniu do zachowań osób z anoreksją) (Shipton, 1999, s. 436). Należy podkreślić, że celebryzację procesu głodowania można nazwać także ciężką pracą. Według Turnera (1996), nasze ciała stanowią obiekt pracy w określonej przestrzeni (por. Obeyesekere, Harris, 1990). Ludzie myją swoje ciała, karmią je, poddają je ćwiczeniom⁶ i różnym innym zachowaniom prozdrowotnym, czyli opiekują się nimi⁷. Według Hardin (2001), osoba z anoreksją wykonuje intensywną pracę samogłodzenia (*the work of self-starvation*). Z kolei, według Wojciechowskiej, w przypadku osób z anoreksją „»Ciężka praca« (cudzyśłów Wojciechowskiej; por. Baumeister i in., 2000, s. 227) na rzecz uzyskania idealnej figury nigdy nie przynosi, w ich własnych oczach, ostatecznych rezultatów, choć obiektywnie dawno została przekroczona granica wymarzonej wagi” (Wojciechowska, 2000, s. 85). Analizując społeczne i historyczne dyskursy dotyczące anoreksji oraz autobiografie chorych osób i wywiady z nimi, Hardin (2001) zauważyła, że kiedy taka osoba przerywa samogłodzenie, następna przestrzeń, w którą wkracza, nie różni się fundamentalnie od tej, którą dotychczas zajmowała. W trakcie pracy terapeutycznej nad wyleczeniem takiej osoby, następuje zamiana „fizycznej pracy samogłodzenia” na „pracę ja” odnoszącą się do pokrewnej psychologicznej, emocjonalnej lub czasami, duchowej pracy. Jak sugeruje

⁵ Czasami potęguje dumę z głodowania, przygotowując starannie posiłki dla innych osób, np. dla rodziny.

⁶ Sosnowski (2001) podkreśla, że we współczesna euro-amerykańska kultura stworzyła nienasycone pragnienie szczupłości i gloryfikuje wyjątkowo szczupłe i sprawne ciała; z kolei według Gremillion (2002) współczesne pojęcie sprawności zawiera w sobie dużo sprzeczności.

⁷ Za paradoksalne przykłady takiej opieki nad ciałem można uznać samookaleczenia (zwłaszcza u maltretowanych dzieci) oraz niektóre zachowania pojawiające się w anoreksji.

Osoby, które dokonują samookaleczeń, nie pragną pozbawiać się życia, ani tym bardziej nie jest ich zamiarem manipulowanie innymi; natomiast przez ból fizyczny, będący następstwem samookaleczenia, pragną przytłumić i przerwać nieznośne cierpienie emocjonalne (Herman, 2003). Babiker i Arnold (2003) przytaczają następujące przykłady wypowiedzi osób, które dokonują samookaleczeń: „Gdy się potnę, zaraz przedstawiam się na »tryb opiekuńczy« i mogą czerpać przyjemność z pielęgnowania swoich ran”; „Gdy pielęgnuję swe oparzenia, to czuję, że mam powód kochać siebie, jak gdybym mówiła sobie »Dobrze już, dobrze«” (2003, s. 119).

Osoby z anoreksją obok odmowy spożywania pokarmów, co może być traktowane jako krańcowe zaniechanie potrzeb ciała, stosują nierzadko takie formy opieki nad ciałem, jak przyjmowanie witamin i soli mineralnych, staranny dobór kosmetyków i ubioru (Zerbe, 1993).

badaczka, przyczyny tego zjawiska, należałoby szukać w kulcie dyscypliny panującej we współczesnych, zwłaszcza zachodnio-europejskich kulturach, w których „ja” jest przedmiotem dyscypliny, a rezygnacja z kontrolowanego, poddanego dyscyplinie „ja” wydaje się niemożliwa.

Po drugie, osoba z anoreksją, redukując ciało i podając je ścisłej kontroli (por. Baumeister i in., 2000; Wieczorkowska i Bednarczyk, 2004), redukuje swoje ciało i procesy w nim zachodzące, np. konsekwencją ograniczenia ilości spożywanych pokarmów jest spowolnienie perystaltyki jelit. Ponadto, konsekwencją spadku wagi jest zanik ważnego procesu zachodzącego w ciele kobiety, a mianowicie: menstruacji (amenorrhoea), które według osób z anoreksją są istotnym zjawiskiem przypominającym, że ciało jest „intruzem” (Wright, 1994, s. 45). Należy dodać w tym miejscu, że Sosnowski (2001) wykazał, iż istnieje dodatnia zależność między negatywną postawą do menstruacji a zaburzeniami obrazu ciała u kobiet, w szczególności cechuje to kobiety z anoreksją. Zanik menstruacji jest doświadczany przez takie osoby jako „ulga” (Margolis, 1988; cyt. za: Wright, 1994, s. 46). Malson i Ussher (1996) wykazały, że amenorrhoea jako jeden objawów anoreksji może być traktowana jako próba wykluczenia negatywnie rozumianej kobiecości. Wywiady z kilkudziesięcioma kobietami z anoreksją przeprowadzone przez badaczki wykazały, że menstruacja jest kojarzona przez nie z takimi cechami kobiet, jak: brak kontroli, nadpobudliwość, nadmierna seksualność, słabość, podatność na zranienie i wrogość wobec innych. Badaczki wywnioskowały, że amenorrhoea może oznaczać odrzucenie tej szczególnie negatywnej konstrukcji kobiecości, a nie odrzucanie kobiecości jako takiej. Wydaje się, że istotną przyczyną tak ukształtowanej konstrukcji kobiecości jest nasilające się we współczesnych społeczeństwach przedmiotowe podejście do ciała kobiety. Jak twierdzi Simone de Beauvoir (1949; cyt. za: Wright, 1994, s. 51): „Ciało młodej dziewczyny, która zaczyna dojrzewać, przestaje wyrażać jej indywidualność, a staje się obce, gdyż inni zaczynają je postrzegać jako rzecz; mężczyźni na ulicy komentują szczegóły jej anatomii; ciało zaczyna ją przerażać: staje się mięsem” (por. Lawrence, 1994; Tiggemann, Kuring, 2004; por. Starzomska, 2006a). Siła sprzeciwu wobec dojrzewania jest widoczna w dokonanej przez Martin (1983) ciekawej obserwacji: badaczka odkryła, że amenorrhoea uznawana często za konsekwencję utraty wagi u osób z anoreksją, często rozwija się na długo przed pojawieniem się anoreksji.

Po trzecie, dla osoby z anoreksją świadomość, że zajmuje określone miejsce w przestrzeni, jest „nie do wytrzymania” (Levens, 1995, s. 104)⁸. Z kolei Lefebvre (1974) uważa, że anoreksja, jako spotęgowanie prowadzenia diety, stanowi próbę podejmowaną przez współczesne kobiety uregulowania przestrzeni, jaką zajmują ich ciała w świecie⁹. Nie ulega wątpliwości, że osoba z anoreksją czyni wręcz heroiczny (czasami określa się anoreksję jako „autoinwigilację” (*self-surveillance*) (Ship-

⁸ Jest to inne odczucie od występującego w agorafobii lęku przed przestrzenią, chociaż czasami osoby z anoreksją odczuwają taki lęk, stojąc przed dużym arkuszem papieru (Levens, 1995, s. 98).

⁹ Jak mówi Wycisk, „współczesny ideał piękna to nie tylko ciało szczupłe (lub wręcz chude), ciało, którego jest coraz mniej. To także ciało jędrne, zwarte, twarde. Ciało o jasno określonych granicach, umięśnione, bez grama niepotrzebnego tłuszczu, bez fałdki obwisłej skóry. Ciało poddane kontroli, okiełznane, a więc nie zagrażające istniejącemu stanowi rzeczy. Ciało, którego wszystkie inne pragnienia zostały podporządkowane jednemu, obsesyjnemu dążeniu – dążeniu do osiągnięcia estetycznego ideału” (2000, s. 135).

ton, 1999, s. 438; Hardin, 2001; Tiggemann, Kuring, 2004), ogromny wysiłek, aby zmniejszyć swoje ciało. U osób z zaburzeniami jedzenia dochodzi nawet do bardzo drastycznych zachowań, jak zalepianie ust lub przedziurawianie warg w celu złączenia ich drutem, aby uniemożliwić jedzenie (Beumont, Abraham, 1983), pozbywanie się śliny, która mogłaby spowodować przytucie (Krasnow, 1996; Kovacs, Mahon, Palmer, 2002) czy krwiopusty (*bloodletting*) za pomocą strzykawki, mające na celu pozbycie się „tłustej” krwi z organizmu (Warren, Dolan, Norton, 1998; Starzomska, 2000 a). Wśród osób z anoreksją, podejście do zajmowanej nich przestrzeni w sensie ilości miejsca, jakie zajmuje ich ciało, jest najbardziej widoczne w trakcie terapii za pomocą rysunku, czyli tzw. arteterapii, w której uczestniczą osoby z anoreksją, a mianowicie osoby te wykonują swoje portrety, używając do tego bardzo jasnego ołówka lub białej farby (gdy arkusz papieru, na którym wykonywany jest rysunek, jest także biały) (Levens, 1995, s. 114-115). Według Levens (1995, s. 98), paradoksalnie, podczas arteterapii osób z anoreksją ważniejsze od analizy rysunków, wydaje się analizowanie tego, co zostało pominięte (lub narysowane farbą o kolorze identycznym z tłem). Używając „logiki paradoksu”, można określić anoreksję jako dążenie do stworzenia pustej, czystej, nieskażonej procesami cielesnymi przestrzeni.

Jednocześnie pragnienie zniknięcia powoduje pragnienie, aby własne istnienie nie było w ogóle „odczuwane w świecie” (Manley, Leichner, 2003, s. 33). Anoreksja stanowi manifestację osoby nią dotkniętej, że nic nie jest potrzebne i nikt nie jest potrzebny w jej życiu, zatem ta choroba jest próbą udowodnienia, że jest się osobą „samowystarczalną” (Wright, 1994, s. 71). Osoba z anoreksją „nie chce chcieć” (Levens, 1995, s. 102). Te odczucia są potęgowane przez znalezienie się w dużej przestrzeni lub wywołuje je widok dużej kartki papieru i bardzo plastycznie opisuje je Borys: „Konieczne jest nie chcieć niczego dla lub od pacjentki z anoreksją. Ona zawsze zechce uczestniczyć w terapii mniej często, będzie chciała mniej mówić, mniej płacić – wszystkiego mniej. Dla niej, rzecz oczywista, mniej oznacza więcej” (1984; cyt. za: Levens, 1995, s. 96).

Wyczerpujące studium pragnienia zniknięcia, stanowi analiza odczuć Simone Weil – wybitnej myślicielki, żyjącej w pierwszej połowie XX w., która zmarła w wieku 34 lat w wyniku zagłodzenia. Jak pisze Czerwińska (1995), Weil mówiła „Nie ma mnie tu (...). Kiedy gdzieś jestem – kalam ciszę nieba i ziemi moim oddechem i biciem mego serca” i wierzyła, że kiedyś zniknie (s. 117). „Gustave Thibon i Czesław Miłosz zgodnie podkreślają jej potrzebę nieobecności, tęsknotę do zniknięcia. Czuliła nie nieczysta, skażona, żyła przeciwko sobie (...). Na tysiące sposobów powtarzała: niech zniknę (...). Jej wstręt do samej siebie, porównywalny tylko z gnostyckim urazem do materii czy z platońskim stosunkiem do ciała jako więzienia duszy, przybrał formę żądania: nie chcę, aby świat był odczuwany – przeze mnie. (...)” (s. 117-118). Czerwińska tłumaczy przyczyny głodowania Weil jej postawą religijną: „Simone Weil szukała pokarmu w widoku mszy (...). Wierzyła, że zostanie nakarmiona (...). Mówiła: ta część duszy, która jest wieczna, karmi się głodem” (1995, s. 117-121) (por. Morgan, Marsden, Lacey, 2000).

Czasami można podejrzewać, że osoba z anoreksją pragnie istnieć, ale wyłącznie jako bezcielesna, w pewnym stopniu mistyczna istota, czego dowodem są rysunki osób z tą chorobą, które przedstawiają ich autorów jako istoty duchowe, najczęściej

aniowały na szczytach gór (por. Levens, 1995; Podgórska, 2002). Wojciechowska, proponując tzw. kategorię „tożsamości nieadaptacyjnej = anorektycznej” (2000, s. 92), wyjaśnia, że tożsamość anorektyczna jest jakby „kulturowo nadana” i nieustannie ciąży nieadekwatnością wobec prawdziwej natury swej ofiary. Wtedy cały proces odchudzania nie jest motywacją do utrzymania subiektywnego poczucia tożsamości (tu: tożsamości anorektycznej), lecz dąży w kierunku „odcieśnienia”, by dojść do wewnętrznej istoty – tak naprawdę to nieskończony proces dochodzenia do prawdziwego „ja” (2000, s. 93-94).

Wydaje się, że osoby z anoreksją w znacznym stopniu regulują odczuwaną przez siebie przestrzeń przez wypowiedzi i reakcje na wypowiedzi innych, zwłaszcza w kontekście terapii. Osoby z anoreksją zapełniają czas przeznaczony na terapię „pustymi” wypowiedziami (*empty talk*) (oznacza to prawdopodobnie mówienie o bardzo błahych rzeczach – przypis autora artykułu), często wręcz wydają się „tonąć” w „morzu” nic nie znaczących słów i nie ma w nim miejsca na wyrażanie własnych myśli czy odczuć (Shipton, 1999, s. 444). Często język tych osób określany jest jako „bezkrwisty”, „bezcieleśny”¹⁰ (Warin, 2003, s. 78; Wright 1994, s. 73). Wydaje się, że ten ogrom słów ma na celu nie tylko uniemożliwienie wypowiedzi na temat emocji, ale także uniknięcie równie kłopotliwego milczenia (Levens, 1995, s. 34) (por. analizę lęku osób z anoreksją przed milczeniem podczas rozmowy) (Levens, 1995, s. 34). Warto dodać, że bardzo często osoby z anoreksją zapełniają czas terapii monologiem na temat jedzenia, co jeden z terapeutów określił jako „szalony monolog nafaszerowany jedzeniem” (Shipton, 1999, s. 443) od którego „zrobiło mu się niedobrze, mdło” i „nie mógł tego strawić” (Shipton, 1999, s. 445).

Bardzo interesująco aspekt „znikania” w anoreksji ujęty został w założeniach cybernetycznej terapii anoreksji, która obok terapii transgeneracyjnej i terapii wielorodzinnej zaliczana jest do grupy terapii systemowych (Starzomska, 2006 b) i analizuje międzypokoleniowe przekazy (skrypty), w istotnym stopniu wpływające na pojawienie się anoreksji u jednego z członków rodziny. Według terapeutów, stosujących terapię cybernetyczną, symptomy anoreksji mogą być uważane za przejawy „znikania”. „Ideę znikania” prezentują przeświadczenia rodzinne, które stanowią rodzaj „podstępnych paradoksów”, zwłaszcza wtedy, gdy odniesie się je do jednostki anorektycznej. Można wśród nich wyróżnić następujące przekazy: „odkryj siebie przez utratę siebie”, „ujawnij siebie przez znikanie”, „samorealizuj się przez anoreksję”, „żyj w sposób anorektyczny” (White, 1987). W kontekście rodzinnym i w szerszym kontekście społecznym przeświadczenia te są uzasadnione. Na przykład jednym z istotnych przeświadczeń, które jest zgodne ze społecznymi normami, a nawet wspiera je, jest stereotyp płci. Kobiety cenione są z jednej strony za zależność, podporządkowanie innym, pomniejszanie swojej roli, a z drugiej strony za opiekowanie się innymi i karmienie ich (por. Maine, 1993) Założenia teoretyczne koncepcji cybernetycznej korespondują z profilem osobowości osób anorektycznych, a mianowicie Wolska (1999) wymienia następujące cechy takich osób: niska samoocena, perfekcjonizm, introwersja.

¹⁰ Opisująca powyżej Weil, zapisując zdania, posługiwała się konstrukcją bierną, co świadczyłoby także o unikaniu w wypowiedziach wymiaru osobistego (Czerwińska, 1995, s. 117).

Podsumowując, na podstawie prezentacji przykładów dotyczących doświadczania własnego ciała przez osoby z anoreksją, można uznać, że ciało to jest nie tylko obce, ale i wrogie (por. Serpell, Treasure, Teasdale, Sullivan, 1999; Starzomska, 2000 b; Serpell, Livingstone, Neiderman, Lask, 2002; Serpell, Neiderman, Haworth, Emmanuelli, Lask, 2003), dlatego osoba taka pragnie, aby jej ciało zniknęło i czyni wiele starań, by to osiągnąć. Z punktu widzenia psychologii egzystencjalno-fenomenologicznej, anoreksja może być rozumiana jako tragiczna w skutkach dysocjacja ciała i psychiki/duszy, a mianowicie ciało jako przynależące do „świata natury”, funkcjonujące w rytmie cykli biologicznych życia i umierania, nie należące do „świata prywatnego”, jest obce. Osoba z anoreksją pragnie przez zniszczenie ciała i jego zniknięcie, przerwać nie tylko cykle biologiczne: według Wright (1994, s. 47). „Dążenie do zmniejszenia ciała jest zaprzeczeniem śmierci jako biologicznej konieczności”, a „Zabijając swoje ciało (wyniszczając je), anorektyczka ofiarowuje sobie, pozorną rzecz jasna, nieśmiertelność psychiczną” (Stobiecka 2000, s. 257).

6.2. LĘK PRZED LUDŹMI CZY PRZED POKARMEM? LĘK PRZED ŚWIATEM NATURY CZY ŚWIATEM SPOŁECZNYM?

Analiza doświadczania przez osoby z anoreksją świata zewnętrznego, powinna niewątpliwie obejmować relacje społeczne tych osób, czyli „bycie-z-innymi”.

Jednym z kontekstów, w ramach których można analizować lęki społeczne osób z anoreksją, jest terapia. Osoby z anoreksją wykazują duży opór wobec leczenia i uważają terapeutów, zwłaszcza we wczesnych fazach terapii, za wrogów. Podczas terapii osoby z anoreksją, jakby porównując jedzenie, które jest dla nich zagrażające, z terapią, określają ją, zwłaszcza, gdy w ich ocenie jest zbyt długa lub gdy terapeuta dokonuje interpretacji jako: „karmienie siłą” (Wright, 1994, s. 75; Levens, 1995, s. 94), „karmienie dużymi porcjami”, „cios w brzuch” (Starzomska, 2001a, s. 127), „przekarmianie” (Wright, 1994, s. 79). Czasami osoby z anoreksją mówią, że terapia jest „nie do strawienia” (Levens, 1995, s. 94). Z kolei, gdy terapia jest przez nich oceniana pozytywnie, określają ją jako „talerz dobrego jedzenia” (Starzomska, 2001 a, s. 127) lub „karmienie uczuciami” (Levens, 1995, s. 96). Należy dodać, że rysunki pacjentów z anoreksją, które powstają podczas ich arteterapii, także wyrażają lęk przed ludźmi, a zwłaszcza przed ich słowami; słowa te są przedstawiane jako strzały wbijające się w skórę lub we wnętrzości autora rysunku lub jako wyciągnięte w kierunku niego agresywne, „łapczywe” ręce.

Należy podkreślić, że lęki społeczne osób z anoreksją można zrozumieć jedynie w kontekście lęku przed jedzeniem.

W ujęciu jednej z badaczek egzystencjalnych zaburzeń jedzenia, osoby z anoreksją czują, że otacza je „ruch uliczny jedzenia” (*traffic of food*) (Levens 1995, s. 94), które jest „obce” (*alien*, Levens, 1995, s. 94) i „żywe” (Levens, 1995, s. 60-61). Te odczucia stają się zrozumiałe, gdy potraktuje się pokarm jako czynnik uruchamiający procesy fizjologiczne. Ponadto jedzenie w każdym momencie może przekroczyć granice ciała i naruszając jego delikatną granicę, może je zaatakować (Shipton, 1999; Warin, 2003); może także naruszyć granicę wokół „ja” i uderzyć w jego centrum, czyli „rdzenne ja”, kontaminując je (Levens, 1995, s. 22; s. 45; por. Starzomska, 2001 a, 2001 b) (warto w tym miejscu dodać, aczkolwiek jedynie w nawiasie, bo słowa poniższe nie zostały sformułowane przez Binswanger, a w ramach

wspomnianej na początku artykułu lewinowskiej teorii pola – iż bardzo korzystne dla zrozumienia relacji między osobą z anoreksją, a światem zewnętrznym jest pojęcie „otoczki zewnętrznej” przestrzeni życiowej, w której dokonuje się „wymiana” między przestrzenią życiową a światem fizycznym oraz pojęcie „przenikalności” tej „otoczki” /Hall, Lindzey, Campbell, 2004, s. 395/: „Nigdy nie można mieć pewności, czy jakiś fakt z otoczki zewnętrznej nie przeniknie przez granicę przestrzeni życiowej i nie wyróci wszystkiego do góry nogami”). W przypadku anoreksji tym „faktem” jest niewątpliwie pokarm albo słowa opisujące pokarm. Kontakt z pokarmem jest dla osoby z anoreksją bardzo nieprzyjemny. Osoby z anoreksją uważają pokarmy za niebezpieczne, zagrażające, brudne, obrzydliwe, odrażające, skalane, splamione, zanieczyszczające i skażające (Malson, 1998; Warin, 2003). Jedzenie jest często kojarzone przez takie osoby z brudem, odpadkami, śmieciami, nieczystościami, złomem, a nawet moczem (Warin, 2003). Zatem osoby te głodują, aby być czyste (Warin, 2003). Należy podkreślić, że osoby z anoreksją kategoryzują pokarmy na „czyste” i „brudne”. Zazwyczaj uważają, że warzywa, owoce, mleko i jogurty są czyste, „niewinne” (czasami do tej grupy zaliczają również chleb), natomiast oleje, masło, cukier i mięso należą do drugiej „nieczystej” grupy pokarmów (Bobowska, 1988; Warin, 2003). Często uczynienie z kawałków jedzenia paki powoduje automatycznie, że staje się on „czystszy” (Bobowska, 1988). Jedna z kobiet z anoreksją opisywana przez Bordo (1988; cyt. za: Warin, 2003, s. 78) twierdziła, że po zjedzeniu cukru jest „brudna, zanieczyszczona, obrzydliwa i czuje, jakby coś złego znajdowało się w środku jej ciała” (por. rysunki przedstawiane przez Levens, 1995, które ilustrują, jak czują się osoby z anoreksją po zjedzeniu mięsa: postrzegają np., że w miejscu, gdzie powinny znajdować się nogi, mają one dwie wielkie ryby, a ich tułowie przekształciło się w korpus kurczaka). Według osób z anoreksją, istnieją dwie możliwości kontaminacji przez pokarm: przez kontakt z kaloriami i przez kontakt z tłuszczem (w swoistym slangu, za pomocą którego kontaktują się osoby z zaburzeniami jedzenia wyróżnia się na tej bazie dwie grupy osób „kaloryczna dziewczyna” (*caloric girl*) i „tłuszczowa dziewczyna” (*fat girl*) (Warin, 2003).

U osób z anoreksją „kaloryczną” występuje przede wszystkim lęk przed „zarażeniem” przez kalorie, które najczęściej „atakują” za pośrednictwem zapachów (osoby z anoreksją używają określenia „molekuły zapachów”) jedzenia i można je określić jako „fruwające” (Warin, 2003, s. 84-85). W domach takich osób najczęściej wyczuwa się zapach antybakteryjnych (aseptycznych) płynów i odświeżaczy powietrza. W literaturze przedmiotu często określa się te „kalorie” pochodzące z zapachów jako „kalorie z wyziewów” (*miasmatic calories*) (Warin, 2003, s. 77), nawiązując do niegdyś uzasadnionego lęku przed wyziewami z moczarów i błot zawierających rozkładające się rośliny, szczątki zwierzęce i ludzkie, które znajdowały w pobliżu miast i były powodem wielu groźnych epidemii w epoce średniowiecza.

Z kolei dla osób lękających się tłuszczów szczególnie problematyczny jest kontakt z jedzeniem w sensie dotyku, który doprowadza te osoby do mdłości. Osoby te uważają, że tłuszcze jak węże wślizgują się do ciała przez skórę i są nawet groźniejsze od kalorii, ponieważ o ile kalorie atakowały przez zapachy, a więc rejonami zagrożenia były nos i usta, o tyle tłuszcze mogą przenikać przez całą powierzchnię

ciała, a gdy już przenikną, sklejają się i tężeją jak cement we wnętrzu ciała, a perspektywa koagulacji tłuszczu w organizmie jest dla osoby z anoreksją nie do zniesienia. Tłuszcze kontaminują nie tylko za pośrednictwem pokarmów, ale także przez kontakt z dłońmi innych ludzi, a wówczas jedynym sposobem ochrony przed tym zagrożeniem jest nakładanie rękawiczek lub unikanie dotyku. Tłuszcze zawarte w pokarmach nie są jedynym zagrożeniem dla osoby z anoreksją, ponieważ niebezpieczne może być także użycie szminki czy kremu do rąk, które niewątpliwie także zawierają tłuszcze (Warin, 2003). W literaturze przedmiotu, tłuszcze, które powodują lęk, w anoreksji, określa się jako „nasycające” (*saturating fats*). Warto dodać, że czasami osoby z anoreksją boją się pokarmów o określonej barwie. Uważają np., że pokarmy o czerwonej barwie, zwłaszcza te, których barwnik ulega szybkiemu „rozmywaniu”, jak np. czerwony kisiel (w odróżnieniu od np. czerwonej skórki jabłek) mogą silniej kontaminować ciało niż inne rodzaje pożywienia (Warin, 2003).

Podsumowując, należy podkreślić, że lęki społeczne osób z anoreksją są związane z lękiem przed jedzeniem, traktowanym jako zagrażające. Należałoby zatem także i te lęki traktować jako wynikające z chęci ucieczki przed „światem natury”.

Zatem osoba z anoreksją doświadcza dwojakiego rodzaju lęków, przy czym obydwa dotyczą „świata natury” (w rozumieniu psychologów egzystencjalno-fenomenologicznych). Są to:

– lęki przed własnym ciałem (traktowanym jako obce) i wszelkimi procesami biologicznymi w nim zachodzącymi;

– lęki przed pokarmami (które wiążą się z lękami przed ludźmi – namawiającymi nie zazwyczaj osobę z anoreksją do jedzenia).

Te dwa typy lęków pozornie tylko dotyczą odrębnych kontekstów: ciała i pokarmu, ponieważ w rzeczywistości obydwa koncentrują się na zagrożeniu „ja” przez czynność jedzenia i uruchomienie cykli biologicznych. Zatem osoba z anoreksją czuje się zagrożona przez własne ciało (dla niej obce, można powiedzieć: „zewnętrzne” względem jej tożsamości), i pokarm, atakujący ją z zewnątrz. Jedynym z rozwiązaniem dla osoby z anoreksją jest stworzenie własnego, jak się na początku tej osobie wydaje, bezpiecznego świata; jest to, używając terminów van Deurzen-Smith, „świat idealny” (cyt. za: Jonathan, 1997, s. 139; Roberts, 1997, s. 178).

6.3. POSZUKIWANIE IDEALNEGO ŚWIATA, CZYLI „PRAWDZIWEGO JA” PRZEZ OSOBY Z ANOREKSJĄ

Osoba z anoreksją przepełniona lękami przed własnym ciałem (wnętrzem) i pokarmem (świat zewnętrzny), próbuje stworzyć własny, bezpieczny świat, w którym jej „prawdziwe ja”, czyli „rdzenne ja” (*core self*), będzie mogło rozwijać się bez przeszkód. To „prawdziwe ja” jest definiowane przez szczupłość (por. Giordano, 2002; za: Beumont, Carney, 2004): osoby takie odczuwają życie w sobie tylko wówczas, gdy są bardzo wychudzone, z kolei przyrost wagi jest utożsamiany z psychiczną śmiercią¹¹. To przekonanie jest bardzo głęboko osadzone w tożsamości osoby z anoreksją, która definiuje swoje „ja” przez decyzję, aby nie jeść (Wright, 1994, s. 39)

¹¹ Por. następujące słowa Czerwińskiej (1995, s. 121) opisującej historię Weil: „Może to głód karmi, a sytość głodem przymiera?”

i uważa, że bez anoreksji byłaby „nikim” (Wright, 1994, s. 40). Modelowymi przykładami takiego paradoksalnego rozumowania, pochodzącymi z opisów terapii egzystencjalno-fenomenologicznej anoreksji, są następujące wypowiedzi kobiet z anoreksją pochodzące z książki Wright (1994) „Im bardziej moje kości stawały się wyraźniejsze, tym bardziej stawałam się sobą” (Wright, 1994, s. 39); „Im bardziej widziałam zarys mojego szkieletu, tym bardziej czułam, jak wyłania się moje prawdziwe ja” (Wright, 1994, s. 40). W ramach teorii naukowych, powyższa interpretacja została szczegółowo opisana w koncepcji „ja szczupłego” autorstwa Kelly’ego, według której osoba z anoreksją ma tylko „ja szczupłe” (*self at thinnest*), zatem odczuwa własną tożsamość tylko wówczas, gdy jest szczupła. Gdy jej waga systematycznie nie spada (ideałem jest brak ciała), czuje, że jej „ja” (czyli „ja szczupłe”) zanika (za: Fransella, Button, 1983, s. 113).

6.4. IDEALNY ŚWIAT OSÓB Z ANOREKSJĄ

Idealna przestrzeń, którą stwarza dla siebie i w której żyje osoba z anoreksją, jest zamknięta dla osób z zewnątrz i dobrze strzeżona: rysunki osób z anoreksją przedstawiają domy, których okna zasłonięto ciężkimi kotarami, a drzwi zaopatrzone w wielkie zamki, domy te otoczone są wysokim płotem, przy którym stoją dzikie psy (Levens, 1995, s. 41, 42). Warto dodać, że osoby z anoreksją, ale przede wszystkim ich terapeuci, opisują świat, w którym żyje osoba z anoreksją jako „twierdzę”, „zamek” otoczony „murem” i zwracają uwagę, że bardzo trudno jest zachęcić pacjenta na „wyrznięcie poza ten mur” (Wright, 1994, s. 66). Niewątpliwie ten świat pretenduje w opinii osoby z anoreksją do miana idealnego, jednak taki nie jest z powodu niemożliwych, wręcz paradoksalnych praw, jakie w nim panują. Nieprzypadkowo anoreksję określa się jako „wir głodzenia się” (*whirlpool of starvation*) (Wright, 1994, s. 85), a to dlatego, że osoby z tą chorobą w miarę utraty wagi, pragną coraz bardziej szczupłeć; być może najtrafniejszą nazwą byłoby tutaj sformułowanie „błędne koło odchudzania się”. Ideałem dla osoby z anoreksją jest brak ciała, co z oczywistych: biologicznych względów jest niemożliwe i doprowadza taką osobę do rozpacz (Shipton, 1999).

Paradoksalne i niemożliwe do spełnienia marzenia osób z anoreksją o istnieniu bez ciała, stają się przyczyną głębokiego kryzysu psychicznego u nich. Obrazowo można by powiedzieć, że świat, który miał być idealny, przekształca się w „złotą klatkę” (Bruch, 1979) a nawet „więzienie” (Wright, 1994, s. 55, 58). Znaczące są tutaj słowa Palazzoli o sytuacji osoby z anoreksją: „Osoba z anoreksją jest złapana w okrutną pułapkę. Odmawia jedzenia, aby zachować tożsamość, lecz, aby przeżyć (zachować życie) musi jeść i to jest odczuwane przez nią jako zdrada samej siebie” (1974; cyt. za: Wright, 1994, s. 55). Na uwagę zasługują także słowa Edwardsa, który napisał: „Być anorektykiem to znaczy stwarzać i zamieszkiwać koszmarny świat, w którym podstawowe ludzkie potrzeby nie mogą być i nie będą spełnione – jest to ascetyczne więzienie z coraz bardziej zawężającymi się granicami” (1987; cyt. za: Wright, 1994, s. 55).

Osoba żyjąca w takim zredukowanym świecie, w którym marzenia stają się mechanicznymi obsesjami, odczuwa bardzo nieprzyjemnie swoje istnienie. Opisuje swój stan psychiczny jako „nicość” (*nothingness*) (Levens, 1995, s. 74), „martwość” (*deadness*) (Levens, 1995, s. 55), „dewastującą pustkę” (*devastating emptiness*).

sess) (Levens, 1995, s. 36) czy „pojedynczość” (*aloneness*) (Levens, 1995, s. 55) w odróżnieniu „samotności” (*loneliness*). Obawia się, że cienka granica wokół ciała pęknie i powoduje stopienie się wewnętrznej próżni z ludźmi (Levens, 1995, s. 41). Te odczucia znajdują wyraz w rysunkach osób z anoreksją, które przedstawiają siebie jako osoby odarte ze skóry, z rozczłonkowanym ciałem, bez nóg, uwięzione w sieci pajęczej lub atakowane przez sępy i szakale. Zamiast rysunków aniołów na szczytach gór, które przeważają w początkowej fazie choroby, zaczynają przedstawiać siebie jako czarne posągi pozbawione nóg, stojące na stromej skale (Levens, 1995).

7. ZAKOŃCZENIE

Według pierwszej z sześciu ważnych zasad psychologii egzystencjalno-fenomenologicznej, „każda osoba jest skupiona na własnym ja i żyje według tego, jak rozumie swoje ja” (<http://psych.eiu.edu/spencer/Existential.html>). Powyższe zdanie wydaje się w szczególności sposób odnosić do osób z anoreksją. Skupienie tych osób na „ja”, a dokładnie „ja szczupłym” powoduje lęki i wrogość wobec własnego ciała i świata zewnętrznego, które sprowadzają tę osobę, w jej mniemaniu, do fizycznego, biologicznego, „złego” wymiaru egzystencji. Pozornie istnieje wyjście z tej sytuacji: jest to stworzenie nowego – idealnego świata, w którym nie obowiązują prawa biologiczne, czyli prawa świata natury. Rzeczywiście, do pewnego stopnia, udaje się osobie z anoreksją zminimalizować rolę ciała w jej życiu: w wyniku wychudzenia spowolnieniu ulegają cykle biologiczne, zanika perystaltyka i menstruacja, a ciała rzeczywiście jest coraz mniej. Jednak to, co jest ideałem, staje się niebawem obiektem prześladowczym (Wolfenstein, 1993; za: Shipton, 1999), ponieważ nawet bardzo niska waga jest dla osoby z anoreksją wciąż za „wysoka” i w rezultacie nigdy nie osiąga ona idealnej wagi. Utopijność idealnego świata osób z anoreksją wynika przede wszystkim z perfekcjonistycznego „czarno-białego” ujmowania relacji ciało-psychika, które doprowadza do paradoksu polegającego na tym, że jedynie brak ciała wydaje się stwarzać dogodne warunki do samorealizacji¹².

Ludzie zazwyczaj unikają tematu śmierci i właściwie w każdym człowieku tkwi zawsze mniej lub bardziej ukryte pragnienie nieśmiertelności. Klinicyści pracujący z osobami z anoreksją podkreślają tendencję do zaprzeczania przez te osoby, że istnieje śmierć ciała oraz wyrażanie przez nie pragnienia nieśmiertelności (Banks, 1997; Ali, Maharajh, 2004). Osoba z anoreksją, chcąc zapewnić sobie nieśmiertelność, a dokładnie „nieśmiertelne ja” przez zminimalizowanie biologicznej egzystencji, wpada w pułapkę własnej śmiertelności: dążąc do ideału, zaczyna odczuwać fizjologiczne oraz psychiczne konsekwencje wyniszczenia, coraz częściej musi walczyć z interwencjami zaniepokojonych bliskich, a później lekarzy, co nierzadko prowadzi do decyzji o podjęciu samobójczej próby; być

¹² Oczywiście znane są teologiczne przykłady takiego paradoksalnego ujęcia życia i śmierci, w religii katolickiej znane są słowa Jezusa Chrystusa „Bo kto chce zachować swoje życie, straci je, a kto straci swe życie z mego powodu, ten je zachowa” (Ewangelia według świętego Łukasza, Pismo Święte – Nowy Testament), jednak te słowa mają głębokie uzasadnienie teologiczne, m.in. dlatego niektórych świętych, poszczających bardzo radykalnie, jak np. św. Katarzynę ze Sieny, nie można uznać za osoby z anoreksją: post to nie głodowanie, ale uzasadniona religijnie i teologicznie odmowa przyjmowania pokarmu (mniej radykalne formy postu stosowane są obecnie w wielu religiach, także katolickiej) (por. Starzomska, w druku).

może dlatego Crichton i Miller (za: Crisp, 1983, s. 22) określił anoreksję jako „kompromis z samobójstwem”, natomiast Malan (1997, s. 74; por. Starzomska, 2003, s. 199) nazwał tę chorobę „samobójstwem w opornych na leczenie dawkach” (*suicie in refracted doses*).

Jak wspomniano na początku artykułu, istnieje wiele psychologicznych teorii przestrzeni oraz jej doświadczania przez człowieka. Głębokiego i wysoce traumatycznego doświadczania przestrzeni przez osoby z anoreksją nie sposób zrozumieć bez wykorzystania ujęcia egzystencjalno-fenomenologicznego, według którego przestrzenie, w których żyje człowiek, są nazywane „światami”. Można w dużym prawdopodobieństwie powiedzieć, że w przypadku osoby z anoreksją, nie można mówić o jej przebywaniu w pewnej przestrzeni, w stosunku do niej zewnętrznej: osoba taka nie dzieli przestrzeni na wewnętrzną i zewnętrzną, ale na przyjazną i wrogą. Dla takiej osoby ciało i świat zewnętrzny są wrogimi przestrzeniami, ponieważ należą do śmiertelnego, cielesnego, a co za tym idzie brudnego świata natury; natomiast dobre i przyjazne są jedynie psychika lub dusza, które składają się na „rdzenne ja”. Idealna przestrzeń, czyli idealny świat osób z anoreksją jest nierealny i doprowadza do pogłębiającej się dysocjacji ciała i psychiki.

Praca z przestrzenią, a dokładniej ze światem osoby z anoreksją, może zneutralizować wyżej opisany konflikt, przede wszystkim dlatego, że terapeuta czyniąc próby zrozumienia „jak jest jej ciężko” (Wright, 1994, s. 76), próbuje jednocześnie pomóc takiej osobie w odnalezieniu nowego – alternatywnego do obecnego, bardziej konstruktywnego niż anoreksja, sposobu spełniania marzeń o samorealizacji. Zainteresowanie osoby z anoreksją innym, poza jedzeniem i szczupłym ciałem, wymiarem wartości można uważać za wielki sukces terapeuty. Giordano (za: Beumont, Carney, 2004, s. 822) stwierdza, że anorektyczne dążenie do szczupłości „ma związek z ochroną przestrzeni osobistej”. Zadaniem terapeuty jest nie tyle pomóc osobie z anoreksją w ochronie tej zagrożonej przestrzeni, ile zmiana kategorii, w jakich przestrzeń ta jest przez nią definiowana. Tak zmiana bowiem wiąże się także z radykalną zmianą doświadczania świata, w którym ta osoba żyje.

BIBLIOGRAFIA

- Atwood, M. (1986). *Kobieta do zjedzenia*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Ali, A., Maharajh, H. D. (2004). Anorexia nervosa and religious ambivalence in a developing country. *The Internet Journal of Mental Health*, 2, 1.
- Babiker, G., Arnold, L. (2003). *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Banks, C. G. (1997). The imaginative use of religious symbols in subjective experiences of anorexia nervosa. *Psychoanalytic Review*, 84, 2, 227-236.
- Barker, P. (2000). *Metafory w psychoterapii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., Tice, D. M. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji* (tłumaczenie: Łukasz Świącicki). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Beumont, P.J.V., Abraham, S. F. (1983). Episodes of ravenous overeating or bulimia: their occurrence in patients with anorexia nervosa and with other forms of

- disordered eating. W: P.L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research*. New York: Alan R. Liss, 149-159.
- Beumont, P., Carney, T. (2004). Can psychiatric terminology be translated into legal regulation: The anorexia nervosa example. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 10, 819-832.
- Bobowska, A. (1988). Ewa i zakazany owoc. W: M. Sokolik (red.), *Niektóre problemy psychoterapii. Technika i proces leczenia, opisy przypadków*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 163-191.
- Boski, P. (2000). Psychologia kulturowa i międzykulturowa. *Czasopismo Psychologiczne*, 6, 215-234.
- Brockman, B. (1999). Food refusal in prisoners: a communication or a method of self-killing? The role of the psychiatrist and resulting ethical challenges. *Journal of Medical Ethics*, 25, 6, 451-456.
- Bruch, H. (1979). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. New York: Vintage Books.
- Crisp, A.H. (1983). Some aspects of the psychopathology of anorexia nervosa. W: P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research*, New York: Alan R. Liss, 15-29.
- Czerwińska, E. (1995). Dal jest najbliższa. *Zeszyty Literackie*, XIII, 51, 117-121.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* (2000). American Psychiatric Association, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Draper, H. (2000). Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limitem justification. *Bioethics*, 14, 2, 120-133.
- Du Plock, S. (red.) (1997). *Case studies in existential psychotherapy and counselling*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Encyclopedia Britannica*, Encyclopedia Britannica Online, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://www.britannica.com>
- Ferraro, R. (1990). Field experiments in personal space invasion for introductory psychology. *Teaching of Psychology*, 17, 2, 124-125.
- Fransella, F., Button, E. (1983). The „construing” of self and body size in relation to maintenance of weight gain in anorexia nervosa. W: P.L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research*. New York: Alan R. Liss, 107-117.
- Gans, M., Gunn, W.B. (2003). End stage anorexia: criteria for competence to refuse treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 6, 677-695.
- Greene, T. C., Fisher, J. D., Bell, P. A., Baum, A. (2004). *Psychologia środowiskowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gremillion, H. (2002). In Fitness and in Health: Crafting Bodies in the Treatment of anorexia nervosa. *Signs*, 27, 2, 381-414.
- Griffiths, R. A., Beumont, P. J. V., Russell, J. (1997). The use of guardianship legislation for anorexia nervosa: a report of 15 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 525-531.
- Guntrip, H. (1982). *Personality structure and human interaction*. London: Hogarth Press.

- Hall, C. S., Lindzey, G. (2002). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hall, C. S., Lindzey, G., Campbell, J. B. (2004). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hardin, P. K. (2001). Women, bodies, and self-surveillance: Recovery from anorexia. a discourse of social analysis and an analysis regarding discourse. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, 61, 8-B, 4078.
- Herman, J. L. (2003). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hopkins, N., Nixon, J. (2006). Space, place, and identity: issues for political psychology. *Political Psychology*, 27, 2, 173-185.
- Jakubczyk, A., Żechowski, C. (1996). Anoreksja jako przejaw pogranicznej (borderline) struktury osobowości. *Nowa Medycyna*, 3, 17, 18-25.
- Jankowski, K. (1994). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej ... dwadzieścia lat później*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co.
- Jonathan, A. (1997). Unhappy success – A mid-life crisis: The case of Janet M. W: S. du Plock (red.), *Case studies in existential psychotherapy and counselling*. Chichester: John Wiley & Sons, 126-140.
- Józefik, B. (red.) (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Kestenberg, J. S. (1956). Vicissitudes of female sexuality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 3, 453-76.
- Keywood, K. (1995). *Force-feeding the hunger-striker under the Mental Health Act 1983*, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://webjcli.ncl.ac.uk/articles3/keywood3.html>
- Kovacs, D., Mahon, J., Palmer, R. L. (2002). Chewing and spitting out food among eating-disordered patients, *International Journal of Eating Disorders*, 32, 1, 112-115.
- Kramer, D. A. (2000). Wisdom as a classical source of human strength: conceptualization and empirical inquiry. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 1, 83-101.
- Krasnow, M. (1996). *My life as a male anorexic*. New York-London: The Haworth Press.
- Krystek, M. (2000). Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczną. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 141-172.
- Lachowicz, W. (2005). *Przeklinam cię ciało*. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
- Lawrence, M. (1994). Education and identity: The social origins of anorexia. W: M. Lawrence (red.), *Fed up and hungry. Women, oppression and food*. London: The Women's Press, 207-226.
- Leary, M. (2002). *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lefebvre, H. (1974). *The production of space*. Oxford: Blackwell.
- Lemma, A. (1997). The invisible scar – psychotherapy with a head-injured client. W: S. du Plock (red.), *Case studies in existential psychotherapy and counselling*. Chichester: John Wiley & Sons, 83-95.

- Levens, M. (1995). *Eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy*. London: Routledge.
- MacDonald, C. (2002). *Treatment resistance in anorexia nervosa and the pervasiveness of ethics in clinical decision making*, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://www.cpa-apc.org/publications/archives/cjp/2002/april/briefCommunicationTreatmentResistance2.asp>
- Maine, M. (1993). *Father hunger. Fathers: the missing link in eating disorders*. London: Simon & Schuster.
- Malan, D. (1997). *Anorexia, murder, and suicide. What can be learned from the stories of three remarkable patients*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Malson, H., Ussher, J. M. (1996). Bloody women: A discourse analysis of amenorrhea as a symptom of anorexia nervosa, *Feminism & Psychology*, 6, 4, 505-517.
- Malson, H. (1998). *The thin woman: feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London, Routledge.
- Manley, R. S., Leichner, P. (2003). Anguish and despair in adolescents with eating disorders. Helping to manage suicidal ideation and impulses. *Crisis*, 24, 1, 32-36.
- Martin, F.E. (1983). Subgroups in anorexia nervosa: A family systems study. W: P. L. Darby, Garfinkel P.E., D. M. Garner, D. Coscina (red.), *Anorexia nervosa. Recent developments in research*. New York: Alan R. Liss, New York, 57-63.
- Melamed, Y., Mester, R., Margolin, J., Kalian M. (2003). Involuntary treatment of anorexia nervosa, *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 617-626.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób I Problemów Zdrowotnych, Rewizja 10 (ICD-10)* (2000). Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii I Neurologii.
- Milton, M. (1997). Roberto: Living with HIV – issues of meaning and relationship in HIV-related psychotherapy. W: S. du Plock (red.), *Case studies in existential psychotherapy and counselling*. Chichester: John Wiley & Sons, 42-58.
- Morgan, J.F., Marsden, P., Lacey, J. H. (2000). „Spiritual starvation?” A case series concerning christianity and eating disorders, *Eating Disorders*, 28, 4, 476-80.
- Obeyesekere, G., Harris, A. (1990). *The work of culture. Symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zys i S-ka.
- Opoczyńska, M. (1999). Tożsamość negatywna. W: A. Gałdowa (red.), *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 135-141.
- Opoczyńska, M. (2004). Istnienie jako zamieszkiwanie. W: M. Opoczyńska (red.), *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 44-54.
- Podgórska, J. (2002). Znikające ciała: Anoreksja – śmiertelna choroba przenoszona drogą do doskonałości. *Polityka*, 24, 82-84.
- Poddiakov, A. (2002). The space of responsibility of cultural psychology, *Culture & Psychology*, 8, 3, 327.
- Review of the Mental Health Act 1990*, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://www.health.nsw.gov.au/csd/lisb/pub/mentalhealthip1.pdf>

- Roberts, J. (1997). Therapy in the latter half of life. W: S. du Plock (red.), *Case studies in existential psychotherapy and counselling*. Chichester: John Wiley & Sons, 174-189.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., Sullivan, V. (1999). Anorexia Nervosa: Friend or Foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 2, 177-186.
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clinical Psychology Review*, 22, 5, 647-669.
- Serpell, L., Neiderman, M., Haworth, E., Emmanuelli, F., Lask, B. (2003). The use of the pros and cons of anorexia nervosa (P-CAN) scale with children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 6, 567-571.
- Shaw, M. L. G., Gaines, B. R. (1992). *Kelly's „Geometry of Psychological Space” and its Significance for Cognitive Modeling*, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://ksi.cpsc.ucalgary.ca/articles/NewPsych92>
- Sipton, G. (1999). Anorexic space. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 435-448.
- Sosnowski, R. (2001). The relationship between age of menarche and attitude toward menstruation and body image distortion in European American women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 61, 12 – B, 6722.
- Starzomska, M. (2000a). Inaczej o anoreksji (II). *Nowiny Psychologiczne*, 3, 71-87.
- Starzomska, M. (2000 b). Zastosowanie antykodu anorexia nervosa jako wróg w terapii STEP. *Psychoterapia*, 4, 63-66
- Starzomska, M. (2001 a). *Zaburzenia poczucia tożsamości i doświadczenia skryptowe w anorexia nervosa i bulimia nervosa* (niepublikowana rozprawa doktorska). Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Starzomska, M. (2001 b). Z historii psychiatrii: anorexia nervosa jako optymalne zachowanie w społeczno-kulturowym kontekście. *Psychiatria Polska*, 4, 669-679.
- Starzomska, M. (2003). *Śmiertelność i samobójstwo w anoreksji i bulimii*, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 3, 199-200.
- Starzomska, M. (2006 a). Moje ciało jest złe: historia wykorzystywania seksualnego i fizycznego u dziewcząt z zaburzeniami jedzenia, *Dziecko krzywdzone*, 14.
- Starzomska, M. (2006 b). Psychoterapia zaburzeń odżywiania się. W: L. Grzesiuk (red.) *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*.
- Starzomska, M. (w druku). *Religijność i anoreksja – rola poradnictwa*.
- Steward J. (red.) (2003). *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stobiecka, M. (2000). Głód śmierci. Zaabsorbowanie tematyką śmierci w anoreksji psychicznej. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 237-276.
- Tan, J. (2002). *Treatment Decision-Making and Competence in Anorexia Nervosa*, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://www.ialmh.org/amsterdam2002/11.07/anorexia.pdf>
- Tan, J. O., Hope, T., Stewart, A., Fitzpatrick, R. (2003). Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 6, 627-645.

- Tan, J., Hope, T., Stewart, A. (2003 a). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 5, 533-548.
- Tan, J., Hope, T., Stewart, A. (2003 b). Competence to refuse treatment in anorexia nervosa, *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 6, 697-707.
- Tchanturia, K., Serpell, L., Troop, N., Treasure, J. (2001). Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 3, 107-115.
- Tiggemann, M., Kuring, J. K. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 299-311.
- Treasure, J., Ramsay, R. (2002). Hard to swallow: compulsory treatment in eating disorders. *Maudsley Discussion Papers*, 3.
- Trzópek, J. (2004). Psychoanaliza a psychologia egzystencjalna. W: M. Opoczyńska (red.), *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 108-115.
- Turner, B.S. (1996). *The Body and Society*. Oxford: Blackwell.
- Vogler, A., Jørgensen, J. (2005). Windows to the word, doors to space: The psychology of space architecture. *Leonardo*, 38, 5, 390-399.
- Warin, M. (2003). Miasmatic calories and saturating fats: fear of contamination in anorexia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27, 77-93.
- Warren, F., Dolan, B., Norton, K. (1998). Bloodletting, Bulimia nervosa and borderline personality disorder, *European Eating Disorders Review*, 6, 277-285.
- White, M. (1987). Anorexia nervosa: A cybernetic perspective. W: J. E. Harkaway (red.), *Eating disorders (The family therapy collections)*. Rockville: Aspen Publishers, 117-131.
- Wieczorkowska, G., Bednarczyk, I. (2000). Zaburzenia kontroli procesu jedzenia: rola przedziałości. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 5-20.
- Wojciechowska, I. (2000). Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 77-124.
- Wolska, M. (1999). Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Collegium Medicum UJ, 63-68.
- Wright, A.L. (1994). *Starving to live. The paradox of anorexia nervosa*. London: Central Book Publishing.
- Wycisk, J. (2000). To tylko kobiecość. Rozumienie anoreksji w ujęciu feministycznym. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 125-140.
- Zaborowski, Z. (1998). *Świadomość i samoświadomość człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia.
- Zerbe, K.J. (1993). Whose body is anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 57, 2, 161-177.

ŹRÓDŁA ELEKTRONICZNE

<http://en.wikipedia.org/wiki/Space>
http://www.memory-alpha.org/en/wiki/Space_psychology
http://en.wikipedia.org/wiki/Personal_space
http://en.wikipedia.org/wiki/Space#Spaces_in_psychology
<http://www.cyberkultura.pl/content.php?contid=149>
<http://www.hh.dlr.de/english/research.htm>
<http://www.republika.pl/szatravski/nauk3.htm>
<http://members.aol.com/timlebon/exttherapy.htm>
<http://www.ship.edu/~cgboeree/binswanger.html>
<http://psych.eiu.edu/spencer/Existential.html>