

MAŁGORZATA STARZOMSKA
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

SPEKTRUM POSTAW WOBEC ŚMIERCI U OSÓB Z ANOREKSJĄ

Anoreksja jest ciężkim i nierzadko śmiertelnym zaburzeniem psychicznym. Specjaliści (DSM 2000) wskazują jej następujące kryteria diagnostyczne:

- odmowa utrzymania wagi ciała ponad minimum normalnej wagi dla danego wieku i wzrostu;
- silny lęk przed przybieraniem na wadze lub przytyciem, nawet przy niedowadze;
- zaburzenie sposobu, w jaki waga, rozmiar lub kształt ciała są doświadczane, na przykład jednostka może twierdzić, że czuje się gruba, nawet jeśli jest wychudzona;
- zanik cykli menstruacyjnych znany pod nazwą amenorrhoei; a u mężczyzn utrata libido.

Anoreksję określa się też jako jadłowstręt psychiczny (Międzynarodowa... 2000), przy czym stwierdza się, że lęk przed otyłością i zniekształceniem sylwetki przybiera w przypadku anoreksji postać natrętnej myśli (idei) nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu/standardu masy ciała.

Poważny problem dla lekarzy, terapeutów, a przede wszystkim bliskich chorego na anoreksję, stwarza to, że odmawia on jedzenia nawet w sytuacji, gdy wychudzenie bezpośrednio zagraża jego życiu. Otoczenie chorego szokuje fakt, że umiera on z głodu, mając w zasadzie nieograniczony dostęp do wszelkich produktów żywnościowych. Lekarze czy zrozpaczeni bliscy, ratując życie takiej osoby, nierzadko skłonni są do drastycznych rozwiązań, takich jak przymusowe leczenie, jednak Mental Health Act od 1990 r. uznaje anoreksję za chorobę, która nie spełnia kryteriów psychozy, i przymusową hospitalizację dopuszcza na okres maksymalnie trzech dni, tylko gdy występuje poważne zaburzenie funkcjonowania lub bezpośrednie zagrożenie życia. Często zdarza się, że jeśli sama chora osoba nie podejmie decyzji o leczeniu lub chociażby zjedzeniu cze-

Adres do korespondencji: Akademia Pedagogiki Specjalnej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa, e-mail: eltram@life.pl

gokolwiek, nie można nic zrobić, aby ją uratować. Takie tragedie prowokują do pytania o podejście osób z anoreksją do śmierci, wydaje się bowiem, że umierają „na własne życzenie”. Celem tego artykułu jest wielowymiarowa analiza tego fenomenu.

MYŚLI O ŚMIERCI W ANOREKSJI

Wielu badaczy uważa myśli o śmierci za bardzo charakterystyczne dla anoreksji. Magdalena Stobiecka (2000) podaje przykłady publikacji naukowych poświęconych temu problemowi. Pierwszą z nich była opublikowana w „Deutsche Medizinische Wochenschrift” w 1937 r. praca Victora von Weizsäckera o tytule *Dreams in so called endogenic anorexia*, zawierająca wyniki psychoanalitycznej analizy snów u osób z anoreksją. Okazało się, że bardzo często pojawiały się w nich wątki zabijania, mordowania, umierania, przebywania w świecie zmarłych. „Poszukując głębszego sensu głównego symptomu tej choroby, [autor] doszedł do wniosku, że nie dotyczy on tylko odmowy pokarmu, ale życia jako takiego” (Stobiecka 2000, s. 240). Także inni psychoanalityczni badacze, tacy jak: Ludwig Binswanger, Helmut Thomä, Harold L. Levitan, Ira L. Mintz, Melitta Sperling, C. Phillip Wilson, którzy podobnie jak von Weizsäcker, dowiedli, że w snach osób z anoreksją często pojawiają się tematy „brutalnej śmierci, fantazji kanibalistycznych, morderczej wrogości skierowanej na innych lub na siebie” i doszli do wniosku, że „anoreksja jest silnie związana z tematem śmierci i wokół niego oscylują jej symptomy” (Stobiecka 2000, s. 240). Craig Jackson i współpracownicy uznali temat śmierci za centralny w anoreksji. Analizując sny jednej z pacjentek — Sabiny S. — odkryli, że pojawiły się w nich „części ciała zmarłej siostry pacjentki, przyniesione przez nią w koszu na pranie, fantazje na temat tego, że podczas kąpieli, na oczach pacjentki, mała siostrzyczka umiera w zamrażającej wodzie” (Stobiecka 2000, s. 240). Mintz opisała sny pacjentek z anoreksją, które dotyczyły różnych możliwych przyczyn tragicznej śmierci ludzi: spłónięcia, wykrwawiania się, odcięcia głowy, zaatakowania przez dziwne monstra. Z kolei badacze, którzy poddali analizie dokumentację zgromadzoną przez Binswängera podczas terapii jednej z pacjentek, odkryli, że w jej wypowiedziach „pojawiły się 182 specyficzne odniesienia do śmierci i umierania oraz 215 słów związanych ze śmiercią, takich jak: «trumna, grób, samobójstwo, rozkład, gnicie, umieralność»” (Stobiecka 2000, s. 241). Stwierdzenia badaczy są jednoznaczne: osoby z anoreksją są „zaprzątnięte tematem śmierci” (Stobiecka 2000, s. 242). Warto dodać, że osoby z anoreksją zazwyczaj nie przyznają się do myśli o śmierci, cechuje je zatem „silne anulowanie tematów śmierci, agresji, destrukcji i nieporuszanie ich w trakcie terapii. Są one wnoszone na sesję jedynie poprzez ciało pacjenta i w ten sposób komunikowane niewerbalnie terapeutom” (Stobiecka 2000, s. 247), a mianowicie „ciało wyniszczonej pacjentki z anoreksją jest karykaturą tego, co według naszych wyobrażeń zostaje z człowieka po śmierci lub co jest utożsamiane z obrazem

kostuchy” (Stobiecka 2000, s. 247). Warto jednak zadać sobie pytanie, dlaczego myśli o śmierci (obok myśli o kaloriach i jedzeniu) pojawiają się tak często w zaburzeniu jedzenia, jakim jest anoreksja? Odpowiedzi na to pytanie jest wiele, myśli o śmierci można uznać ze konsekwencję anoreksji, a także jej przyczynę, przejaw specyficznego podejścia do życia i śmierci, czy też pragnienia śmierci. Można także przypuszczać, że ich zintensyfikowanie stanowi próbę rozwiązania konfliktu z matką.

MYŚLI O ŚMIERCI JAKO KONSEKWENCJA ANOREKSJI

Według Pameli K. Keel i współpracowników (2003) bardzo często konsekwencją zaburzeń jedzenia jest przedwczesna śmierć, przy czym anoreksja jest uważana za chorobę o najwyższym wskaźniku śmiertelności wśród wszystkich chorób psychiatrycznych (Manley, Leichner 2003). Według najnowszych doniesień umiera od 4 do 20% pacjentów (Emborg 1999; Draper 2000; MacDonald 2002; Gans, Gunn 2003). Niektórzy autorzy twierdzą, że ten wskaźnik może wynosić nawet 25%¹. Przy czym o ile krótkie katamnezy podają stosunkowo niskie wskaźniki śmiertelności (od zera do kilku procent), to badania przeprowadzone po wielu latach od momentu zachorowania wskazują na wysoką śmiertelność wśród pacjentów z anoreksją (Stobiecka 2000). Wśród przyczyn tak wysokiej śmiertelności u osób z anoreksją wymienia się różnorakie czynniki biologiczne i psychologiczne. Najczęstszą bezpośrednią przyczyną śmierci w przebiegu anoreksji są, będące następstwem wyniszczenia i towarzyszących mu zaburzeń elektrolitowych (MacDonald 2002) i sercowo-naczyniowych (Palmer 2003): zastoinowa niewydolność krążenia (Siegel i in. 1995); bezobjawowy wysięk osierdziowy (Inagaki i in. 2003; Ramacciotiotti i in. 2003) oraz zawał serca jako końcowy etap choroby wieńcowej serca (Siegel i in. 1995). Ponadto odnotowuje się także przypadki nagłej śmierci w następstwie zatoru tętnicy płucnej i zakrzepicy żył głębokich (Derman, Szabo 2006). Jako inną częstą przyczynę zgonu w przebiegu anoreksji (jednak o wiele rzadszą w porównaniu z chorobami układu krążenia) wymienia się samobójstwo (MacDonald 2002; Palmer 2003; Ramacciotiotti i in. 2003; Keel i in. 2003; Manley, Leichner 2003). Jeszcze inną przyczyną może być zatrucie alkoholowe (Keel i in. 2003).

Wydaje się oczywiste, że kiedy organizm osoby z anoreksją jest bardzo wyniszczony, jej myśli coraz częściej oscylują wokół tematyki umierania i śmierci. „Chore w stanie tak dużego wycieńczenia są depresyjne i apatyczne [...], izolują się społecznie, narasta u nich obojętność, pojawiają się myśli o śmierci i samobójstwie [...]. Tematyka śmierci wydaje się więc w tym czasie bardzo istotna dla chorych, gdyż zagrożenie życia jest już tak wysokie i oczywiste, że zmusza do konfrontacji z własną śmiertelnością” (Stobiecka 2000, s. 239). Także według Ewy Ruszkowskiej i Anny Siewierskiej (1997, s. 51) w przypadku anorek-

¹ http://adam.about.com/reports/000049_4.htm [28.11.2007].

sji „aktualne poważne zagrożenie życia pociąga za sobą antycypację możliwej śmierci”. Warto podkreślić, że myśli o śmierci pojawiające się u osoby z anoreksją w momencie zagrożenia życia nie oznaczają, że nie chce ona żyć. Każdy z nas, w różnych momentach życia, w sytuacjach żałoby czy ciężkiej choroby myśli o śmierci. Należy jednak podkreślić, że istnieją przypadki, gdy zły stan zdrowia osoby z anoreksją może spowodować u niej pragnienie śmierci. Dzieje się tak w przypadkach długotrwałej, chronicznej anoreksji, kiedy organy wewnętrzne są już tak wyniszczone przez długotrwałe wychudzenie, że przyrost wagi, chociaż może uchronić przed śmiercią, prawdopodobnie nie uchroni już chorego przed trwałym inwalidztwem (Gans, Gunn 2003).

Zintensyfikowane myśli o śmierci w przypadku anoreksji nie są spowodowane wyłącznie realnym zagrożeniem śmiercią, ale także, a może nawet przede wszystkim, stanem psychicznym chorych, którzy pomimo początkowego zadowolenia, a nawet „niewyczerpanego optymizmu” (Vandereycken 2006, s. 342) wywołanego chudnięciem, w miarę trwania choroby czują się coraz bardziej zniechęceni i zmęczeni chorobą. Przede wszystkim negatywne samopoczucie wywołują u nich interwencje najbliższego otoczenia i lekarzy w ich „plan”, którym jest ciągle zmniejszanie wagi ciała. Opór u osoby chorej wywołuje jakakolwiek zmiana tego „planu”, ponieważ odchudzanie się, skrajna szczupłość i sama anoreksja określa i współtworzy lub nawet tworzy tożsamość chorego. Można powiedzieć, że w przypadku anoreksji mamy do czynienia z „definiowaniem siebie przez pryzmat choroby” (Krystek 2000, s. 153). Dlatego na pytanie terapeuty, czy jeśli mogłaby skorzystać z czarodziejskiej różdżki, to czy pozbyłaby się anoreksji, jedna z pacjentek odpowiedziała negatywnie, uzasadniając odpowiedź słowami: „Ponieważ to jest moja osobowość” (Tan, Hope, Steward 2003a, s. 539). Fenomen ten nazywany jest egosyntonicznością (Serpell i in. 2004; Crisp 2006a; Vandereycken 2006). Trzeba pamiętać, że osoba z anoreksją w rzeczywistości nigdy nie osiąga zakładanego minimum, ponieważ „cały proces odchudzania [...] dąży w kierunku «odcieleśnienia», aby dojść do wewnętrznej istoty — tak naprawdę to nieskończony proces dochodzenia do prawdziwego ja” (Wojciechowska 2000, s. 93–94).

W pewnym momencie sama osoba chora uświadamia sobie, że „jest złapana w niebezpieczną pułapkę. Odmawia jedzenia, aby zachować tożsamość, lecz aby przeżyć, musi jeść i to jest odczuwane przez nią jako zdrada samej siebie” (Lemma-Wright 1994, s. 55). Oczywistym wydaje się fakt, że w przypadkach, gdy osoba taka „czuje, że już dłużej nie jest w stanie kontynuować walki z chorobą” (Manley, Leichner 2003, s. 33), zaczyna myśleć o śmierci jako o jedynym rozwiązaniu swojej trudnej sytuacji, co obrazuje następująca wypowiedź Ellen West — pacjentki Binswagera: „Życie stało się dla mnie więzieniem i pragnęłam śmierci tak jak żołnierz na wojnie pragnie powrotu do domu... jeśli mnie kochasz, ofiaruj mi śmierć” (Stobiecka 2000, s. 241). Należy dodać, że zazwyczaj osoba taka nie planuje samobójstwa, czego można by się spodziewać, ale raczej walczy o prawo do odmowy leczenia; na przy-

kład jedna z pacjentek opisywanych przez Margery Gans i Williama B. Gunna (2003) wątpiła, że może kiedykolwiek prowadzić normalne życie, nawet po przyroście wagi. Dlatego zdecydowała się na odmowę dalszego leczenia i pobyt w hospicjum. Twierdziła, że pragnie „komfortu i spokoju” oraz wypowiedziała następujące słowa „lepiej umrzeć niż żyć z taką — sobą... Próbuję pozwolić sobie umrzeć” (Gans, Gunn 2003, s. 688).

Heather Draper z Centrum Etyki Biomedycznej na Uniwersytecie w Birmingham, biorąc pod uwagę fakt, że „niektóre osoby cierpiące na anoreksję prawdopodobnie nigdy nie będą wyleczone, a nawet nie będą mogły prowadzić stosunkowo ustabilizowanego życia poprzez utrzymywanie bardzo niskiej, ale stałej wagi” (Draper 2000, s. 131), sugeruje, że w stosunku do niektórych pacjentów powinna być zastosowana opieka paliatywna. Ma na myśli osoby, które chorują bardzo długo (dłużej niż trwa tak zwany naturalny cykl choroby, mieszczący się w granicach 1–8 lat), które były już przymusowo karmione, zachowują krytycyzm co do podejmowania decyzji o jakości własnego życia, dostrzegają, jaki wpływ ma anoreksja na pewne aspekty ich życia, a ich życie nie jest bezpośrednio zagrożone. Według badaczki decyzja odmowy terapii jest wówczas analogiczna do „decyzji odmowy przedłużającej życie terapii stosowanej przez osoby cierpiące na upośledzające, chroniczne lub ostre choroby terminalne, w takich przypadkach leczenie paliatywne mogłoby w uzasadniony sposób zastępować agresywną terapię” (Draper 2000, s. 122). Co ciekawe, nierzadko rodzice osób z anoreksją wspierają takie propozycje, gdyż uważają, że w przypadku długotrwałej choroby uniemożliwiającej jedzenie choremu powinno się pozwolić „odejść spokojnie, w atmosferze życzliwości” (Tan i in. 2003, s. 641).

Oczywiście wielu badaczy krytykuje taką propozycję. Uważają bowiem, że „anoreksja nie jest nieuleczalną postępującą chorobą terminalną” (Melamed i in. 2003, s. 621), a celem terapii często jest tylko częściowe wyleczenie i trzeba liczyć się z nawrotami, zwłaszcza w przypadkach chronicznych, lecz właśnie dlatego klinicyści powinni przede wszystkim skupiać się na ratowaniu życia osób dotkniętych tą chorobą. Propozycję opieki paliatywnej uważają za dyskusyjną także ci, którzy stwierdzają, że chociaż leczenie anoreksji jest szczególnie trudne, pacjenci, którzy przeżyli tę chorobę, są „głęboko wdzięczni” (Griffiths i in. 1997, s. 530) lekarzom za ich pomoc. Gans i Gunn (2003, s. 681) przedstawiają swoje stanowisko jeszcze wyraźniej — stwierdzają bowiem, że jeśli osoba z anoreksją umrze, „nie będzie już żadnej szansy na jej powrót do zdrowia”.

ANOREKSJA JAKO PRZEJAW ZAABSORBOWANIA, A NAWET FASCYNACJI ŚMIERCIĄ

Według Billa Warrena (1997, s. 223) „korzenie anoreksji, a być może także bulimii, tkwią w zaburzonych schematach poznawczych i emocjach związanych ze śmiercią”. Stobiecka w intensywnych myślach i snach oraz w autode-

struktywnych zachowaniach osób z anoreksją nie tylko dopatruje się naturalnej reakcji na zagrożenie śmiercią, ale dopuszcza także możliwość, że to zaabsorbowanie tematem śmierci może być jedną z ważniejszych przyczyn anoreksji oraz jej chroniczności: „wzrastająca efektywność programów «odkarmiania» stwarza pozory, że zagrożenie życia jest istotne w anoreksji tylko w okresie największego zaostrzenia objawów, czyli na początku działań terapeutycznych, podczas gdy przewaga zaabsorbowania śmiercią nad zaangażowaniem w życie trwa o wiele dłużej i niezanalizowana pracuje na zgubę pacjentek” (Stobiecka 2000, s. 239). Wielu badaczy oraz terapeutów zajmujących się anoreksją także zauważa charakterystyczne zainteresowanie tematem śmierci (które nie ma charakteru ruminacji, czyli nieprzyjemnych, natrętnych myśli, czy też kompulsji, czyli przymusowych czynności), przy czym określają je w różny sposób. Stobiecka (2000, s. 244) mówi o „zauroczeniu śmiercią” u osób z anoreksją. Yael Latzer i Zipora Hochdorf (2005, s. 1) twierdzą, że osoby z anoreksją „grają ze śmiercią tak jak dziecko gra podczas zabawy, udając, że mogą zniknąć poprzez śmierć i powrócić w tajemniczy sposób”, i nazywają takie zachowanie „flirtem ze śmiercią”. Także Biswanger uważał, że jego pacjentka, Ellen West, „flirtowała” ze śmiercią i „miała poczucie, że żyje dla śmierci. Jej udziałem stała się śmierć za życia, a ona sama stawiała się nie tylko fizycznym, ale i psychicznym szkieletem — traciła zainteresowanie wszystkim, co nie było związane ze śmiercią”. Prawdopodobnie „już od dzieciństwa Ellen zafascynowana była w jakiś sposób śmiercią i nieustannie ją prowokowała” (Stobiecka 2000, s. 241–242).

Wnioskom o anorektycznej fascynacji śmiercią, wydają się przeczyć wyniki badań Eytana Bachara i współpracowników (2002; por. Latzer, Hochdorf 2005), którzy odkryli, że na zachowanie osób z anoreksją większy wpływ ma odrzucanie życia niż atrakcyjność śmierci. Pacjenci z anoreksją okazali się mniej „przyciągani” (*attracted*) do życia i bardziej „odpychani” (*repulsed*) przez życie w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, natomiast w zakresie „przyciągania” do śmierci lub „odpychania” przez śmierć nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic. Ponadto odkryto, że im mniej wyraziste u chorych z anoreksją poczucie „ja” oraz im większa chęć spełniania wyłącznie pragnień innych osób, tym silniejsze odczucie, że są „przyciągani” przez śmierć i słabsze odczucie „przyciągania” przez życie. Także von Weizsäcker po analizie snów osób z anoreksją doszedł to wniosku, że choroba ta nie dotyczy jedynie odmowy pokarmu, ale odrzucenia życia jako takiego” (Stobiecka 2000, s. 240). Inni badacze (Stein i in. 2003) wykazali, że anorektyczni pacjenci (co ważne — bez ujawnianych tendencji samobójczych) oraz pacjenci bez anoreksji z myślami samobójczymi i z historią prób samobójczych wykazują mniejsze „przyciąganie” do życia i większe „odpychanie” przez życie oraz większe „przyciąganie” do śmierci i mniejsze „odpychanie” przez śmierć w porównaniu z dwiema pozostałymi badanymi grupami (grupą kontrolną oraz grupą pacjentów bez tendencji samobójczych).

PODEJŚCIE DO ŚMIERCI OSÓB Z ANOREKSJĄ

Odpowiedź na pytanie o podejście do śmierci u osób z anoreksją umożliwia także odpowiedź na inne, być może bardziej zasadnicze pytanie: dlaczego osoba z anoreksją umiera z głodu, choć ma dostęp do jedzenia, a zatem właściwie „na własne życzenie” (przynajmniej tak jest to oceniane przez zewnętrznych obserwatorów)?

Relatywny brak znaczenia śmierci

Michael Strober — wybitny badacz anoreksji — tak opisuje osobę z anoreksją: „Pierwsze wrażenie w kontakcie z osobą z anoreksją — obraz tak wyraźny jak zarys nagiego szkieletu — życia tragicznie pozbawionego pasji, witalności, i przygody — przykuwa uwagę, lecz jest niełatwe do zaakceptowania przez osobę z zewnątrz”, a następnie zadaje pytanie: „Jak to możliwe, że ci, którzy cierpią na tę chorobę, «odrzucają» życie bez niej?” (Strober 2004, s. 247). To pytanie przywodzi na myśl inne: czy anoreksja może mieć większe znaczenie niż utrata życia z jej powodu? Chociaż osoba z anoreksją do pewnego stopnia zdaje sobie sprawę z zagrożenia, odmawia pomocy „nie dlatego, że [...] pragnie umrzeć, lecz z powodu braku znaczenia śmierci i niepełnosprawności jako związanej z anoreksją lub z powodu specyficznego znaczenia, jakiego śmierć i niepełnosprawność mogą nabywać w kontekście anoreksji” (Tan, Hope, Steward 2003b, s. 704). Anoreksja zatem zmienia percepcję ryzyka śmierci. Można to określić jako „relatywny brak znaczenia śmierci” (Vandereycken 2006, s. 350). Można także powiedzieć, że „śmierć nie interesuje pacjentów z anoreksją w takim stopniu jak poszukiwanie kontroli nad życiem i poczucie tożsamości” (Latzer, Hochdorf 2005, s. 1), a to wszystko zapewnia niewątpliwie anoreksja (por. Krystek 2000). Jak pisze Hilde Bruch (Malan 1997, s. 74) „choć pacjenci anorektyczni mogą umierać z powodu ich stanu fizycznego, nie jest to śmierć, której oczekują, lecz silna potrzeba kontrolowania swego życia i posiadania poczucia tożsamości”. Oto obrazująca ten problem wypowiedź pacjentki z anoreksją: „Pamiętam, gdy otrzymałam wyniki badań mówiące o tym, że moja wątroba jest poważnie uszkodzona [...], a ja i tak sądziłam, że wszystko jest dobrze! Nie mogę sobie teraz wyobrazić, że tak myślałam, odczuwałam to jako sukces! Czuję, jakbym zrobiła coś, czego nikt nie jest w stanie zrobić” (Tan, Hope, Steward 2003b, s. 702). Jak twierdzi Alessandra Lemma-Wright (1994, s. 54): „anoreksja nie wyraża pragnienia śmierci. Raczej stanowi wymarzone rozwiązanie dla osoby z tą chorobą, sposób «istnienia w świecie»”. Waga ciała osoby z anoreksją staje się zatem „miarą (wagą) jej egzystencji, tak jakby budowanie w swoim ciele rodzaju trumny nadawało sens jej życiu i niwelowało pustkę” (Stobiecka 2000, s. 257). Symptomy anoreksji według osoby chorej nadają znaczenie jej życiu, które w innym wypadku byłoby pozbawione sensu (Latzer, Hochdorf 2005). Gdy zatem osoba z anoreksją wybiera takie rozwiązanie, to chociaż „prowadzi ono do jej śmierci, jednak w rzeczywi-

stości jest poszukiwaniem innego życia” (Lemma-Wright 1994, s. 88). Można powiedzieć, że osobie z anoreksją wydaje się, że dąży do szczęścia.

Jednym z najważniejszych dowodów na to, że perspektywa śmierci, która przecież powinna przynajmniej niepokoić osoby chore, nie jest dla nich istotna, jest ich stan psychiczny. Chociaż pod koniec choroby jest zazwyczaj zły, w początkowych etapach badaczy zadziwia „stan spokoju”, a nawet „specyficzny stan euforii” oraz „chorobliwa energia i upór”, wyrażana nierzadko stwierdzeniem: „Nie cierpię, zatem nie mogę być chora”. Nie powinno dziwić, że kiedy osobie z anoreksją zwróci się uwagę na jej wychudzenie, odpowiada: „Nigdy w życiu nie czułam się lepiej” (Vandereycken 2006, s. 341–342).

Z tych rozważań wynikają dwa główne wnioski. Po pierwsze „Jeśli anoreksja daje osobie nią dotkniętej poczucie autentycznego i wartościowego życia, to «porzucenie» anoreksji poprzez przyrost wagi jest równoznaczne z utratą sensu życia” (Gans, Gunn 2003, s. 680). Po drugie, w naszych próbach pomocy anorektycznemu pacjentowi powinniśmy mu ukazać „nie, jak być wyleczonym, lecz jak żyć” (Lemma-Wright 1994, s. 90). Ważnym celem terapii takiej osoby powinno być zatem doprowadzenie do tego, aby określała ona siebie „inaczej niż w terminach wagi lub otyłości” (Fransella, Button 1983, s. 115), co oznacza bardziej stabilne niż dotychczas poczucie tożsamości (Latzer, Hochdorf 2005).

Jedzenie jako symbol śmierci

Ellen West — opisywana przez Biswängera pacjentka z anoreksją — postrzegała jedzenie jako śmiertelnie szkodliwe, w jej przypadku „symbolizacja życia i śmierci skupiona była wokół aktu jedzenia. Paradoksalnie, wypełniony żołądek wzmagał w pacjentce poczucie egzystencjalnej pustki, a stan najedzenia oznaczał dla niej usychanie, gnicie, obumieranie w «głupim świecie pełnym bagien i trumien». Doznanie sytości jednoznaczne było ze złem i poczuciem winy. [...] jak prawdopodobnie wiele pacjentek anorektycznych, zrównała na poziomie nieświadomym jedzenie ze śmiercią duchową. Uwolnić od niej mogło tylko zaniechanie przyjmowania pokarmów, czyli śmierć ciała, które postrzegała jako «bezużyteczny, pozbawiony życia materiał, pustą łupinę»” (Stobiecka 2000, s. 241) Osobę z anoreksją najbardziej przeraża „horror jedzenia” (Latzer, Hochdorf 2005, s. 1) i jest ona gotowa zrobić wszystko, aby go uniknąć.

Anoreksja drogą do nieśmiertelności

Bardzo ciekawie wyjaśnia znaczenie anoreksji dla chorego Sheila McLeod, która stwierdza, że w rzeczywistości anoreksja zaprzecza realności śmierci: „Śmierć [...] jest biologicznym faktem, lecz anoreksja pociąga za sobą zaprzeczenie biologii, a w szczególności biologii jako nieuniknionemu przeznaczeniu [...]. Jeżeli jestem anorektyczką, to odraczam myślenie o mnie jako o osobie śmiertelnej” (Lemma-Wright 1994, s. 47). Karen Margolis, która chorowała na anoreksję, w następujący sposób opisuje swoje ówczesne odczucia: „za-

wieszona między pierwszą menstruacją a menopauzą, podczas głodzenia się osiągnęłam transcendentny wiek [...]. Mam tutaj na myśli koniec ciała, nie wyobrażałam sobie, że mogłabym stracić umysł [...] pragnęłam reinkarnacji w inną formę istnienia, a nie ponownych narodzin w niewygodnym świecie ciała” (Lemma-Wright 1994, s. 47). Według Mary Selvini-Palazzoli: „Ten typ acielesności nie jest pragnieniem śmierci [...]. Jest to, w istocie, nierealistyczne dążenie i odrzucenie egzystencji polegającej na życiu i umieraniu własnego ciała [...] jest to zaprzeczanie śmierci jako biologicznemu faktowi, a wraz z tym zaprzeczanie faktom starzenia się, otyłości i umierania” (zob. Lemma-Wright 1994, s. 47). Zatem anoreksja „nie wyraża pragnienia śmierci, ale raczej [...] stanowi metodę radzenia sobie z lękiem przed śmiercią. Anoreksja zapewnia [...] zarówno poczucie wyjątkowości, jak i omnipotencji z okresu dzieciństwa” (Lemma-Wright 1994, s. 47–48).

Chorobę tę można zatem uznać za „paradoksalne zniwelowanie między innymi lęku przed śmiercią. Obroną wypracowaną przez osobę z anoreksją w tym przypadku jest «przekonanie o własnej wyjątkowości»” (Lemma-Wright 1994, s. 48). Jedna z pacjentek potwierdza to następującymi słowami: „Anoreksja zapewniła mi iluzoryczne poczucie, że mam kontrolę nad własnym ciałem i nad zachodzącymi w nim procesami biologicznymi, na które inni ludzie nie potrafią wpływać. Po prostu byłam przekonana o własnej omnipotencji” (Lemma-Wright 1994, s. 47–48). Wspomina, że następująco zareagowała na próby perswazji ze strony szkolnej pielęgniarki co do jej stanu zdrowia: „Nie wierzyłam jej, moje poczucie wyższości rozwinęło się w przekonanie, że wygrałam nieśmiertelność” (Lemma-Wright 1994, s. 48). Z kolei Margolis przyznała, że jej poczucie wyjątkowości i wyróżniania się wśród innych ludzi były do tego stopnia silne, iż obawiała się przyznać do radości z czegokolwiek, sądząc, że to „nadszarpnęłoby” jej perfekcyjność i umieściłoby ją „w gronie stąpających po ziemi śmiertelników” (Lemma-Wright 1994, s. 48).

Latzer i Hochdorf (2005, s. 1) stwierdzają, że „paradoks wbudowany w psychopatologię anorektycznego pacjenta polega na tym, iż odmawia on jedzenia, aby prowadzić wartościowe życie i walczyć ze śmiercią”. Taką postawę można określić słowami: „umierać, aby żyć”. Warto dodać, że przywodzi to na myśl tytuł książki o anoreksji autorstwa Alessandry Lemmy-Wright (1994) — wielokrotnie tu przywoływanej — „Głodować, aby żyć” (*Starving to Live*). Ellen West, pacjentka Biswanger, nie obawiała się śmierci, ponieważ wierzyła, że „jej egzystencjalna śmierć, poprzez przemianę w żywego trupa, wyprzedziła śmierć biologiczną” (Stobiecka 2000, s. 241–242). Stobiecka w następujący sposób wyjaśnia ten fenomen: „Zabijając swoje ciało (wyniszczając je), anorektyczka ofiarowuje sobie, pozorną rzecz jasna, nieśmiertelność psychiczną. W takiej sytuacji każda próba namówienia jej na jedzenie jest faktycznie odbierana jako atak na jej życie psychiczne, które zapewnione jest tylko przez uśmiercenie ciała” (Stobiecka 2000, s. 257), wówczas kontrola przyjmowania pokarmu w celu zagłodzenia ciała jest osiągnięciem transcendencji nad nim.

Do podobnego wniosku dochodzi James L. Sacksteder (1989, s. 367), który stwierdza, że osoba z anoreksją wierzy w to, iż „głodząc się, a nawet w rezultacie umierając, przetrwa psychicznie”. Warto dodać, że u jednej z pacjentek wystąpienie choroby było poprzedzone „dramatycznym snem o przebywaniu w świecie zmarłych pełnym szkieletów, po którym poczuła, że zaczyna się dla niej nowe, wolne życie, gdzie tylko ona decydowałaby o własnej śmierci” (Stobiecka 2000, s. 240).

SAMOBÓJSTWO W ANOREKSJI

Terminem „samobójstwo” określa się akt celowego, świadomego odebrania sobie życia. Niewątpliwie anoreksja jest bardzo specyficzną chorobą, której istnienie dowodzi, jak trudne może być określenie, czym w istocie jest samobójstwo.

Badacze zazwyczaj wymieniają samobójstwo jako drugą z kolei, po śmierci w wyniszczeniu, przyczynę zgonu osób z anoreksją. Jednak przyjrzenie się bliżej wynikom różnych badań, najczęściej metaanaliz, prowadzi do sprzecznych wniosków. Z jednej strony Stobiecka (2000) podaje, że 2–9% osób z anoreksją umiera w wyniku próby samobójczej, a inni autorzy (Pompili i in. 2004) stwierdzają, że z tego powodu umiera około 2,5% osób z anoreksją (spośród 1536 osób analizowanych przez badaczy, 36 zmarło). Zdarzają się też wypowiedzi specjalistów, którzy stwierdzają, że śmiertelność w wyniku samobójstwa w anoreksji przewyższa pięćdziesięciokrotnie umieralność z tego samego powodu wśród osób z grupy kontrolnej, nie leczonych z powodu zaburzeń psychicznych². Z drugiej strony Stanley Coren i Paul L. Hewitt (1998) donoszą, że wskaźnik śmiertelności w anoreksji z powodu samobójstw nie różni się istotnie od wskaźnika śmiertelności z tego samego powodu u osób nie leczonych z powodu chorób psychicznych. Należy zadać pytanie: dlaczego wyniki badań są tak bardzo sprzeczne?

Bardzo prawdopodobne, że odpowiedzi na to pytanie należy szukać w rozumieniu, czym jest anoreksja. Oto kilka przykładów nazw, jakimi badacze określają anoreksję: Latzer i Hochdorf (2005, s. 1) nazwali ją „ukrytym aktem samobójczym”, Raymond Fourasté — „cielesnym, powolnym samobójstwem” (Stobiecka 2000, s. 254), Arthur Crisp (2006a, s. 200) — „częściowym samobójstwem” (*partial suicide*) oraz — podobnie jak Hugh Crichton Miller (zob. Crisp 2006b, s. 176; por. Crisp 1983) — „kompromisem z samobójstwem” (Crisp 2006, s. 2000), a David H. Malan (1997, s. 74) „samobójstwem w opornych na leczenie dawkach”. Nawet pobieżne przyjrzenie się tym nazwom doprowadza do wniosku, że wielu badaczy uważa anoreksję za formę samobójstwa, przy czym próbują zawsze do tej nazwy dodawać określenie typu: „kompromis”, „powolne” itd.

² <http://scienceblog.com/community/older/2002/D/20024446.html> [15.11.2007].

Wydaje się jednak, że stosowanie terminu „samobójstwo” w odniesieniu do anoreksji może wynikać z błędnego interpretowania intensywnego odchudzania się jako działania autodestrukcyjnego. Przyjmując taką perspektywę, należałoby uznać, że wszystkie przypadki zgonów w przebiegu anoreksji są wynikiem samobójstwa. Chociaż nie można zaprzeczyć, że w wypowiedziach osób z anoreksją pojawiają się zdania świadczące o pragnieniu samobójstwa, na przykład dla Ellen West: „samobójstwo zdawało się być koniecznym dopełnieniem znaczenia jej życia” (Stobiecka 2000, s. 241). Można jednak sądzić, że wypowiedzi te nie mają większego znaczenia w kontekście wyrażania innych, jak się okazuje ważniejszych pragnień. „W rzeczywistości determinacja osoby z anoreksją do określenia tożsamości i osiągnięcia autonomii doprowadza ją do odrzucenia opcji samobójstwa i wyboru o wiele trudniejszego życia, którego głównym rysem będzie głodowanie — nie dlatego, aby umrzeć, ale wręcz przeciwnie — aby nadal żyć” (Lemma-Wright 1994, s. 47), a „odmowa leczenia, która u pacjenta z inną chorobą mogłaby być uznana za próbę samobójczą, dla osoby z anoreksją stanowi jedynie wyraz wyboru jedynego akceptowanego przez nią sposobu życia” (Gans, Gunn 2003, s. 680). Za sensownością powyższych stwierdzeń przemawia następująca wypowiedź osoby z anoreksją: „oczywiście, że nie chcę umrzeć, chcę tylko utracić wagę, o to tutaj głównie chodzi” (Tan, Hope, Steward 2003b, s. 702).

Warto dodać, że nawet w sytuacji, gdy zmęczone chroniczną anoreksją osoby pragną umrzeć, nader ostrożnie wypowiadają się o samobójstwie, na przykład jedna z pacjentek opisywanych przez Gans i Gunna (2003), chociaż zdecydowała się na śmierć odmawiając leczenia, a nawet zajęła się przygotowaniami do własnego pogrzebu, nie przestawała podkreślać, że jej śmierć nie będzie samobójczą, ponieważ wie, jak bardzo rodzina przeżyła samobójstwo jej kuzyna. Wydaje się zatem, że sformułowanie „anoreksja jako samobójstwo” powinno się traktować raczej jako ciekawą metaforę niż jako definicję anoreksji i konstrukcję ułatwiającą zrozumienie zachowań pojawiających się w jej przebiegu.

Trzeba zaznaczyć, że anoreksję można uznać za samobójstwo, jeśli przyjmie się, że zamach samobójczy jest to środek osiągnięcia jakiegoś celu tu, na ziemi, a nie dążenie do pozbawienia się życia (Hołyst 1983). Takie rozumienie anoreksji może być szczególnie użyteczne na przykład dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz bliskich osób z anoreksją, którzy mogą nie zdawać sobie sprawy, jak poważną chorobą jest anoreksja. Taka metafora może być wówczas nieoceaniona, ponieważ „inaczej niż pacjenci suicydialni, pacjenci z diagnozą anoreksji nie mówią otwarcie o pragnieniu zakończenia życia. Jednak ich działania zmierzają w tym kierunku” (Melamed i in. 2003, s. 622). Należy zatem uznać za wysoce prognostyczne zdanie Pierre’a Beumonta i Terry’ego Carneya (2004, s. 824), że osoby z anoreksją „wołą raczej umrzeć, niż być grube”.

Warto dodać, że osoby z anoreksją różnią się diametralnie pod względem stosunku do samobójstwa od osób z bulimią. Twierdzi się, że te ostatnie

bardzo często podejmują próby samobójcze, chociaż — jak twierdzą Angela Favaro i Paolo Santonastaso (2002, s. 215) — autodestrukcyjne zachowania zarówno pacjentów z anoreksją, jak i z bulimią „jedynie w niektórych przypadkach mogą być definiowane jako samobójcze”. Wśród kobiet z bulimią 27,8% ma historię prób samobójczych (Corcos i in. 2002). Jedno z badań (Johnson i in. 1983), którego celem było określenie ryzyka samobójstwa w bulimii wykazało, że 50,4% osób z tą chorobą myślało o samobójstwie, 14,1% — miało wyraźne skłonności do samobójstwa, przejawiające się na przykład w przygotowaniach do jego popełnienia, a 5,0% — miało w swojej historii poważne próby samobójcze. Z kolei wśród 32 pacjentów z bulimią badanych przez Pierre’a J. V. Beumonta i Suzanne Abraham (1983) 7 miało historię prób samobójczych. Nic dziwnego zatem, że „jedynie pacjentki chore na bulimię pośrednio nawiązują do tematu śmierci samobójczej” (Ruszkowska, Siewierska 1997, s. 51). Należy dodać, że w wypadku bulimii trudno o mylenie choroby z próbą samobójczą, co jest nierzadkie w przypadku anoreksji, ponieważ osoba z bulimią nie tylko nie ma niedowagi, a nawet może mieć lekką nadwagę.

ANOREKSJA JAKO KONSEKWENCJA PATOLOGICZNEJ RELACJI Z MATKĄ

Według wielu badaczy, zwłaszcza o orientacji psychoanalitycznej, ale także egzystencjalnej, anoreksja jest wynikiem zaburzonej relacji chorego z matką. Matkę osoby z anoreksją określa się najczęściej jako nekrofiliczną i zaborczą, a anoreksja stanowi z jednej strony spełnienie nekrofilicznych oczekiwań matki w stosunku do dziecka, z drugiej zaś strony — jest próbą uwolnienia się od jej zaborczości.

Anoreksja jako spełnienie oczekiwań nekrofilicznej matki

Stobiecka (2000, s. 253) określa matkę osoby anorektycznej jako „nekrofiliczną”, to znaczy „zaprzątniętą śmiercią i chorobą, która okazuje dziecku zainteresowanie tylko w szczególnych stanach załamania zdrowia”. Oto, co jedna z anorektycznych pacjentek powiedziała o swojej matce: „Zmarli byli zawsze przedmiotem jej szczególnego zainteresowania, a rozkład i śmierć zamiłowaniem, którego nie próbowała ukrywać [...]. Cała uwaga i intymność, jaką mi oferowała, zawsze łączyła się w jakiś sposób ze śmiercią tak, że zaczęłam przypuszczać, że niejako poświęciła mnie i oddała mnie śmierci w chwili moich narodzin, a więc między nami, którą starałam się zawsze odkryć, dotyczyła właśnie tego tylko aspektu”. Stobiecka przyznaje, że jest to drastyczny opis, jednak „zostało w nim wyrażone to, co jest w przypadku chorych z anoreksją „domeną nieświadomego, a na światło dzienne wydobywa się jedynie pod postacią symptomów”. W tym kontekście wydaje się zrozumiałe, że uśmiercanie ciała przez osobę z anoreksją staje się „w rzeczywistości odbiciem pragnień rodziców”, a zwłaszcza matki: „anoreksja jest realizacją wpojonego przez ro-

dziców, a głównie przez matkę, pragnienia śmierci prowadzącego do zagłodzenia się”.

Anoreksja jako próba uwolnienia się od zaborczej matki

Wielu autorów zwraca uwagę na widoczne u osoby z anoreksją, zazwyczaj kobiety, przemieszczenie na własne ciało agresji w stosunku do matki. Według Marjorie Sprince (zob. Stobiecka 2000), prawdopodobnie nie ma większego cierpienia nad to, jakim jest zagrożenie ze strony matki we wczesnym okresie życia, a właśnie z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że taka sytuacja dotyczy osób z anoreksją „którym udało się przetrwać horror wczesnego dzieciństwa zdominowanego przez wrogą, wzbudzającą strach matkę”, podczas którego matka dała się poznać jako „nieczuła, intruzywna, nadopiekuńcza i mało empatyczna” (Stobiecka 2000, s. 254–256). Wielu autorów podkreśla, że taka matka miała tendencję do dominacji i zawłaszczania ciała córki, między innymi podczas karmienia (na przykład uważała, że ona najlepiej wie, co jest dobre dla dziecka), stąd mogła wytworzyć się patologiczna relacja „jednego ciała dla dwojga” (*one body for two*) (MacDougall 1989, s. 37). Dziecko uwięzione w takiej toksycznej relacji, która determinuje także dalszy jego rozwój, odczuwa ją jako zabójczą dla jego tożsamości. Głodowanie córki, która czuje się zdominowana przez matkę „jest metaforyczną próbą zdobycia kontroli nad matką, obezwładnienia jej i zniszczenia we własnym ciele — czyli obroną przed nią kosztem własnego życia. Ciało nie należy jednak w tym wypadku do głodującej dziewczyny. Jest raczej obiektem dla jej matki, a niszcząc je anorektyczka tylko pozornie uwalnia się od rodzicielki, spełniając w rzeczywistości jej pragnienie. Ta bowiem nie angażuje się emocjonalnie w nic, co nie niesie z sobą pierwiastka śmierci, a mogąc uczestniczyć w umieraniu swojej córki, nie musi już negocjować jej witalności i z wielkim przejęciem włącza się w chorobę córki. Zwykle to właśnie matki nakłaniają swe córki do leczenia, obwiniając siebie za ich stan, choć u niektórych to właśnie nieświadome zaabsorbowanie śmiercią każe im zatroskać się o wyniszczoną, przypominającą trupa córkę, a tym samym prolongować ich związek przesycony nekrofilijną fascynacją” (Stobiecka 2000, s. 255). Anoreksja wyraża „chęć zabicia zinkorporowanej matki poprzez zagłodzenie jej we własnym ciele” (Stobiecka 2000, s. 256; por. Zerbe 1993). Karhryn Zerbe (1993) zatytułowała jeden ze swoich artykułów na ten temat: „Czyje to ciało?” (*Whose Body Is It Anyway?*).

Anoreksja jest chorobą zaczynającą się zazwyczaj w adolescencji. Można to łatwo zinterpretować także w kontekście relacji z matką: „Anorektyczki są bowiem z reguły posłusznymi dziewczętami, które wypełniają wszelkie oczekiwania rodziców, ofiarując im swe posłuszeństwo w zamian za miłość. Wybuch anoreksji jest natomiast powiązany z pojawieniem się potrzeby samostanowienia i oddzielenia się od rodziców, po to by ujawnić skrywane dotychczas uczucia i wziąć pod uwagę własne potrzeby oraz odrzucić niektóre z norm i wartości

rodziców. Jednakże w przypadku tych dziewcząt potrzeby takie są postrzegane jako nielojalność w stosunku do rodziców, a w związku z tym są niejako zabronione. Głodówka jest jedyną dopuszczalną formą opozycji. Trochę tak, jakby poprzez głodzenie się, czyli «niebranie», mogły pozwolić sobie na mniejsze posłuszeństwo i większą indywidualność. Tak więc odmowa spożywania pokarmu jest usprawiedliwieniem pragnień niezależności — braku podporządkowania — oraz jednocześnie karą za takie pragnienia, ponieważ niesie ze sobą także pierwiastek cierpienia” (Stobiecka 2000, s. 251). Zatem „anoreksja jest orężem wytrącającym broń z ręki matki. Chore zwykle bowiem boją się i unikają jawnej konfrontacji, nauczone w dzieciństwie uległości, do której zmusiła je zagrażająca i kontrolująca matka. Adolescencja jest w takim wypadku okresem odwetu i próbą unicestwienia matki za pomocą wewnątrzpsychicznych zabiegów. Niestety areną, na której odbywa się ta walka, jest sama chora, a zabijane zostaje jej ciało utożsamione ze złym obiektem — matką” (Stobiecka 2000, s. 256). Anoreksja to zatem swoisty rewanż za nieudane dzieciństwo (Lane 2002). „Opisując psychopatologię anoreksji [...] wiele z symptomów anoreksji można wytłumaczyć, opierając się na teorii poczucia winy osoby, która przetrwała” (Stobiecka 2000, s. 251).

Co ciekawe, okazuje się, że odczucie śmierci psychicznej (Zerbe 1993) czy „martwoty” (*deadness*) (Levens 1995, s. 55), częste u osób z anoreksją (niezwykle często przyznają, że głodują, aby odczuwać własne ciała poprzez tak intensywne odczucie, jakim jest głód) (Zerbe 1993), zbliża osoby z tą chorobą do tych, którzy przetrwali holocaust i przyznają, że „czują się jakby żyli będąc już martwymi” (Stobiecka 2000, s. 249).

*

Anoreksja jest zaburzeniem psychicznym, które wzbudza wiele kontrowersji. Dotychczas nie zostały wyjaśnione przyczyny tej choroby oraz optymalne metody jej leczenia. Nadal za bardzo zagadkową można uznać kwestię stosunku osób anorektycznych do śmierci. Wydaje się jednak, że w pewnym, najprawdopodobniej bardzo wczesnym, okresie życia nastąpiło u nich „odwrócenie” biegunów życia i śmierci, a mianowicie tam, gdzie przeciętny człowiek odnajduje radość (wypoczynek, kontakty z przyjaciółmi, dobre jedzenie), tam osoba z anoreksją widzi śmierć; i odwrotnie: osoba z anoreksją nie boi się śmierci, a wręcz przeciwnie — wydaje się, że do niej dąży. Takie postawy u chorych można zrozumieć w świetle wypowiedzi ich samych, a także badaczy czy terapeutów. Jedzenie oznacza dla nich śmierć, a głodowanie zapewnia poczucie, że panują nad swoim ciałem i tym samym zapewniają sobie nieśmiertelność. Jednak prawdopodobnie najważniejszą przyczyną specyficznego stosunku do śmierci u osób z anoreksją jest spostrzeganie własnej tożsamości przez pryzmat choroby, a nawet przekonanie, że anoreksja to ich „ja”, dodajmy, „ja szczupłe”. Głodowanie zatem zapewnia istnienie, a śmierć, którą zagrożona

jest głodująca osoba, w kontekście tej specyficznej walki o tożsamość nie ma znaczenia. Z tego względu nie można uważać anoreksji za samobójstwo, chyba że przyjmiemy definicję samobójstwa, według której śmierć w wyniku samobójstwa jest zdarzeniem losowym, nie celem samobójcy. Próba samobójcza (w sensie aktu celowego, świadomego odebrania sobie życia) może pojawić się w przebiegu anoreksji, jednak dzieje się tak w wyjątkowych przypadkach, bo nawet jeśli w wyniku zmęczenia i zniechęcenia chroniczną chorobą chory pragnie umrzeć, to zazwyczaj domaga się jedynie przerwania leczenia, co można traktować jako dopuszczenie opieki paliatywnej, w żadnym wypadku zaś — jako samobójstwo.

BIBLIOGRAFIA

- Bachar Eytan i in., 2002, *Rejection of Life in Anorexic and Bulimic Patients*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 31, nr 1, s. 43–48.
- Beumont Pierre, Carney Terry, 2004, *Can Psychiatric Terminology Be Translated into Legal Regulation: The Anorexia Nervosa Example*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, t. 38, nr 10, s. 819–832.
- Beumont Pierre J. V., Abraham Suzanne F., 1983, *Episodes of Ravenous Overeating or Bulimia: Their Occurrence in Patients with Anorexia Nervosa and With Other Forms of Disordered Eating*, w: Pdraig L. Darby i in. (red.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, Alan R. Liss, New York.
- Corcos Maurice i in., 2002, *Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa: Frequency and Characteristics*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, t. 106, nr 5, s. 381–386.
- Coren Stanley, Hewitt Paul L., 1998, *Is Anorexia Nervosa Associated with Elevated Rates of Suicide?*, „American Journal of Public Health”, t. 88, nr 8, s. 1206–1207.
- Crisp Arthur H., 1983, *Some Aspects of the Psychopathology of Anorexia Nervosa*, w: Pdraig L. Darby i in. (red.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, Alan R. Liss, New York.
- Crisp Arthur, 2006a, *Section 2. In Defence of the Concept of Phobically Driven Avoidance of Adult Body Weight/Shape/Function as a Final Common Pathway to Anorexia Nervosa*, „European Eating Disorders Review”, t. 14, nr 3, s. 189–202.
- Crisp Arthur, 2006b, *Vulnerability to Anorexia Nervosa; Consitutional Markers*, „European Eating Disorders Review”, t. 14, nr 3, s. 176–182.
- Derman Talia, Szabo Christopher P., 2006, *Why Do Individuals with Anorexia Die? A Case of Sudden Death*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 39, nr 3, s. 260–262.
- Draper Heather, 2000, *Anorexia Nervosa and Respecting a Refusal of Life-Prolonging Therapy: A Limited Justification*, „Bioethics”, t. 14, nr 2, s. 120–133.
- DSM, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, text Revision*, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Emborg Charlotte, 1999, *Mortality and Causes of Death in Eating Disorders in Denmark 1970–1993: A Case Register Study*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 25, nr 3, s. 243–251.
- Favaro Angela, Santonastaso Paolo, 2002, *The Spectrum of Self-Injurious Behavior in Eating Disorders*, „Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention”, t. 10, nr 3, s. 215–225.

- Fransella Fay, Button Eric, 1983, *The „Construing” of Self and Body Size in Relation to Maintenance of Weight Gain in Anorexia Nervosa*, w: Pdraig L. Darby i in. (red.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, Alan R. Liss, New York.
- Gans Margery, Gunn Willam B., 2003, *End Stage Anorexia: Criteria for Competence to Refuse Treatment*, „International Journal of Law and Psychiatry”, t. 26, nr 6, s. 677–695.
- Griffiths Rosalyn A. i in., 1997, *The Use of Guardianship Legislation for Anorexia Nervosa: A Report of 15 Cases*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, t. 31, s. 525–531.
- Hołyst Brunon, 1983, *Samobójstwo — przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa.
- Inagaki Takuji i in., 2003, *Echocardiographic Investigation of Pericardial Effusion in Case of Anorexia Nervosa*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 33, nr 3, s. 364–366.
- Johnson Craig L. i in., 1983, *A Survey of 509 Cases of Self-reported Bulimia*, w: Pdraig L. Darby i in. (red.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, Alan R. Liss, New York.
- Keel Pamela K. i in., 2003, *Predictors of Mortality in Eating Disorders*, „Archives of General Psychiatry”, t. 60, nr 2, s. 179–183.
- Krystek Monika, 2000, *Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczną*, w: Anna Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Lane Robert C., 2002, *Anorexia, Masochism, Self-Mutilation, and Autoerotism: The Spider Mother*, „Psychoanalytic Review”, t. 89, nr 1, s. 101–124.
- Latzer Yael, Hochdorf Zipora, 2005, *Attachment to Life in Anorexia Nervosa*, „Eating Disorders Review”, t. 16, nr 4, s. 1–3.
- Lemma-Wright Alessandra, 1994, *Starving to Live: The Paradox of Anorexia Nervosa*, Central Book Publishing, London.
- Levens Mary, 1995, *Eating Disorders and Magical Control of the Body: Treatment Through Art Therapy*, Routledge, London.
- Manley Ronald S., Lechner Pierre, 2003, *Anguish and Despair in Adolescents with Eating Disorders — Helping to Manage Suicidal Ideation and Impulses*, „Crisis”, t. 24, nr 1, s. 32–36.
- MacDonald Chris, 2002, *Treatment Resistance in Anorexia Nervosa and The Pervasiveness of Ethics in Clinical Decision Making*, „The Canadian Journal of Psychiatry”, t. 47, nr 3, s. 267–270.
- Malan David H., 1997, *Anorexia, Murder, and Suicide: What Can Be Learned from the Theories of Three Remarkable Patients*, Butterworth Heinemann, Oxford.
- McDougall Joyce, 1989, *Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*, Free Association Books, London.
- Melamed Yuval i in., 2003, *Involuntary Treatment of Anorexia Nervosa*, „International Journal of Law and Psychiatry”, t. 26, nr 6, s. 617–626.
- Międzynarodowa..., 2000, *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa.
- Palmer Robert L., 2003, *Death in Anorexia Nervosa*, „Lancet”, t. 361, nr 9368, s. 1490.
- Pompili Maurizio i in., 2004, *Suicide in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 36, nr 1, s. 99–103.
- Ramacciotti Carla E., Coli Elisabetta B., Biadi Dell’Osso Liliana, 2003, *Silent Pericardial Effusion in a Sample of Anorexic Patients*, „Eating and Weight Disorders”, t. 8, nr 1, s. 68–71.

- Ruszkowska Ewa, Siewierska Anna, 1997, *Problem śmierci i separacji w terapii rodzinnej pacjentek w wieku dorastania hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania się*, „Nowiny Psychologiczne”, t. 3, s. 50–56.
- Sacksteder James L., 1989, *Psychosomatic Dissociation and False Self Development in Anorexia Nervosa*, w: M. Gerard Fromm, Bruce L. Smith (red.), *The Facilitating Environment: Clinical Applications of Winnicott's Theory*, International Universities Press, Madison, Conn.
- Serpell Lucy i in., 2004, *The Development of the P-CAN, a Measure to Operationalize the Pros and Cons of Anorexia Nervosa*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 36, nr 4, s. 416–433.
- Siegel Janet H. i in., 1995, *Medical Complications in Male Adolescents with Anorexia Nervosa*, „Journal of Adolescent Health”, t. 16, nr 6, s. 448–453.
- Starzomska Małgorzata, 2006, *Ethical Challenges in Forcible Feeding among Patients with Anorexia Nervosa and Prisoners*, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy”, t. 8, nr 3, s. 85–96.
- Stein Daniel i in., 2003, *Suicidal Tendencies and Body Image and Experience in Anorexia Nervosa and Suicidal Female Adolescent Inpatients*, „Psychotherapy and Psychosomatics”, t. 72, nr 1, s. 16–25.
- Stobiecka Magdalena, 2000, *Głód śmierci. Zaabsorbowanie tematyką śmierci w anoreksji psychicznej*, w: Anna Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Strober Michael, 2004, *Managing the Chronic, Treatment-Resistant Patient with Anorexia Nervosa*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 36, nr 3, s. 245–255.
- Tan Jacinta O. A., Hope Tony, Steward Anne, 2003a, *Anorexia Nervosa and Personal Identity: The Accounts of Patients and Their Parents*, „International Journal of Law and Psychiatry”, t. 26, nr 5, s. 533–548.
- Tan Jacinta, Hope Tony, Steward Anne, 2003b, *Competence to Refuse Treatment in Anorexia Nervosa*, „International Journal of Law and Psychiatry”, t. 26, nr 6, s. 697–707.
- Tan Jacinta O. A. i in., 2003, *Control and Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: The Views of Patients and Parents*, „International Journal of Law and Psychiatry”, t. 26, nr 6, s. 627–645.
- Vandereycken Walter, 2006, *Denial of Illness in Anorexia Nervosa — A Conceptual Review: Part 1: Diagnostic Significance and Assessment*, „European Eating Disorders Review”, t. 14, nr 5, s. 341–351.
- Warren Bill, 1997, *Death Themes in Anorexia Nervosa: Dimensions for a Reply to Jackson et al.*, „International Journal of Eating Disorders”, t. 22, nr 3, s. 223–229.
- Wojciechowska Ilona, 2000, *Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka — drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej*, w: Anna Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Zerbe Kathryn J., 1993, *Whose body is anyway? Understanding and Treating Psychosomatic Aspects of Eating Disorders*, „Bulletin of The Menninger Clinic”, t. 57, nr 2, s. 161–177.

Strony internetowe:

http://adam.about.com/reports/000049_4.htm

<http://scienceblog.com/community/older/2002/D/20024446.html>

THE SPECTRUM OF ATTITUDES TO DEATH
IN PERSONS AFFLICTED BY ANOREXIA

Summary

Anorexia nervosa is a grave psychiatric illness characterized by a distorted body image which triggers intensive self-starvation and — as a consequence — significantly diminished body weight. It can be fatal: the mortality rate is thought to be between 4% and 20%. The very essence of this eating disorder is a categorical refusal to be cured in conjunction with a profound denial of illness. The most peculiar aspect of anorexia nervosa that may account for the denial of illness and the difficulty patients have in accepting treatment is egosyntonicity. It means that the illness is highly valued by afflicted individuals and it is inextricably linked with their sense of identity. Thus this illness is existential. Some researchers describe anorexia nervosa as suicide, but the anorexic understanding of death seems to be more complicated. If anorexia is, for the patient, an avenue to a worthwhile life, then, giving up anorexia — gaining weight — can mean giving up the reason for living. Therefore the refusal of eating that in another patient might look suicidal, may for the anorexic patient be the only way of life. The article analyses various aspects of anorexic attitudes to death.

Key words/słowa kluczowe

anorexia nervosa / anoreksja; death / śmierć; suicide / samobójstwo; egosyntonicity / egosyntonia