

MAŁGORZATA CICHECKA-WILK  
ORCID: 0000-0001-8753-9970  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
E-mail: margot@amu.edu.pl

## JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY JAKO PRZEJAW TENDENCJI AUTODESTRUKTYWNYCH W ŚWIETLE WYBRANYCH KONCEPCJI PSYCHODYNAMICZNYCH – W STRONĘ PROMOCJI WIEDZY WŚRÓD RODZICÓW I OPIEKUNÓW

### WSTĘP

Problematyka jadłowstrętu psychicznego jest aktualnie tematem rzadziej podejmowanym niż w ostatnich dwóch dekadach, kiedy przeżywała swój czas dużej naukowej popularności. Nie znaczy to jednak, że jest zagadnieniem przedawnionym i nieważnym, na pewno nie dla osób chorych, ich rodzin oraz tych wszystkich, którzy starają się pojąć patomechanizmy choroby, możliwości jej zapobiegania oraz leczenia. Niezmienny jest fakt, że jadłowstręt psychiczny to bardzo poważna i ze wszystkich chorób psychicznych – najbardziej zagrażająca życiu choroba. Jest ona jedną z najczęstszych chorób psychicznych, które dotyczą dziewczęta i młode kobiety, aczkolwiek dotyczy również osób płci męskiej i może stać się problemem zdrowotnym na każdym etapie życia człowieka.

W prezentowanym artykule scharakteryzowano zaburzenia występujące w jadłowstręcie psychicznym i ukazano je jako potencjalny przejaw autodestruktywności niektórych osób chorych, skłaniający je do podejmowania zachowań groźnych dla ich zdrowia i życia. Podstawą tych rozważań stały się wybrane koncepcje psychodynamiczne, w których można znaleźć przesłanki do takiego właśnie wnioskowania. Stanowią one ważny punkt widzenia, mogący wzbogacić wiedzę na temat mechanizmów jadłowstrętu psychicznego i stać się inspiracją do podejmowania odpowiednich działań związanych z przeciwdziałaniem chorobie lub pomocą osobom na nią cierpiącym.

## CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ W JADŁOWSTRĘCIE PSYCHICZNYM

Jadłowstręt psychiczny (łac. *anorexia nervosa*) jest zaburzeniem odżywiania się, które polega na celowym ograniczaniu przez osoby chore podaży energii, prowadzącym stopniowo do wystąpienia u nich niedostatecznej masy ciała, określonej w odniesieniu do ich wieku, płci, krzywej rozwoju i stanu zdrowia (kryterium A wg DSM-5). Zachowaniom tym towarzyszy silna obawa przed przytęciem, nawet w przypadku występowania niedostatecznej masy ciała, prowokująca postępowanie uniemożliwiające przyrost masy ciała (kryterium B wg DSM-5). Poza tym chorzy mogą przejawiać zakłócenie w postrzeganiu masy lub kształtu własnego ciała, doświadczać nadmiernego wpływu swojej wagi i kształtu ciała na samoocenę lub uporczywie nie dostrzegać u siebie problemu związanego ze zbyt niską wagą (kryterium C wg DSM-5)<sup>1</sup>.

Opisywane zaburzenie przybiera jedną z dwóch postaci. Pierwsza z nich, tzw. postać ograniczająca, rozpoznawana jest wtedy, gdy chorzy podczas ostatnich trzech miesięcy nie podejmowali regularnie takich zachowań, jak objadanie się lub przeczyszczanie – przez prowokowanie wymiotów, nadużywanie substancji przeczyszczających, środków moczopędnych lub wlewów przeczyszczających. W tych przypadkach zachowania osób chorych, mające na celu spadek masy ciała, polegają przede wszystkim na stosowaniu diet odchudzających, głodzeniu się i/lub przesadnie ciężkich ćwiczeniach fizycznych. Drugi typ to postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem. Diagnozowana jest u chorych, którzy podczas ostatnich trzech miesięcy podejmowali regularne zachowania, takie jak objadanie się lub przeczyszczanie, z zastosowaniem wyżej wymienionych sposobów<sup>2</sup>. Osoby prezentujące tę postać też zwykle ograniczają ilość spożywanego pokarmu, ale jednocześnie regularnie mają okresy objadania się lub prowokowania wymiotów i nadużywania leków przeczyszczających i moczopędnych.

Choroba może mieć różne natężenie, swoiste dla etapu w jej przebiegu. Dlatego w klasyfikacji DSM-5 wyróżnia się cztery stopnie nasilenia jadłowstrętu psychicznego. U osób dorosłych są one określane wartością BMI (ang. *Body Mass Index*), a w przypadku dzieci i osób dorastających – na podstawie siatek centylowych uwzględniających BMI. Za łagodne nasilenie zaburzenia uznaje się takie, w którym  $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$ , co oznacza, że osoba chora ma niedowagę. Umiarkowana ciężkość choroby stwierdzana jest w przypadku, gdy BMI wynosi  $16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$ , czyli kiedy chory jest wychudzony. Ciężki stan w jadłowstręcie psychicznym ma miejsce, gdy BMI osiąga wartość  $15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$  i wskazuje

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, Edra Urban & Partner, 2016, s. 167–168.

<sup>2</sup> Tamże.

wyglądzenie. Natomiast bardzo ciężki stan dotyczy osób, których BMI < 15 kg/m<sup>2</sup> i tym samym wskazuje na przypadek ciężkiego niedożywienia.

Chorzy na jadłowstręt psychiczny, aktywnie podejmujący drastyczne zachowania służące chudnięciu, sukcesywnie doprowadzają do znacznego ubytku masy ciała, coraz poważniejszego stanu niedożywienia i postępującego wyniszczenia swojego organizmu. W wyniku tego procesu w wielu wypadkach dochodzi do śmierci. Jadłowstręt psychiczny jest bowiem chorobą śmiertelną, na którą umiera 10–20% chorych. Spośród wszystkich zaburzeń psychicznych niesie za sobą największe ryzyko zgonu<sup>3</sup>. Jego bezpośrednią przyczyną są powikłania somatyczne – najczęściej nagła niewydolność krążenia i zaburzenia elektrolitowe lub samobójstwo<sup>4</sup>. W związku z powyższym, zwracając uwagę na fakt, że do tak dramatycznych konsekwencji dochodzi w wyniku działań własnych osób chorych, można jadłowstręt psychiczny rozpatrywać w kategorii przejawów autodestruktywności.

#### AUTODESTRUKTYWNOŚĆ – JEJ WŁAŚCIWOŚCI, RODZAJE I KONTEKSTY

Pojęcie autodestruktywności odnosi się do zachowań, które bezpośrednio lub pośrednio zagrażają zdrowiu lub życiu człowieka, a podejmowane są przez niego dobrowolnie i intencjonalnie<sup>5</sup>. Wówczas, gdy konsekwencje zachowań dotyczą zagrożenia fizycznego i są postrzegane jako doraźne i/lub pewne, mówi się o autodestruktywności bezpośredniej, jak w przypadku samobójstw czy samo-okaleczeń. Natomiast wzrost dystansu czasowego, fizycznego i psychologicznego między działaniem i jego skutkiem charakteryzuje formę pośrednią autodestruktywnych zachowań. Zatem jadłowstręt psychiczny, będący obrazem długotrwałego i bardzo złożonego procesu samoniszczenia, zalicza się do pośrednich form autodestruktywności, obok takich zachowań, jak: nadużywanie alkoholu, zaniebdywanie wskazań lekarskich czy psychiczne samoudręczanie się. Istotnymi cechami opisywanych zachowań są ich dowolność i intencjonalność. Za autodestruktywne można więc uznać jedynie te zachowania, które zostały zainicjowane z woli podmiotu. Z kolei intencjonalność może być wyrażona pragnieniem lub zaledwie przystaniem na wystąpienie szkodliwych konsekwencji podjętych zacho-

<sup>3</sup> W. Szczepaniak, *Anoreksja – od czego się zaczyna i komu najbardziej zagraża*, 2019 [online], <<https://zdrowie.pap.pl/psyche/anoreksja-od-czego-sie-zaczyna-i-komu-najbardziej-zagraza>> [dostęp: 10.05.2020].

<sup>4</sup> O. Wróblewska, *Anoreksja to stan zagrożenia życia, leczenie* [online], <<http://akademipsyche.pl/w-107.html>> [dostęp: 10.05.2020].

<sup>5</sup> A. Suchańska, *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998, s. 22.

wań. Ważne jest przy tym zaznaczenie, że czynnika intencjonalności nie wyklucza z zachowania zróżnicowanie intensywności pragnienia i stopnia świadomości, co do jego negatywnych konsekwencji. Zdaniem wielu badaczy świadomość nie jest koniecznym kryterium uznania zachowania za autodestruktywne<sup>6</sup>. W przypadku autodestruktywności pośredniej kryterium świadomości szkodliwości nie zawsze bywa spełnione. Często bowiem podlega ona działaniu mechanizmów obronnych – zaprzeczaniu, racjonalizacji lub unieważnianiu.

Autodestruktywność ma niewątpliwy związek z uwarunkowaniami sytuacyjnymi. Sprzyjają jej wszelkie problemy, w obliczu których konstruktywne możliwości zaradcze jednostki wyczerpują się, wywołując u niej poczucie bezradności. Może ona wynikać też z okresowego ograniczenia wyboru reakcji w odpowiedzi na dane zdarzenie, spowodowanego emocjonalnym kryzysem lub deficytem funkcjonalnym człowieka. Ponadto autodestruktywność często bywa konsekwencją traumatycznych wydarzeń w życiu ludzi, stanowiąc dramatyczną próbę poradzenia sobie z doznanym urazem<sup>7</sup>. Jednak badania nad autodestruktywnością wyraźnie pokazują, że nie należy sprowadzać tego problemu do uwarunkowań sytuacyjnych. Przekonują o istnieniu indywidualnego, osobowościowego wzorca, zwiększającego prawdopodobieństwo podjęcia zachowania zagrażającego życiu<sup>8</sup>. Stąd wynikają podstawy do odróżnienia zachowań autodestruktywnych od tendencji autodestruktywnych. Pierwsze z nich mogą być uwarunkowane sytuacyjnie lub wynikać z chwilowego ograniczenia w wyborze reakcji. Natomiast tendencje autodestruktywne stanowią podmiotowo zdeterminowaną, uogólnioną formę reagowania.

W przypadku osób chorych na jadłowstręt psychiczny, a przynajmniej części z nich, można założyć, że ma się do czynienia z tendencją autodestruktywną, przejawiającą się skłonnością do podejmowania zachowań, których celem lub akceptowanym kosztem jest zagrożenie zdrowia lub życia. Liczne przesłanki, uprawniające do takiego wnioskowania, podają tezy teorii psychodynamicznych.

#### INSTYKNT ŚMIERCI W PSYCHOANALITYCZNEJ KONCEPCJI Z. FREUDA

W psychoanalitycznej koncepcji Z. Freuda zjawisko autodestruktywności powiązane zostało z aktywnością instynktu śmierci (*Thanatos*), jednego z dwóch podstawowych ludzkich popędów, mających źródło w id. Według tej teorii pragnienie samouniczęstnienia jest psychologiczną reprezentacją biologicznej zasady

<sup>6</sup> A. Suchańska, *Przejawy i uwarunkowania...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>7</sup> A. Suchańska, J. Wycisk, *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.

<sup>8</sup> A. Suchańska, *Przejawy i uwarunkowania...*, dz. cyt., s. 72.

stałości głoszącej, że wszelkie procesy życiowe wykazują tendencję powrotu do nieorganicznego stanu dezintegracji<sup>9</sup>. Zachowania samoniszczące mają tu charakter powszechny, wrodzony i komplementarny wobec instynktu życia. Część autodestruktywnych tendencji, hamowana działaniem antagonistycznych popędów, zostaje skierowana na zewnątrz. Jednak za pośrednictwem superego uzewnętrznione impulsy niszczycielskie mogą ponownie zostać skierowane do wewnątrz – wówczas obiektem agresji staje się własne Ja, co w efekcie daje kliniczne objawy autodestruktywności. Superego uwewnętrznia, w formie sumienia, funkcje rodzicielskiego autorytetu, który brak tłumienia tendencji popędowych sankcjonuje utratą miłości. Lęk przed utratą miłości jest równoznaczny z lękiem o życie. Superego, reprezentując normy kulturowe i ideał ego, blokuje ekspresję agresji i możliwość jej rozładowania na zewnątrz. Energia destruktywna, pozbawiona ujścia, może zostać skierowana jedynie do wewnątrz. Funkcje superego realizowane są także wobec uczuć. Stąd agresja i wrogość względem obiektu miłości, obok zakazanych pragnień seksualnych, stanowią w psychoanalizie podstawowy mechanizm rodzący poczucie winy. Jest ono wyrazem konfliktu między ego i superego. Poczucie winy i lęk tłumaczą usilne dążenie ego do samokarania, które staje się sposobem redukcji lęku i ucieczką przed karą superego<sup>10</sup>.

W świetle tej teorii jadłowstręt psychiczny to przejaw niszczącego oddziaływania instynktu śmierci, który ulegając fiksacji we wnętrzu ego, skutecznie oddala jednostkę od życia. Można wnioskować, że u osób chorych system imperatywów zawartych w superego ulega w procesie socjalizacji nadmiernemu rozbudowaniu. W efekcie szczególnie surowe i skuteczne superego przejmuje kontrolę nad dystrybucją energii popędowej. Uniemożliwiając ekspresję agresji na zewnątrz, wyzwała w podmiocie tendencje autodestruktywne.

W tym miejscu warto wspomnieć o tym, że wielu badaczy podkreśla nadrzędne znaczenie, jakie w rodzinach osób chorych na jadłowstręt psychiczny przypisuje się panowaniu nad sobą i unikaniu konfliktów. Tuszowanie antagonizmów urasta tu często do rangi zasady kardynalnej<sup>11</sup>. Jeśli dodać do tego bardzo wyrazistą w przekazie pokoleniowym ideę poświęcenia się i stawiania sobie wysokich wymagań można zrozumieć anorektyczną konsekwencję w coraz drastyczniejszym samoograniczaniu się. Problem kontroli własnych impulsów zostaje w jadłowstręcie psychicznym jakby uwewnętrzniony problemem kontroli łaknienia. Paniczny lęk przed osłabieniem hamulców i przyrostem wagi ciała skazuje osoby chore na utrzymywanie wyniszczającego reżimu dietetycznego. Koncentracja na

<sup>9</sup> O.P. John, L.A. Pervin, *Osobowość. Teoria i badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 89.

<sup>10</sup> Z. Freud, *Poza zasadą przyjemności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020, s. 59–92.

<sup>11</sup> M. Jablow, *Na bakier z jedzeniem*, GWP, Gdańsk 1993.

jedzeniu umożliwia jednak ucieczkę od przeżywania znacznie głębszych problemów. Zapewnia poczucie stałości i bezpieczeństwa.

Skrajna kontrola własnego ciała daje chorym wyjątkowe poczucie satysfakcji, euforii i wyższości moralnej. Odmowa jedzenia staje się dla nich podstawą poczucia własnej wartości, siły, panowania nad ciałem i rzeczywistością. Instynkt śmierci uruchamia bowiem bardzo silną motywację do działania, podejmowania wyzwań i osiągnięcia wyznaczonych celów<sup>12</sup>. Swoista u osób z jadłowstrętem psychicznym odporność na uciążliwość i zdolność dostosowania się do ekstremalnie trudnych warunków może być więc przejawem skłonności powodowanych instynktem śmierci, do autodestruktywności, na bazie której budują swoje wyjątkowe osiągnięcia, np. w głodzeniu się.

Można stwierdzić, że u podstaw psychoanalitycznego rozumienia autodestruktywności leży koncepcja nieświadomych procesów psychicznych, w których istotną rolę odgrywają emocje i popędy, w tym ich konflikt z uwewnętrznionymi normami i zasadami obowiązującymi w otoczeniu jednostki oraz próba jego przezwyciężenia. W toku rozwoju psychoanalizy perspektywa ta została uzupełniona o aspekt relacyjny, który w odniesieniu do zachowań autodestruktywnych podkreśla znaczenie relacji pomiędzy osobami w regulowaniu i przetwarzaniu emocji, ich świadomej kontroli, empatii, wglądzie i refleksyjności<sup>13</sup>.

#### AUTODESTRUKTYWNOŚĆ W UJĘCIU PSYCHOLOGII EGO ORAZ TEORII RELACJI Z OBIEKTEM

Współczesna psychoanalityczna psychologia ego proponuje, alternatywną wobec idei samokarania, tezę podkreślającą rolę wewnętrznych reprezentacji funkcji samoopiekuńczych. Będąca tutaj przykładem koncepcja H. Krystala łączy zjawisko autodestruktywności z zablokowaniem psychicznej reprezentacji opieki macierzyńskiej. Źródłem deficytu zdolności do samoopieki jest według niego brak kompetencji empatycznych matki, która nie potrafi zapewnić dziecku optymalnej stymulacji (źródła bodźców i bariery jednocześnie), zaspokojenia potrzeb, redukcji napięć w taki sposób, by dziecko w drodze stopniowej internalizacji tych doświadczeń mogło w przyszłości samo je sobie zapewnić. Opór przeciw ustaleniu się pozytywnej reprezentacji wynika z represji wściekłości i destruktywnych pragnień wobec obiektu macierzyńskiego. Rezultatem jest wyłączenie reprezen-

<sup>12</sup> O.P. John, L.A. Pervin, *Osobowość. Teoria...*, dz. cyt., s. 89.

<sup>13</sup> C. Żechowski, *Teoria emocji i popędów – od Sigmunda Freuda do Jaaka Pankseppa*, „Psychiatria Polska” 2017, 51 (6), s. 1181–1189.

tacji macierzyńskiej miłości i idealizacji, a wraz z nią wszystkich prożyciowych i opiekuńczych funkcji<sup>14</sup>.

Zachowania obserwowane u osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, polegające m.in. na odmowie przyjmowania pokarmów, podejmowaniu wyczerpującego wysiłku fizycznego czy psychicznym samoudręczaniu się, mogą więc świadczyć, według teoretycznej propozycji H. Krystala, o zablokowaniu mentalnej reprezentacji opiekuńczości. W jego konsekwencji dochodzi do niepowodzenia w rozwoju funkcji samoopiekuńczej, co prowadzi do aktów zaniedbań własnego zdrowia, z autodestruktywnymi włącznie<sup>15</sup>.

Przedstawiciele teorii rozwoju ego (E.J. Khantzian, J.E. Mack) podkreślają, że naturalne funkcje ochronne mogą trwać i rozwijać się jedynie wówczas, gdy zaistnieje wystarczająco ważny z punktu widzenia inwestycji libidinalnej obiekt ochronny. Warunki takie zapewnia miłość i kompetentnie opiekuńcza funkcja rodziców. Wzorce zachowań opiekuńczych, uwewnętrznione w warunkach więzi aktywnej, obok koniecznego repertuaru zachowań dostarczają ego poczucia bycia obiektem „wartym ochrony”, wzmacniając w ten sposób libidinalną inwestycję w Ja. W sytuacji, gdy postępowanie wychowawcze rodziców jest przeciwnie skuteczne i nie sprzyja doskonaleniu się w dbałości o własne zdrowie, bezpieczeństwo i rozwój, powstają okoliczności służące konstytuowaniu się autodestruktywności, będącej przeciwieństwem samoopieki<sup>16</sup>.

D.W. Winnicott i M. Mahler również wskazują na fundamentalne znaczenie sposobu realizowania opieki w procesie rozwoju zdolności do ochrony i troszczenia się o siebie. Idea optymalnej opieki i optymalnej frustracji dotyczy warunków, w których ego kształtuje zdolność odraczania i tolerowania frustracji. Dzięki internalizacji przez dziecięce ego rodzicielskich funkcji opiekuńczych i ochronnych „wystarczająco dobra opieka” daje podstawy rozwijania w przyszłości własnych zdolności do opieki i ochrony<sup>17</sup>.

Zatem doświadczenie siebie i życia jako pozytywnej wartości jest warunkiem stymulacji funkcji opiekuńczych. Tymczasem w grupach osób przejawiających samoniszczące zachowania można wskazać na sytuacje psychologiczne i warunki wewnętrzne stanowiące dobry grunt dla naruszania funkcji ochrony. W odniesieniu do osób chorych na jadłowstręt psychiczny szczególne znaczenie miałyby tutaj częste w historiach ich życia doświadczenia straty, separacji, urazowych doświadczeń seksualnych, braku poczucia sensu życia i poczucia własnej wartości. Z drugiej strony także nadopiekuńczość, która – zdaniem wielu psychologów –

<sup>14</sup> A. Suchańska, *Przejawy i uwarunkowania...*, dz. cyt., s. 97.

<sup>15</sup> B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93 (4), s. 673–678.

<sup>16</sup> Tamże.

<sup>17</sup> D.W. Winnicott, *Dziecko, jego rodzina i świat*, Jacek Santorski & CO, Warszawa 1993.

często charakteryzuje relacje rodzinne tej grupy chorych, hamując rozwój osobowości i samodzielność<sup>18</sup>, może być istotnym czynnikiem upośledzającym kształtowanie się funkcji samoopiekuńczych związanych z przetrwaniem i optymalną ochroną.

#### AUTODESTRUKTYWNOŚĆ JAKO EFEKT BLOKADY POTENCJAŁU ROZWOJOWEGO LUB DESTRUKTYWNEGO SKRYPTU

Szukając na gruncie psychoanalizy jeszcze innych sposobów rozumienia autodestruktywności, można odwołać się do koncepcji E. Fromma. Jego teoria uwzględnia bowiem obecny w naturze ludzkiej konflikt między życiem a śmiercią (dobrem a złem), stanowiący dramat istnienia człowieka. E. Fromm, dostrzegając akty przemocy człowieka, poszukiwał zła w jego naturze. Ostatecznie stwierdził jednak, że go tam nie ma, a człowiek stosuje przemoc wówczas, gdy nie potrafi rozwiązać problemów swojego życia ani zrealizować własnego potencjału. Jego zdaniem, nie mając poczucia własnej wartości, człowiek doświadcza bezsilności i dlatego często wybiera niewłaściwą drogę życia, napawając się zadawaniem bólu, poniżaniem lub zdobywaniem władzy<sup>19</sup>. Z tego względu koncepcja E. Fromma opisuje człowieka jako fundamentalnie dobrego, ukierunkowanego na umiłowanie życia. Odrzuca założenie o uniwersalnym charakterze instynktu śmierci na rzecz uniwersalności i pierwotności instynktu życia<sup>20</sup>.

Źródłem sił destruktywnych, zdaniem E. Fromma, jest zablokowanie potencjału rozwojowego człowieka. Jeśli więc wrodzona tendencja do życia i rozwoju staje się niemożliwa, zablokowana w ten sposób energia transformuje się w energię destruktywną. Warunkiem koniecznym do realizacji życiowego potencjału jest ciepły, uczuciowy kontakt z innymi ludźmi, poczucie bezpieczeństwa, wolności myśli i działań, możliwość realizacji własnych zdolności, stymulacja i życzliwość ze strony innych. Człowiek powinien mieć zapewnioną możliwość rozwijania swojej indywidualności i możliwość wyboru, aby mogła w nim wzrastać miłość do życia. Przeciwne okoliczności sprzyjają bowiem rozwojowi nekrofilii – miłości do śmierci<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup> B. Ziółkowska, *Rodzinne uwarunkowania zaburzeń jedzenia*, „Edukacja i Dialog” 1999, 2, s. 55–59.

<sup>19</sup> E. Fromm, *Wojna w człowieku. Psychologiczne studium istoty destrukcyjności*, Jacek Santorski & CO, Warszawa 1994, s. 7–8.

<sup>20</sup> K. Wachaczyk, *Ericha Fromma człowiek zagubiony w dychotomiach*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2005, 21, s. 31–46.

<sup>21</sup> A. Olubiński, *Ericha Fromma koncepcja życia po ludzku*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 1994, s. 30.



W odniesieniu do założeń E. Fromma niszczący stopniowo w człowieku życie jadłowstręt psychiczny jest efektem istnienia barier na drodze do wzrostu i rozwoju. Być może jednak w aurze humanistycznej filozofii, będącej podstawą tej teorii, trwanie w atodestryktywnych objawach można uznać za istotne lub jedyne źródło poczucia siły, odpowiedzialności, dumy i niezależności. Zaburzenie jest więc sposobem na wzięcie życia we własne ręce, czasami nawet za jego cenę.

Zagadnienie autodestryktywnych tendencji przybliży również koncepcja skryptu psychologicznego rozwinięta na gruncie analizy transakcyjnej (AT) przez E. Berne'a. AT opiera się na idei współwystępowania w Ja trzech schematów zachowania i odczuwania: Ja-Rodzic, Ja-Dorosły, Ja-Dziecko. Obejmuje ona analizę osobowości – badanie stanów Ja, analizę transakcji – badanie komunikatów werbalnych i/lub niewerbalnych, analizę struktury czasu – badanie psychologicznego sposobu wykorzystania czasu i analizę skryptu – badanie specyficznych planów realizowanych w życiu. Skrypt psychologiczny jest najszerszym pojęciem w AT, które dotyczy ogólnego scenariusza życiowego<sup>22</sup>. Powstaje on w stanie Ja-Dziecko i jest rozwijany w transakcji pomiędzy rodzicami a dzieckiem. Według autora podstawowym celem analizy transakcyjnej jest analiza skryptu, ten bowiem decyduje o losie i tożsamości danej osoby.

Z punktu widzenia rozważanego problemu zasadnicze znaczenie ma idea skryptu destryktywnego, którego realizacja jest wyraźnym zagrożeniem dla życia i zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Szczególne zagrożenie niosą za sobą przekazy budujące przekonania, że aby zasłużyć na prawo do życia i do miłości należy cierpieć, narażać życie, unikać sukcesu<sup>23</sup>. Realizacja destryktywnego życiowego skryptu dokonuje się drogą potwierdzania i stałego wzmacniania negatywnych przekonań. Samowzmacniający mechanizm tego procesu zwiększa prawdopodobieństwo jego dramatycznego zakończenia.

Chcąc ująć jadłowstręt psychiczny w ramy powyższego poglądu, należy odwołać się do doświadczeń terapeutów pracujących z rodzinami chorych na ten rodzaj zaburzeń odżywiania. Wielokrotnie podkreślają oni obecność w wielopokoleniowym przekazie tych rodzin przekonań i wartości, które dotyczą postaw rezygnacji, wyrzekania się, kontroli impulsów, wymagań osiągnięć i poczucia sprawiedliwości<sup>24</sup>. Jadłowstręt psychiczny można więc potraktować czasami jako jedną z form realizacji pokoleniowego przekazu, składającego osobę chorą w ofierze rodzinnej tradycji.

---

<sup>22</sup> J. Jagieła, *Słownik analizy transakcyjnej*, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2012.

<sup>23</sup> A. Brytek, B. Izydorczyk, *Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny*, „Chowanna” 2008, 2, s. 157–168.

<sup>24</sup> B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

## ZAKOŃCZENIE

Mając za podstawę teorie, których założenia pozwalają rozpatrywać jadłowstręt psychiczny jako przejaw autodestruktywnych tendencji, warto również zwrócić uwagę na istotne fakty, które wyraźnie uzasadniają włączenie jadłowstrętu psychicznego do badań nad autodestruktywnością. Ustalenia dotyczące charakterystycznych cech osobowości osób chorych na jadłowstręt psychiczny wysoce korelują z opisem właściwości suicydentów i osób ujawniających różne formy autodestruktywności pośredniej. Wśród nich wymienia się:

- niskie poczucie własnej skuteczności oraz poczucie własnej wartości;
- trudności w kontaktach społecznych;
- trudności w akceptowaniu siebie, a zwłaszcza swojego wyglądu;
- nierealistyczny obraz własnego ciała;
- zależność emocjonalną od rodziców, wyrażającą się m.in. w małej samodzielności i silnej potrzebie akceptacji z ich strony oraz
- tzw. „matowość” nastroju, przygaszenie<sup>25</sup>.

Poza wyszczególnionymi cechami osoby chore na jadłowstręt psychiczny charakteryzuje właściwa ludziom z tendencjami samobójczymi negatywna postawa wobec życia i swoista dla nich atrakcyjność śmierci<sup>26</sup>. Stąd mówi się o rodzaju zaabsorbowania śmiercią w jadłowstręcie psychicznym<sup>27</sup>. Tematyka śmierci ujawnia się bowiem w wypowiedziach chorych, treściach ich fantazji i skojarzeniach. Rodziny tych osób wydają się być wręcz owładnięte żałobą, co może rodzić przekonanie o braku prawa do życia lub nawet o konieczności jego poświęcenia<sup>28</sup>.

Zarówno osoby chore na jadłowstręt psychiczny, samookaleczające się, jak i te z tendencjami samobójczymi, przejawiają wyraźną niechęć wobec samych siebie, w tym także do własnego ciała. Źródło tej niechęci tkwi często we wczesnodziecięcych doświadczeniach zaniedbań lub doznanej w różnych formach przemocy.

Na łączne potraktowanie anorektycznych zaburzeń w jedzeniu i podejmowania samobójczych prób jako przejawów autodestruktywności zezwala niejako analiza czynników predysponujących, które koncentrują się wokół:

---

<sup>25</sup> Tamże.

<sup>26</sup> D. Stein, D. Zinman, L. Halevy, A. Yaroslavsky, E. Bachar, S. Kreitler, I. Orbach, *Attitudes Toward Life and Death and Suicidality Among Inpatient Female Adolescents With Eating Disorders*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 2013, vol. 201 (12), s. 1066–1071.

<sup>27</sup> J. Piotrowski, *Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości*, „Psychologia Jakości Życia” 2004, t. 3, nr 2, s. 199–216.

<sup>28</sup> M. Stobiecka, *Głód śmierci. Zaabsorbowanie tematyką śmierci w anoreksji psychicznej*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, red. A. Suchańska, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, s. 237–276.

- konfliktów w osiągnięciu autonomii;
- dysfunkcji w relacjach w rodzinie;
- stresu szkolnego i społecznego;
- tendencji do perfekcjonizmu;
- urazowych doświadczeń seksualnych;
- zdarzeń, które osoba postrzega jako zapowiedź utraty poczucia kontroli i/lub poczucia własnej wartości oraz
- sytuacji życiowych związanych ze stratą i separacją.

Wspólne dla badanych z zaburzeniami odżywiania się i osób o skłonnościach samobójczych okazują się także uruchamiane obronnie, w sferze kontroli i doznań, mechanizmy dysocjacji<sup>29</sup>.

W związku z powyższym, z pewnością za ważną uznać należy perspektywę pokazującą jadłowstręt psychiczny jako wyraz autodestruktywnych tendencji niektórych osób chorych. Zwłaszcza że trudno o bardziej wyraziste świadectwo zdążania ku śmierci niż to, kiedy ludzie pośród nadmiaru jedzenia dobrowolnie umierają śmiercią głodową.

Ten punkt widzenia skłania do zwrócenia większej uwagi na poczynania opiekuńcze, wychowawcze rodziców (opiekunów) i ich rolę w rozwoju jednostki. Wiedza na ten temat, choć wydaje się być powszechna i oczywista, w rzeczywistości jest jedynie powszechnie płytka i nierozumiana. Z kolei kompetencje opiekunów często niedostateczne, a społeczna troska niewystarczająca. Dlatego ważne jest, żeby pogłębiać zarówno świadomość znaczenia, jak i umiejętności sprawowania właściwej opieki nad dziećmi, a jej możliwość i poprawność uczynić przedmiotem społecznej dbałości. Wiadomo bowiem, że czasami nie ze złej woli, ale niewiedzy i braku kompetencji mogą wynikać działania sprzyjające kształtowaniu się niekorzystnych właściwości jednostki, prowadzących do podejmowania przez nią zachowań godzących w jej dobrostan – zagrażających zdrowiu, a nawet życiu.

Konkludując, można spróbować wskazać, w możliwie zwięzły sposób, warunki prawidłowego rozwoju psychicznego ludzi, które jednocześnie stanowiłyby zespół czynników chroniących ich przed zaburzeniami, w tym związanymi z samoniszczaniem. Niewątpliwie należałoby wymienić silną i bezpieczną więź emocjonalną z rodzicami, która oznacza dostępność emocjonalną i fizyczną opiekunów, dającą dziecku poczucie posiadania tzw. „bezpiecznej bazy”. Ważne są również dopasowane do wieku, elastyczne granice i zasady zachowania – takie, które jednocześnie dają swobodę, ale i nakładają stosowne zobowiązania. Przy czym należy pamiętać, że to rodzice mają w hierarchii rodzinnej pozycję nadrzędną, ze względu na odpowiedzialność i swoją funkcję opiekuńczą wzglę-

<sup>29</sup> A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000.

dem dzieci. Ważne są również adekwatne wymagania, uwzględniające potencjał i ograniczenia podopiecznych. Nieodzowne jest zaangażowanie rodziców w sprawę dziecka, dające mu poczucie bycia kimś znaczącym i potrzebnym. Podobnie jak klimat wzajemnego szacunku, sprzyjający komunikowaniu własnych potrzeb, myśli i emocji. Bardzo istotna jest także umiejętność rozpoznawania sytuacji problemowych i stosowania konstruktywnych sposobów radzenia sobie z nimi. Osoba, która podlega takim oddziaływaniom opiekuńczo-wychowawczym, ma sposobność rozwinąć zasoby, które pozwolą jej dobrze funkcjonować. To znaczy: mieć pozytywny obraz siebie, innych ludzi i otaczającego świata; mieć szacunek do samego siebie i innych; być zaradnym, samodzielny i umiejętny w pokonywaniu trudnych sytuacji; dysponować dobrymi mechanizmami samokontroli, pozwalającymi na samoregulację emocji i kontrolę zachowania; wykształcić procesy motywacyjne, umożliwiające stawianie sobie i realizowanie celów; mieć dobre i satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi, którzy dadzą wsparcie w sytuacjach kryzysowych<sup>30</sup>. Dzięki takiemu potencjałowi osoby są zdolne do pozytywnego przystosowania do świata zewnętrznego, pomimo występujących w nim zagrożeń i przeciwności losu. Ich poczucie, że jest się sprawczym i skutecznym w radzeniu sobie z życiowymi problemami stanowi podstawowe narzędzie obrony w starciu z zagrożeniem psychopatologią.

#### BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, Edra Urban & Partner, 2016, s. 167–168.
- Brytek A., Izydorczyk B., *Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jądłowstręt psychiczny*, „Chowanna” 2008, 2, s. 157–168.
- Freud Z., *Poza zasadą przyjemności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020, s. 59–92.
- Fromm E., *Wojna w człowieku. Psychologiczne studium istoty destrukcyjności*, Jacek Santorski & CO, Warszawa 1994, s. 7–8.
- Gulla B., *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93 (4), s. 673–678.
- Jablow M., *Na bakier z jedzeniem*, GWP, Gdańsk 1993.
- Jagięła J., *Słownik analizy transakcyjnej*, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2012.
- John O.P., Pervin L.A., *Osobowość. Teoria i badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 89.
- Józefik B. (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

---

<sup>30</sup> E. Pakosz-Szydłowska, J. Sajkowska, *Jak uchronić dziecko przed samookaleczeniem się. Profilaktyka samookaleczeń*, 2019 [online], <<http://poradnia.gliwice.pl/wp-content/uploads/2019/03/Zranione-cia%C5%82o-%E2%80%93-zraniona-dusza.pdf>> [dostęp: 10.12.2020].

- Olubiński A., *Ericha Fromma koncepcja życia po ludzku*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 1994, s. 30.
- Pakosz-Szydłowska E., Sajkowska J., *Jak uchronić dziecko przed samookaleczaniem się. Profilaktyka samookaleczeń*, 2019 [online], <<http://poradnia.gliwice.pl/wp-content/uploads/2019/03/Zranione-cia%C5%82o-%E2%80%93-zraniona-dusza.pdf>> [dostęp: 10.12.2020].
- Piotrowski J., *Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości*, „Psychologia Jakości Życia” 2004, t. 3, nr 2, s. 199–216.
- Stein D., Zinman D., Halevy L., Yaroslavsky A., Bachar E., Kreitler S., Orbach I., *Attitudes Toward Life and Death and Suicidality Among Inpatient Female Adolescents With Eating Disorders*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 2013, vol. 201 (12), s. 1066–1071.
- Stobiecka M., *Głód śmierci. Zaabsorbowanie tematyką śmierci w anoreksji psychicznej*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, red. A. Suchańska, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, s. 237–276.
- Suchańska A., *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998, s. 22.
- Suchańska A. (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000.
- Suchańska A., Wycisk J., *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
- Szczepaniak W., *Anoreksja – od czego się zaczyna i komu najbardziej zagraża*, 2019 [online], <<https://zdrowie.pap.pl/psyche/anoreksja-od-czego-sie-zaczyna-i-komu-najbardziej-zagraza>> [dostęp: 10.05.2020].
- Wachaczyk K., *Ericha Fromma człowiek zagubiony w dychotomiach*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2005, 21, s. 31–46.
- Winnicott D.W., *Dziecko, jego rodzina i świat*, Jacek Santorski & CO, Warszawa 1993.
- Wróblewska O., *Anoreksja to stan zagrożenia życia, leczenie* [online], <<http://akademiapsyche.pl/w-107.html>> [dostęp: 10.05.2020].
- Ziółkowska B., *Rodzinne uwarunkowania zaburzeń jedzenia*, „Edukacja i Dialog” 1999, 2, s. 55–59.
- Żechowski C., *Teoria emocji i popędów – od Sigmunda Freuda do Jaaka Pankseppa*, „Psychiatria Polska” 2017, 51 (6), s. 1181–1189.

**Author:** Małgorzata Cichecka-Wilk

**Title:** Anorexia Nervosa as a Manifestation of Self-Destructive Tendencies in the Light of Selected Psychodynamic Concepts – Towards the Promotion of Knowledge among Parents and Caregivers

**Keywords:** anorexia nervosa, self-destruction, psychodynamic concepts, parents and caregivers

**Discipline:** Pedagogy

**Language:** Polish

**Document type:** Article

### Summary

Anorexia nervosa, which is one of the forms of eating disorders, can be considered as a manifestation of a long and very complex process of self-destruction. Although its genesis is usually associated with puberty problems, it is rarely a rapid phenomenon. It should be treated rather as a kind of epilogue of one's personal history. Malnutrition and weight control appearing in its context are in fact a manifestation of an attempt to cope with the hardships experienced by individual. Therefore, the anorexia nervosa is not just a problem of weight or eating habits, but it's a way of manifesting

the internal problem of the individual. Its form, defined by the otherwise valid canons of beauty or success, and consolidated by behaviours learned during the use of slimming diets, is revealed, however, in connection with specific personality traits. That is why the importance of people with this disorder, to a large extent, of tendencies to self-destructive behaviour, leading more or less consciously to self-destruction and in extreme cases to death, is emphasized.

The article deals with the problem of anorexia nervosa as a manifestation of self-destructive tendencies and the issue of factors and mechanisms conditioning the occurrence of self-destructive behaviour from the perspective of selected psychodynamic concepts, indicating the importance of the issue for the care and educational processes.