

## Short-term intensive group therapy in the clinical treatment of adolescents with the diagnosis of anorexia and bulimia nervosa at “Neuromed” Neuropsychiatry Centre in Wrocław

Zastosowanie krótkoterminowej intensywnej terapii grupowej w ambulatoryjnym leczeniu adolescentów z diagnozą anoreksji i bulimii psychicznej w Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu

<sup>1</sup> Department of Emergency Medicine, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland

<sup>2</sup> Department of Psychiatry, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland

Correspondence: Piotr Musiał, Department of Psychiatry, Wrocław Medical University, Wrocław, Wybrzeże Ludwika Pasteura 10, 50-367 Wrocław, Poland, e-mail: piotr.musial@umed.wroc.pl

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, Polska

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, Polska

Adres do korespondencji: Piotr Musiał, Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wybrzeże Ludwika Pasteura 10, 50-367 Wrocław, e-mail: piotr.musial@umed.wroc.pl

### ORCID iDs

1. Małgorzata Kaczmarek-Fojtar <https://orcid.org/0000-0002-9224-7187>

2. Piotr Musiał <https://orcid.org/0000-0002-9129-3472>

3. Monika Szewczuk-Bogusławska <https://orcid.org/0000-0001-6768-6623>

### Abstract

In some patients diagnosed with eating disorders the application of standard therapeutic modalities is ineffective or results in incomplete remission of symptoms. It is worth pointing out that 51–73% of patients discontinue their treatment. Therefore, there is an ongoing search for psychotherapeutic methods that would increase the effectiveness of treatment in this group of patients. One of them is psychodynamic group therapy. For adolescents, both when it comes to healthy teenagers and those meeting the criteria of psychological disorders, being in touch with their peers serves important developmental functions. Above all, it provides a chance to differentiate oneself from the family system and create a separate identity. The aim of the article is to describe our experience and work methods related to the provision of an intense, two-week-long group therapy for adolescent patients diagnosed with eating disorders. The role of pre-treatment psychotherapy consultations as well as inclusion and exclusion criteria will be discussed, as this form of therapy is directed at a selected group of patients. For several years now, group psychotherapy has been a part of outpatient treatment of patients with eating disorders at the “Neuromed” Neuropsychiatry Centre in Wrocław. The method relies on various elements such as psychoeducation and art therapy. Work techniques are reinforced by therapeutic dialogue, clarification, confrontation, and talking through the group process. The therapy is focused on activating the processes of introspection and mentalisation. The aims of group psychotherapy include gaining in-depth insights into the psychotherapeutic diagnosis, strengthening the motivation for treatment, addressing distorted body image, engaging in self-reflection, and increasing the awareness of functioning in interpersonal relationships.

**Keywords:** group psychotherapy, adolescence, eating disorders

### Streszczenie

U części pacjentów z diagnozą zaburzeń odżywiania stosowanie standardowych strategii terapeutycznych jest nieefektywne lub skutkuje niepełną remisją objawową. Uwagę zwraca fakt, że 51–73% chorych przerywa leczenie. Poszukuje się więc metod psychoterapeutycznych, które zwiększają skuteczność leczenia, a jedną z nich jest psychodynamiczna psychoterapia grupowa. W okresie adolescencji – zarówno u nastolatków zdrowych, jak i u osób spełniających kryteria zaburzeń psychicznych – kontakt z grupą rówieśniczą pełni ważne funkcje rozwojowe. Przede wszystkim pozwala na różnicowanie się od systemu rodzinnego i tworzenie własnej tożsamości. Celem artykułu jest opis własnych doświadczeń i metod pracy związanych z prowadzeniem intensywnej, dwutygodniowej terapii grupowej dla adolescentów z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania. W pracy omówiono rolę konsultacji psychoterapeutycznych przed rozpoczęciem terapii oraz kryteria włączenia i wykluczenia, ponieważ opisywane oddziaływania są skierowane do wybranej populacji pacjentów. Krótkoterminowa intensywna psychoterapia grupowa od kilkunastu

lat stanowi część ambulatoryjnego leczenia osób z zaburzeniami odżywiania w Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu. Wykorzystywane są tu elementy psychoedukacji i formy arteterapii: psychozabawa, psychorysunek, psychodrama. Techniki pracy wzbogaca się o dialog terapeutyczny, klaryfikację, konfrontację i omawianie procesu grupowego. Terapia ukierunkowana jest na uruchomienie procesów introspekcji i mentalizacji. Celami psychoterapii grupowej są pogłębienie diagnozy psychoterapeutycznej, zwiększenie motywacji do leczenia, praca ze zniekształceniami obrazu własnego ciała, zainteresowanie pacjentów autorefleksją i podniesienie świadomości funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia grupowa, adolescencja, zaburzenia odżywiania

## INTRODUCTION

The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among adolescents ranges between 0.5 and 1% and 1 and 4%, respectively (Gałecki and Szulc, 2018). According to the 2017 guidelines of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), family therapy is a treatment of choice for adolescent patients diagnosed with eating disorders (both anorexia and bulimia) (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). However, research findings show that this method does not produce satisfactory results in 10–40% of cases (Murray et al., 2017). If family therapy proves to be ineffective or contraindicated, or it is not possible to apply this method for other reasons, the NICE standards point to some alternative treatment modalities. The first-choice option is cognitive and behavioural individual therapy, followed by adolescent-focused psychotherapy for anorexia nervosa (AFP-AN).

The available literature provides little randomised research presenting a comparison of the effectiveness of the currently recommended methods. The results of a meta-analysis based on 38 studies involving both adults and adolescents diagnosed with anorexia, focused on evaluating the effectiveness of various psychotherapy methods including family therapy, cognitive and behavioural therapy, psychodynamic therapy, psychoanalytic therapy, and others, have not demonstrated the superiority of any of those therapeutic approaches (Zeeck et al., 2018). An analysis of long-term prognosis in patients with anorexia unequivocally demonstrates the imperfection of traditionally applied treatment methods. Based on a long-term, over 20-year follow-up of patients with anorexia, Eddy et al. (2017) report symptomatic remission based on body weight in 62% of patients. In another long-term study, Fichter et al. (2017), based on two factors (body weight and symptoms related to the cognitive area) report that remission is achieved by only 40% of all patients.

The above issues related to the treatment of patients with eating disorders call for a constant search for strategies that would increase the effectiveness of therapy. One of such strategies involves combining various therapeutic approaches or adding extra elements. Group psychotherapy can be such an add-on. Arguments for incorporating it into the treatment of patients with eating disorders include not only the experience of therapists from various institutions in Poland and across

## WSTĘP

W okresie adolescencji rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego wynosi 0,5–1%, a żarłoczności psychicznej – 1–4% (Gałecki i Szulc, 2018). Według zaleceń National Institute for Health and Care Excellence (NICE) z 2017 roku leczeniem z wyboru dla pacjentów w okresie dorastania z zaburzeniami odżywiania (zarówno z jadłowstrętem, jak i żarłocznością psychiczną) jest psychoterapia rodzinna (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Badania pokazują jednak, że w 10–40% przypadków przynosi ona niezadowalające rezultaty (Murray et al., 2017). W razie braku skuteczności lub możliwości zastosowania terapii rodzinnej czy obecności przeciwwskazań standardy NICE wskazują inne metody postępowania. Pierwszą jest indywidualna psychoterapia poznawczo-behawioralna, kolejną – psychoterapia skoncentrowana na adolescencji w anoreksji psychicznej (*adolescent-focused psychotherapy for anorexia nervosa*, AFP-AN).

W dostępnej literaturze niewiele jest randomizowanych badań porównujących efektywność rekomendowanych współcześnie metod. Metaanaliza dokonana na podstawie 38 badań z udziałem zarówno dorosłych, jak i młodzieży z rozpoznaniem jadłowstrętu, dotycząca skuteczności różnych metod psychoterapii – rodzinnej, poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej, psychoanalitycznej i innych – nie wykazała wyższości żadnego z podejść (Zeeck et al., 2018). Z kolei analiza długoterminowego rokowania u pacjentów z jadłowstrętem jednoznacznie wskazuje na niedoskonałość stosowanych dotychczas metod leczenia. W długoterminowej, ponad 20-letniej obserwacji osób z jadłowstrętem Eddy i wsp. (2017) stwierdzają remisję objawową na podstawie kryterium masy ciała u 62% pacjentów, w innym wieloletnim badaniu Fichter i wsp. (2017) szacują na podstawie dwóch kryteriów (masy ciała i objawów ze sfery poznawczej), że remisję osiąga jedynie 40% chorych. W związku z powyższymi problemami stale poszukuje się strategii, które zwiększałyby efektywność terapii. Jedną ze strategii jest łączenie różnych podejść terapeutycznych – przykładowo dodawanie psychoterapii grupowej. Za zasadnością dołączenia jej do terapii pacjentów z zaburzeniami odżywiania przemawia nie tylko doświadczenie terapeutów z różnych ośrodków w Polsce i na świecie (Izydorczyk i Niziołek, 2009; Lock i Gowers, 2005; Nevenon i Broberg, 2006; Talarczyk, 2007), ale także dane z badań. Metaanaliza oparta na badaniach z udziałem 1853 dorosłych chorych wykazała,

the world (Izydorczyk and Niziołek, 2009; Lock and Gow-ers, 2005; Nevenon and Broberg, 2006; Talarczyk, 2007) but also data yielded by studies which demonstrate the efficacy of this approach. A meta-analysis based on studies in a group of 1,853 adult patients showed that the effectiveness of group therapy does not differ from that of other methods, either directly after the treatment or a few months after the completion of therapy (Grenon et al., 2017).

This paper highlights the importance of intensive short-term group therapy (ISTGT) as one of the elements of a comprehensive outpatient treatment plan for teenagers with eating disorders at the "Neuromed" Neuropsychiatry Centre in Wrocław. Group therapy, as described here, complements the normally applied treatment which typically combines mainstream family therapy with individual psychotherapy. Throughout the entire period of treatment at the Centre, the patient is also supervised by a child psychiatrist. The paper discusses the goals of ISTGT and work methods applied during the therapeutic process.

## CHARACTERISATION OF ISTGT

The concept of ISTGT was initiated in 2002 by Małgorzata Wandokanty-Bocheńska, M.A., based on many years of her clinical and psychotherapeutic experience. Patients referred for group therapy are aged between 13 and 18; the maximum number of patients is 12. The group is usually composed of young women and it is closed. A course of therapy lasts two weeks and consists of 20 sessions of 90 minutes each. Currently, it is conducted by two therapists: one female and one male, with whom the patients had contact at the consultation stage prior to being admitted to the ISTGT group. The therapists are proactive in offering exercises and encouraging conversations about the emotions, associations and thoughts coming to patients during their sessions. ISTGT is mainly offered to the individuals who have a history of discontinuation of their previous therapies or have not yet decided to start treatment and maintain a stable, though low, body mass index after starting individual therapy. Consequently, the group consists of patients at various stages of treatment, including those nearing the completion of therapy who are convinced of having recovered or achieved significant improvements in their symptoms. One of the preconditions for participation is the psychiatrist's decision that there are no contraindications to outpatient treatment. Where a patient is undergoing family or individual therapy, the decision to be included in group therapy is consulted with all persons involved in the treatment process. Other inclusion criteria comprise the patient's consent and achievement of a preliminary therapeutic alliance with the patient's parents during a consultation meeting. The exclusion criteria include psychotic symptoms, tendency to severe acting-out behaviours, for example high risk of suicide attempt, and co-existence of harmful abuse or addiction to alcohol or drugs. During the therapy, patients have appointments scheduled with a child psychiatrist who assesses the patient's somatic

że efektywność terapii grupowych nie różni się od skuteczności innych metod – ani bezpośrednio po leczeniu, ani po kilku miesiącach (Grenon et al., 2017).

Niniejszy artykuł ukazuje znaczenie krótkoterminowej intensywnej terapii grupowej (KITG) jako elementu kompleksowego leczenia ambulatoryjnego nastolatków z zaburzeniami odżywiania w Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu. Opisywana terapia grupowa stanowi uzupełnienie leczenia, w którym najczęściej proponowane jest łączenie terapii rodzinnej w nurcie systemowym z psychoterapią indywidualną. Przez cały okres leczenia w ośrodku pacjent jest także pod opieką psychiatry dziecięcego. W artykule zostaną omówione cele KITG i stosowane metody pracy.

## CHARAKTERYSTYKA KITG

Koncepcja KITG została zapoczątkowana w 2002 roku przez Małgorzatę Wandokanty-Bocheńską, na podstawie wieloletniego doświadczenia klinicznego i psychoterapeutycznego. Do grupy, która liczy maksymalnie 12 osób, kierowani są pacjenci w wieku 13–18 lat. Grupa jest zwykle homogeniczna pod względem płci – składa się zazwyczaj z młodych kobiet – i ma charakter zamknięty. Terapia trwa 2 tygodnie, łącznie odbywa się 20 półtoragodzinnych sesji. Obecnie grupa jest prowadzona przez dwoje psychoterapeutów: kobietę i mężczyznę, z którymi pacjentki miały kontakt na etapie konsultacji przed przyjęciem do KITG. Funkcjonowanie terapeutów charakteryzuje się aktywną postawą w proponowaniu ćwiczeń oraz zachętą do rozmowy na temat emocji, skojarzeń i myśli pojawiających się w trakcie zajęć.

KITG proponowana jest głównie osobom, które przerwały wcześniejsze terapie lub nie są zdecydowane na podjęcie leczenia oraz utrzymują stabilny, ale niski wskaźnik masy ciała po podjęciu psychoterapii indywidualnej. W grupie uczestniczą pacjentki będące na różnych etapach leczenia – także osoby, które zbliżają się do końca terapii i są przekonane o swoim powrocie do zdrowia albo znacznej poprawie objawowej. Do warunków uczestnictwa należy decyzja psychiatry o braku przeciwwskazań do leczenia w trybie ambulatoryjnym. Jeśli pacjentka jest w trakcie terapii rodzinnej albo indywidualnej, decyzję o włączeniu terapii grupowej konsultuje się ze wszystkimi osobami zaangażowanymi w proces leczenia. Kolejne kryteria włączenia to zgoda pacjentki i uzyskanie wstępnego przymierza terapeutycznego z jej rodzicami/opiekunami podczas spotkania konsultacyjnego. Kryteria wykluczenia to natomiast objawy psychotyczne, tendencja do poważnych zachowań typu *acting out* (np. wysokie ryzyko podjęcia próby samobójczej), współwystępowanie szkodliwego używania albo uzależnienia od alkoholu lub narkotyków.

W ramach terapii uczestnicy odbywają wizyty u psychiatry dziecięcego, który ocenia stan somatyczny i psychiczny, sprawdza przestrzeganie zaleceń dotyczących wagi kontraktowej oraz prowadzi psychoedukację nastolatka i jego rodziny.

and mental state, checks compliance with recommendations regarding the contracted weight value, and manages the teenager's and her family's psychoeducation.

### Specific nature of psychotherapeutic consultations prior to ISTGT

Prior to being admitted to ISTGT, every patient attends three consultation sessions: one with the parents, and two only with the therapist. During the consultations, previous experiences related to treatment, expectations of the adolescent and her caregivers, and ISTGT goals are discussed. Our therapeutic experience shows that meeting other patients arouses strong anxiety in the patient and cause a number of fears which decrease the motivation for joining the group. Addressing these issues during the consultations gives an opportunity to analyse and examine the patient's ideas about other people. This is when competitive tendencies, fragile self-image, and insecurity in relations with peers are unveiled. Patients often lack motivation for therapy, and have no subjective sense of suffering due to symptoms of the disorder. On the other hand, they develop the desire to achieve what they believe to be a perfect body shape and lack identification with the disease. A low level of internal motivation leads to the avoidance of responsibility for one's treatment and delegating the decision about the participation in group therapy to the parents or the therapeutic team. During the consultations, we confront the patient with thinking about the treatment as something depriving her of her "dream appearance." We discuss the patient's lifestyle, which is subordinate to the symptoms. An important part of the consultation, which can reduce the risk of treatment discontinuation, is ongoing monitoring of the patient's wellbeing. Detailed examination of the patient's current mental state is conducive to building the therapeutic alliance and supports the process of making the decision about participation in therapy. Discussing difficulties and sharing impressions helps the patient to develop new ways of thinking about her problems and awareness of potential benefits of treatment.

Another aspect is discussing the patient's doubts concerning interactions with other group participants. Patients that are at the beginning of their treatment react with anxiety when comparing themselves to other therapy participants, especially when it comes to body weight. During the consultations, we assess the strength of the ego and the criticism toward the symptoms and degree of identification with the disease.

The aim of the consultations with the patients' parents is to assess the possibility of maintaining the therapeutic alliance with the treatment team. We examine whether the parents can, in a constructive manner, handle their daughter's anxiety and/or reluctance to participate in further ISTGT sessions. We also determine the management strategies, as well as rules of cooperation and therapeutic goals, with a special emphasis on making the expectations realistic.

### Specyfika konsultacji psychoterapeutycznych przed KITG

Przed przyjęciem na KITG odbywają się trzy konsultacje: jedna z pacjentką i rodzicami, dwie z samą nastolatką. Podczas konsultacji omawiane są wcześniejsze doświadczenia związane z leczeniem, oczekiwania adolescenta i opiekunów oraz cele KITG. Nasze doświadczenia pokazują, że spotkania z innymi chorymi wzbudzają u pacjentek silny lęk i obawy, które obniżają motywację do uczestnictwa. Omówienie powyższych aspektów w trakcie konsultacji daje możliwość analizy i zbadania wyobrażeń pacjentki na temat innych osób. Ujawniają się wtedy tendencje rywalizacyjne, kruchość obrazu siebie czy niepewność w relacjach z rówieśnikami. Pacjentkom często brakuje motywacji do terapii, identyfikacji z chorobą i subiektywnego poczucia cierpienia z powodu doświadczanych objawów, występuje zaś pragnienie osiągnięcia idealnej sylwetki. Niski poziom wewnętrznej motywacji prowadzi do unikania odpowiedzialności za leczenie i przerzucania decyzji o udziale w KITG na rodziców lub zespół terapeutyczny. W trakcie konsultacji konfrontujemy pacjentkę z myśleniem o leczeniu jako czymś, co pozabawia ją wymarzonego wyglądu. Omawiamy styl życia nastolatki, zwykle podporządkowany objawom. Istotnym elementem konsultacji, mogącym obniżyć ryzyko rezygnacji z leczenia, jest bieżące śledzenie samopoczucia pacjentki. Szczegółowe badanie aktualnego stanu psychicznego sprzyja budowie przymierza terapeutycznego i pomaga w podjęciu decyzji o udziale w terapii. Omawianie trudności i dzielenie się wrażeniami wspierają pacjentkę w opracowywaniu nowych sposobów myślenia o własnych problemach i potencjalnych korzyściach z leczenia.

Kolejnym punktem jest rozmowa o wrażliwościach dotyczących kontaktu z innymi uczestnikami grupy. Pacjentki, które są na początku leczenia, reagują lękiem związanym z porównywaniem się z pozostałymi uczestniczkami, zwłaszcza w zakresie masy ciała. W trakcie konsultacji oceniamy siłę ego, krytycyzm wobec objawów i stopień identyfikacji z chorobą.

Celem konsultacji z rodzicami jest ocena możliwości utrzymania przymierza terapeutycznego z zespołem leczącym. Zwracamy uwagę na to, czy rodzice potrafią w konstruktywny sposób poradzić sobie z niepokojem córki i/lub niechęcią wobec kolejnych sesji KITG. Ustalamy także strategię postępowania, zasady współpracy i cele terapeutyczne, kładąc szczególny nacisk na urealnianie oczekiwań.

### Cele KITG

Pierwszym celem jest pogłębienie diagnozy psychoterapeutycznej dotyczącej funkcjonowania pacjentek. Współwystępowanie nieprawidłowo kształtującej się osobowości o nasilonych cechach narcystycznych czy borderline przekłada się na fiasko standardowego leczenia zaburzeń odżywiania (Kernberg, 2004). Ocena strukturalna organizacji osobowości, zgodnie z założeniami teorii Kernberga, uzupełnia

## Goals of ISTGT

The first goal is to gain in-depth insights into the psychotherapeutic diagnosis regarding the patients' functioning. The coexistence of abnormal personality development with prominent narcissistic or borderline traits results in failure of standard treatment of eating disorders (Kernberg, 2004). Structural assessment of the organisation of personality both complements and deepens the diagnosis according to the tenets of Kernberg's theory (Caligor et al., 2019; Kernberg, 2004). Through intensive self-experience in a relationship with the group and therapists during ISTGT sessions, we can observe the typical patterns of the patients' reactions and behaviours. The intensity of interactions reveals the following traits of the personality structure: the level of consolidation of identity, the quality of a relationship with the object, and the ability to regulate affect. The level of consolidation of identity is assessed by looking at the degree to which the patient is able to determine and realise long-term goals, engage in learning and develop interests, and have an integrated and diverse image of important persons. The quality of the relationship with an object is assessed through an analysis of interpersonal functioning during group therapy. Affect regulation is evaluated based on observations of the way of coping with the state of highly affective agitation without the loss of control over the impulses (Caligor et al., 2019).

The second goal is to increase motivation for treatment. It is pursued through the participants' corrective emotional experience during the group process. The work of therapists is focused on supporting identification with positive functioning patterns. Stimulating motivation in patients beginning their therapy or those with low levels of motivation can be achieved by also including persons at an advanced level of their ISTGT treatment. This design of the therapeutic situation makes it possible to obtain information about effective everyday strategies for coping with the symptoms of the disease. This provides patients with resources necessary to build new patterns to identify themselves with.

Another goal involves altering the patient's body image distortions. Our therapeutic methods addressing patients' negative body perception are based on visualisation and projection techniques, and exercises increasing body awareness as regards the actual appearance and identification of areas that induce mental discomfort.

Yet another goal we pursue during ISTGT is increasing patient engagement in self-reflection. We understand eating disorders as an expression of our patients' emotional and relationship-related difficulties. ISTGT participants can gain an insight into the levels of identification with the disease symptoms and understand their own functioning. By incorporating selected elements of art therapy, we try to create an environment that makes our patients interested in self-reflection. Verbalisation of mental states and identification of links between the inner life and the symptoms are a new experience to patients. Creating a situation in which they

i pogłębia diagnozę (Caligor et al., 2019; Kernberg, 2004). Dzięki intensywnemu doświadczaniu siebie w relacji z grupą i prowadzącymi podczas KITG można obserwować typowe wzorce reakcji i zachowania pacjentek. Intensywność interakcji uwidacznia następujące cechy struktury osobowości: poziom konsolidacji tożsamości, jakość relacji z obiektem, zdolność do regulacji afektu. Poziom konsolidacji tożsamości ocenia się na podstawie stopnia, w jakim pacjentka jest w stanie ustalić i realizować długoterminowe cele, angażować się w naukę i rozwijać zainteresowania, a także zachować zintegrowany i zróżnicowany obraz osób znaczących. Jakość relacji z obiektem oceniana jest przez analizę interpersonalnego funkcjonowania podczas terapii grupowej. Regulację afektu bada się poprzez obserwację sposobu radzenia sobie przez chorą ze stanem wysokiego pobudzenia afektywnego bez utraty kontroli nad impulsami (Caligor et al., 2019).

Drugi cel KITG to zwiększenie motywacji do leczenia, uzyskiwane dzięki przeżyciu przez uczestniczki korektywnego doświadczenia emocjonalnego w trakcie procesu grupowego. Praca terapeutów ukierunkowana jest na umożliwienie identyfikacji z pozytywnymi wzorcami funkcjonowania. Wzbudzenie motywacji u pacjentek rozpoczynających leczenie lub mających niską motywację można osiągnąć, kiedy w KITG uczestniczą także osoby na zaawansowanym etapie leczenia. Tak zaprojektowana sytuacja terapeutyczna daje możliwość zdobycia informacji o skutecznym radzeniu sobie z objawami na co dzień. Dzięki temu nastolatki zyskują materiał niezbędny do zbudowania nowych wzorców do identyfikacji.

Kolejny cel zakłada pracę ze zniekształceniami obrazu własnego ciała. Stosowane przez nas metody terapeutyczne opierają się na wizualizacji, technikach projekcyjnych, identyfikacji obszarów będących źródłem dyskomfortu psychicznego oraz ćwiczeniach zwiększających świadomość własnego ciała.

Następnym celem, do którego dążymy w trakcie KITG, jest zainteresowanie pacjentek autorefleksją. Zaburzenia odżywiania rozumiemy jako wyraz trudności emocjonalnych i relacyjnych. Uczestniczki KITG mają możliwość uzyskania wglądu w poziom zidentyfikowania z objawami choroby i rozumienia własnego funkcjonowania. Korzystając z elementów arteterapii, staramy się stworzyć środowisko wzbudzające zainteresowanie autorefleksją. Werbalizowanie stanów psychicznych i powiązania życia wewnętrznego z objawami stanowi dla pacjentek nowe doświadczenie. Stworzenie sytuacji, w której nastolatki mogą otwarcie rozmawiać o trudnościach i lękach oraz dzielić się doświadczeniem, pozwala na relatywizację przekonań dotyczących wyglądu i masy ciała, samej siebie i innych ludzi.

Uczestnictwo w KITG prowadzi do wzrostu świadomości funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Szczególną wagę przywiązujemy do analizowania wzorca relacji społecznych pacjentek – w odniesieniu zarówno do innych uczestników grupy, jak i do terapeutów. W przypadku osoby z diagnozą zaburzeń odżywiania, często wyizolowanej ze

can openly communicate their difficulties and fears, and share their experiences, allows them to relativise their beliefs about their looks, body weight, themselves and others. By participating in ISTGT patients grow awareness of their functioning in interpersonal relationships. We pay special attention to analysing our patients' patterns of social relationships, both when it comes to other participants and therapists. For individuals diagnosed with eating disorders, who are often isolated from their peers, group psychotherapy seems to be a beneficial experience which counteracts the losses resulting from not having relationships. Homogeneity of the group brings about opportunities to experience the sense of community, reduces the sense of alienation, and encourages participants to test their interpersonal skills in secure conditions.

### Phenomena occurring during ISTGT

During the course of ISTGT, certain phenomena emerge in the group process to which we pay particular attention. First and foremost, they are related to distortions. Eating disorders are associated with distortions in testing social reality which, in our opinion, may lead to the intensification of symptoms of the disorder or discontinuation of treatment. Developing the capacity for self-reflection, which gives patients an opportunity to understand these processes, is one of the primary goals of ISTGT.

Based on several years of experience, we have noticed that the onset of group psychotherapy has its specific characteristics. During the first session, the participants' activity is limited to a very sparse, formal presentation of themselves, mostly centred on information about the duration of their disorders, the lowest weight, and the number of hospitalisations. This may be an expression of the initial phase of development of the group process, when anxiety and uncertainty dominate the group. At that time, speaking openly about oneself threatens the sense of security. However, when this state of affairs persists at the later stages of group development, and the patients continue to describe themselves through the prism of their illness and their self-description is deficient, this behaviour begins to be interpreted as an expression of a poorly integrated self-image. On the one hand, such a description is typical of the phenomenon of identity diffusion which reflects the general inability to describe oneself and one's emotional states, and/or the lack of capacity to distance oneself from feelings. Identity diffusion results in an inability to realistically assess oneself and others, which translates into discontinuous, extremely distorted self-esteem (Normandin et al., 2014). Such behaviour can, on the other hand, be considered as an expression of competition between patients. Girls form a hierarchy depending on several factors. The first one is the duration of their illness; those with an extensive experience of illness can call themselves "anorectics," which marks them out as unique. Patients with a long history of illness, with visible wasting of the body, get more attention from others

środowiska rówieśniczego, psychoterapia grupowa wydaje się znaczącym doświadczeniem, które konfrontuje ze stratami wynikającymi z braku relacji. Homogeniczność grupy stwarza okazje do doświadczania wspólnoty, redukuje poczucie alienacji i zachęca do testowania umiejętności interpersonalnych w bezpiecznych warunkach.

### Zjawiska zachodzące w trakcie KITG

Podczas KITG w procesie grupowym pojawiają się zjawiska, na które zwracamy szczególną uwagę, związane przede wszystkim ze zniekształceniami. Dla zaburzeń odżywiania typowe są zniekształcenia w testowaniu rzeczywistości społecznej, mogące według nas prowadzić do nasilenia się objawów chorobowych lub rezygnacji z leczenia. Rozwijanie u pacjentek zdolności autorefleksji, która daje możliwość zrozumienia takich procesów, jest jednym z podstawowych celów KITG.

Na podstawie kilkunastoletnich doświadczeń zauważyliśmy, że początek psychoterapii grupowej ma swoją specyfikę. W trakcie pierwszej sesji aktywność uczestników rozpoczyna się od bardzo skąpego, formalnego przedstawienia się, którego osi są informacje o czasie trwania zaburzeń, najniższej wadze i liczbie hospitalizacji. Może być to wyraz wczesnej fazy rozwoju procesu grupowego, kiedy to w grupie dominują lęk i niepewność. Mówienie otwarcie o sobie zagraża wówczas poczuciu bezpieczeństwa. Gdy jednak na kolejnych etapach rozwoju grupy taki stan rzeczy się utrzymuje – pacjentki nadal opisują się przez pryzmat choroby i samoopis jest ubogi – zachowanie to zaczynamy rozumieć jako wyraz słabo zintegrowanego obrazu własnej osoby. Z jednej strony taki opis jest charakterystyczny dla zjawiska rozproszenia tożsamości, które odzwierciedla ogólną niezdolność do opisu siebie i własnych stanów emocjonalnych lub/i brak dystansu wobec uczuć. Rozproszenie tożsamości skutkuje niemożnością realistycznej oceny siebie i innych, co przekłada się na nieciągłą, skrajną samoocenę (Normandin *et al.*, 2014). Z drugiej strony zachowanie to można rozpatrywać jako wyraz rywalizacji między pacjentkami. Wśród dziewcząt tworzy się hierarchia, zależna od kilku czynników. Pierwszym jest czas trwania choroby: pacjentki, które mają duże doświadczenie w chorowaniu, mogą nazywać się anorektyczkami, co świadczy o pewnej wyjątkowości. Uczestniczki z długą historią choroby i widocznym wyniszczeniem dostają więcej uwagi i prezentują się jako ważniejsze od pozostałych. Kolejnym czynnikiem, który powoduje podziały w grupie, jest doświadczenie hospitalizacji. Pobyty w szpitalu i najniższa waga stają się przedmiotem dyskusji i zyskują podobną rangę jak awans do kolejnych etapów olimpiad przedmiotowych w ścieżce edukacyjnej.

Dla pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu lub żarłoczności psychicznej charakterystyczny jest lęk przed własną zachłannością, z którym radzą sobie one przez obsesyjne odmawianie jedzenia albo zachowania kompensacyjne po przekroczeniu akceptowalnego limitu pokarmu.

and present themselves as more important. Another factor causing divisions in the group is history of hospital treatment. Hospitalisations and the lowest body weight become the topic of discussion and assigned an importance comparable to reaching the next levels in school olympiads in the educational trail.

Subjects brought up during group work, both by anorexia and bulimia nervosa patients, include fear of their voracity which is handled through obsessive deprivation of food or compensative behaviours after having exceeded what they regard as the limit of acceptable consumption. Similar dynamics can be observed in their interpersonal relationships, where it is typical to deny their need for dependence. Patients are very careful in expressing their comments about the sessions and interactions. This is related to the fear of crossing the boundaries and disturbing the perfect image of themselves as an independent and self-sufficient individual. During the sessions, we devote a lot of attention to the subject of feeling worse after the sessions, trying, together with our patients, to understand the underlying mechanism of their mood swings. Our interventions are supposed to show eating disorders as a complex phenomenon oriented towards the avoidance of difficult thoughts, feelings, and desires.

If during a course of ISTGT a patient experiences weight loss, this is brought up during psychotherapeutic group sessions. Sometimes, subject to the doctor's orders, the patient is ordered to have an additional meal at the clinic during the break between the sessions. The situation gives rise to strong reactions in other participants. The group consolidates around the patient with the extra recommendation. By monitoring the consumption of meals and encouraging the participant to eat, the group competes with therapists in who is a better caretaker, unknowingly protecting the patient from therapists' interventions. A split in the group's functioning can be observed. Patients perceive themselves as good, competent, and equipped with appropriate skills to help their friend, whereas therapists are assigned with hostility and thus seen by the group as demanding and heartless. This phenomenon is also an expression of the group's apparent cooperation with the therapists. Our interventions consist in showing the phenomenon in the group process and encouraging reflection.

Another phenomenon we encounter during ISTGT is the involvement of parents in the treatment process. Parents share multiple doubts concerning psychotherapy. Commonly, these are the dilemmas of patients that are not directly addressed during the therapy but shared with the parents afterwards. Thoughts that patients are unable to share during the sessions are communicated to their parents with a request for intervention. This phenomenon shows the mechanism of projective identification as a result of which the patients' fears are projected on the parents who then report their concerns to therapists. This allows the patients to experience unacceptable feelings to a smaller degree by leaving contents related to negative feelings outside the sessions.

Analogiczną dynamikę można zaobserwować w relacjach interpersonalnych, w których typowa jest tendencja do zaprzeczania potrzeby zależności. Pacjentki bardzo ostrożnie wypowiadają komentarze na temat zajęć i wzajemnych interakcji. Wiąże się to z lękiem przed naruszeniem granic oraz idealnego obrazu siebie jako osoby niezależnej i samowystarczalnej. Prowadząc grupę, dużo uwagi poświęcamy tematowi gorszego samopoczucia po sesjach i wspólnie z pacjentkami próbujemy zrozumieć zmiany w nastroju. Interwencje mają na celu pokazanie zaburzeń odżywiania jako złożonego zjawiska, którego celem jest unikanie trudnych myśli, uczuć i pragnień.

Jeśli w trakcie KITG u którejś z dziewcząt dochodzi do spadku masy ciała, staje się to jednym z tematów poruszanych podczas grupowych sesji psychotherapeutycznych. Niekiedy w związku z zaleceniami lekarza prowadzącego pacjentka zostaje zobowiązana do spożywania dodatkowego posiłku w ośrodku, w przerwie między sesjami. Sytuacja ta wywołuje silne reakcje u pozostałych osób, grupa jednoczy się wokół pacjentki z zaleceniami. Poprzez kontrolę posiłków i zachęty do jedzenia grupa rywalizuje z terapeutami o to, kto jest lepszym opiekunem, i nieświadomie chroni pacjentkę przed interwencjami prowadzących. W funkcjonowaniu grupy ujawnia się mechanizm rozszczepienia. Uczestniczki przeżywają siebie jako dobre, kompetentne, mające adekwatne zdolności, by pomóc koleżance. Natomiast terapeutom przypisują wrogość, przeżywają ich jako wymagających i bezdusznych. Zjawisko to stanowi także wyraz pozornej współpracy grupy z terapeutami. Nasze interwencje polegają na pokazywaniu zjawiska w procesie grupowym i zachęcaniu do refleksji nad nim.

Podczas KITG spotykamy się z ingerencją rodziców w proces leczenia. Rodzice prezentują liczne wątpliwości dotyczące psychoterapii. Często są to dylematy pacjentek – niewerbalizowane w trakcie terapii, a przekazane bliskim po zakończeniu sesji. Myśli, których nie są gotowe wypowiedzieć na sesjach, nastolatki kierują do rodziców z prośbą o interwencję. Zjawisko to pokazuje mechanizm identyfikacji projekcyjnej: lęk pacjentek zostaje „wyprojektowany” na rodziców, którzy następnie zgłaszają terapeutom swoje uwagi. Utrzymywanie treści związanych z negatywnymi emocjami poza sesjami terapeutycznymi pozwala uczestnikom w mniejszym stopniu doświadczać nieakceptowanych uczuć.

Zauważamy ponadto, że pacjentki z silną motywacją, które mają za sobą wcześniejsze etapy leczenia, szybciej niż inne dziewczęta gotowe są do poruszania trudnych tematów w ramach grupy. Płacą za to cenę bycia odsuniętymi przez grupę. Wówczas interwencje terapeutów dążą do ujawnienia trudności i konfliktów, z którymi obecnie mierzy się grupa, oraz treści, które są przez nią pomijane.

## PODSUMOWANIE

W dostępnej literaturze niewiele jest informacji na temat psychoterapii grupowej w leczeniu pacjentów

We also notice that highly motivated patients, who have already completed previous treatment stages, are ready to talk about difficult issues in front of the group earlier, when most patients are not ready for it yet, and pay the price of being pushed aside by the group. Then the therapists' interventions are focused on revealing difficulties and conflicts the group is currently struggling with, and the contents it tends to omit.

## SUMMARY

The available literature provides little information on group psychotherapy in the treatment of adolescent patients diagnosed with eating disorders. Most programs described in the available reports refer to adult patients (Izydorczyk, 2017; Okumuş and Deveci, 2019; Siwiak-Kobayashi and Sala, 2003). When it comes to the population of adolescents, group therapy is usually a part of complex inpatient treatment (Pilecki and Cygankiewicz, 2008; Talarczyk, 2007, 2010; Żechowski *et al.*, 2010) or a form of systemic psychotherapy in a multifamily group (Hollesen *et al.*, 2013). The importance of group therapy in treating patients diagnosed with eating disorders in outpatient settings is much less commonly described (Prestano *et al.*, 2008). In the Polish literature, group therapeutic interventions for adolescents struggling with anorexia nervosa and bulimia nervosa have been reported upon by a team from the Neurosis and Eating Disorders Treatment Centre "Dąbrówka." In that facility, psychotherapy is conducted both in homo- and heterogeneous groups with respect to gender and diagnosis. It makes use of two approaches: cognitive and behavioural and, just like we do, psychodynamic therapy (Izydorczyk and Niziołek, 2009).

By comparing ISTGT to other therapeutic models of group therapy, it is possible to emphasise a few differences. ISTGT is used as yet another element of treatment for teenagers who are not as successful as expected in the standard forms of therapeutic activities. In contrast to the "Dąbrówka" centre or the Neuropsychiatry Centre in Acireale in Italy, where group psychotherapy is conducted based on the analytic concept and lasts two years (Prestano *et al.*, 2008), ISTGT is not the main psychotherapeutic method of outpatient treatment. It is a short and very intensive interaction that, similarly to the Intensive Treatment Programme (ITP) in Maudsley Hospital in London (Simic *et al.*, 2018), focuses on helping patients change their attitude towards treatment, which can result in another attempt to engage in their psychotherapy or make them participate more actively. There are obviously also a number of differences between ISTGT and ITP. The main one is the dissimilarity of the psychotherapeutic paradigm of group therapy. ISTGT is mostly based on psychodynamic therapy, while ITP relies on different variants of cognitive and behavioural concepts.

The patients' parents are invited to participate in ITP for meals twice a week. The experience is later discussed with family members with a therapist present. The programme is

w okresie rozwojowym z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania. Większość opisywanych programów dotyczy osób dorosłych (Izydorczyk, 2017; Okumuş i Deveci, 2019; Siwiak-Kobayashi i Sala, 2003). W populacji adolescentów terapia grupowa stanowi zwykle część kompleksowego leczenia stacjonarnego (Pilecki i Cygankiewicz, 2008; Talarczyk, 2007, 2010; Żechowski *et al.*, 2010) lub formę psychoterapii systemowej w grupie wielorodzinnej (Hollesen *et al.*, 2013). Znaczenie terapii grupowej w leczeniu pacjentów z diagnozą zaburzeń odżywiania w warunkach ambulatoryjnych jest znacznie rzadziej opisywane (Prestano *et al.*, 2008). W polskim piśmiennictwie grupowe interwencje terapeutyczne dla adolescentów chorujących na jadłowstręt i bulimię psychiczną zostały przedstawione przez zespół z Ośrodka Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania „Dąbrówka”, gdzie psychoterapię prowadzi się w grupach zarówno homo-, jak i heterogenicznych pod względem płci i rozpoznania. Ośrodek korzysta z dwóch nurtów terapeutycznych: poznawczo-behawioralnego i – tak jak w naszym przypadku – psychodynamicznego (Izydorczyk i Niziołek, 2009).

Porównanie KITG z innymi modelami terapeutycznymi, w których prowadzona jest psychoterapia grupowa, pozwala na uwypuklenie kilku różnic. KITG służy jako dodatkowy element leczenia nastolatków nieodnoszących oczekiwanych sukcesów w standardowych formach oddziaływań terapeutycznych. W przeciwieństwie do ośrodka „Dąbrówka” czy Centrum Neuropsychiatrii w Acireale we Włoszech, gdzie psychoterapia grupowa opiera się na koncepcji analitycznej i trwa 2 lata (Prestano *et al.*, 2008), KITG nie stanowi głównej metody psychoterapii w leczeniu ambulatoryjnym tej grupy. Jest krótkim, bardzo intensywnym oddziaływaniem, które podobnie jak Intensywny Program Dziennego Leczenia (Intensive Treatment Program, ITP) w Szpitalu Maudsley w Londynie (Simic *et al.*, 2018) ma pomóc pacjentom w zmianie nastawienia do leczenia, co może się przełożyć na ponowną próbę zaangażowania w psychoterapię indywidualną czy aktywniejsze uczestnictwo. Oczywiście istnieje też wiele różnic między KITG a ITP. Podstawową jest odmiennosc paradygmatu psychotherapeutycznego terapii grupowej: KITG bazuje głównie na teorii psychodynamicznej, ITP – na różnych wariantach koncepcji poznawczo-behawioralnych. Do udziału w ITP zapraszani są także rodzice, którzy 2 razy w tygodniu jedzą z pacjentami posiłki, co podlega później omówieniu z członkami rodziny w obecności terapeuty. Program trwa dłużej niż KITG – średnio 28 dni – i przeznaczony jest tylko dla osób nieodpowiadających na standardowe leczenie, wyłącznie z diagnozą jadłowstrętu psychicznego o podtypie restrykcyjnym. W przeciwieństwie do KITG grupa ma charakter otwarty i jest bardziej nastawiona na psychoedukację, ponadto uczestnicy sami decydują o liczbie zajęć terapeutycznych, w których chcą uczestniczyć. Dynamika grupowa, czyli znaczenie relacji między poszczególnymi uczestnikami, bywa odmiennie wykorzystywana przez terapeutów różnych orientacji, a nawet w zakresie jednego paradygmatu teoretycznego. Przykładowo w ośrodku „Dąbrówka”



also longer than ISTGT, lasting on average 28 days, and it is designed for patients who do not respond to standard treatment and are diagnosed exclusively with anorexia nervosa, subtype: restricting. As opposed to ISTGT, the group is open and more focused on psychoeducation. What is more, participants decide on the number of sessions they want to attend. Group dynamics understood as the relevance of relationships between individual participants is used differently by therapist from different schools of therapy, and even by those who share the same theoretical paradigm. For example, in the “Dąbrówka” centre the activities of therapists are described as creating a holding, pedagogical, educative function, being a modelling object and forming a structure of group therapy. Transference phenomena are present but not analysed (Izydorczyk and Niziołek, 2009), while ISTGT is focused to a considerable extent on monitoring and analysing transference-countertransference phenomena, similarly to the facility in Acireale (Prestano et al., 2008). Our work is focused to a significant extent on the clarification, confrontation and talking through the group process. Additionally, we make use of elements of structuring group work using psychogames and psychodrawing, which are also used in therapeutic programmes at the “Dąbrówka” centre (Izydorczyk and Niziołek, 2009). Differences between ISTGT and other described models (Izydorczyk and Niziołek, 2009; Pilecki and Cygankiewicz, 2008; Siwiak-Kobayashi and Sala, 2003; Talarczyk, 2007, 2010; Żechowski et al., 2010) also apply to the significance of our commenting on behaviours that intensify the risk of dropping out. Therapists’ comments relate to tendencies to compete, which are of destructive nature, and to experiencing fear of narcissistic pain relative to the patients’ fragile self, which at the moment of strong activation might lead to premature termination of therapy. We believe that the comments of therapists regarding interactions between the participants are also of importance, similarly to the patients’ interest in the option of mentalisation of their own psychological states instead of acting out by way of developing symptoms. The basic limitation of ISTGT is the lack of empirical studies evaluating the efficacy of this method. We describe the importance of ISTGT in overcoming a crisis in treatment based solely on years of practical experience, our clinical observations, and feedback from our patients and their families. The goal of a therapy designed that way is not to “cure” patients of eating disorders but gain a deeper understanding of their psychotherapeutic diagnosis, strengthen motivation, and provide tools to enable patients to address disturbed images of their bodies, stimulate self-reflection and make them more aware of the way they function in interpersonal relationships. These actions allow patients to be more engaged in their psychotherapeutic process. To assess the effectiveness of ISTGT, it is purposeful to conduct further studies assessing the benefits (improvement of motivation, long-term effect when it comes to improved functioning in interpersonal relationships) and risks (intensification of symptoms).

aktywność terapeutów opisywana jest jako tworzenie holdingu, rola wychowawcza i edukacyjna, bycie obiektem modelującym i nadającym strukturę terapii grupowej. Zjawiska związane z przeniesieniem pojawiają się, ale nie są poddawane analizie (Izydorczyk i Niziołek, 2009). W trakcie KITG dużą wagę przywiązujemy do monitorowania i analizy zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych, podobnie jak w ośrodku w Acireale (Prestano et al., 2008). W swojej pracy koncentrujemy się w dużej mierze na klaryfikacji, konfrontacji i omawianiu procesu grupowego. Dodatkowo korzystamy z elementów strukturyzowania pracy grupowej przy użyciu technik psychozabawy i psychorysunku, stosowanych także w ośrodku „Dąbrówka” (Izydorczyk i Niziołek, 2009). Różnice między KITG a innymi modelami (Izydorczyk i Niziołek, 2009; Pilecki i Cygankiewicz, 2008; Siwiak-Kobayashi i Sala, 2003; Talarczyk, 2007, 2010; Żechowski et al., 2010) dotyczą też znaczenia przypisywanego komentowaniu zachowań, które nasilają ryzyko rezygnacji z terapii. Komentarze terapeutów dotyczą tendencji rywalizacyjnych o destrukcyjnym charakterze i doświadczania lęku przed narcystycznym zranieniem – związanego z kruchym *self* pacjentek – który w momencie silnej aktywacji może doprowadzić do przedwczesnego zakończenia leczenia. Uważamy, że istotne są komentarze prowadzących odnoszące się do interakcji między uczestnikami, jak również zainteresowanie pacjentek możliwością mentalizowania własnych stanów psychicznych zamiast odreagowywania za pomocą objawów. Podstawowym ograniczeniem KITG jest brak badań empirycznych oceniających efektywność. Znaczenie KITG w przezwyciężaniu kryzysu w leczeniu opisujemy tylko na podstawie wieloletnich doświadczeń i obserwacji klinicznych oraz informacji zwrotnych od pacjentek i ich rodzin. Celem tak skonstruowanej terapii grupowej nie jest wyleczenie z zaburzeń odżywiania, lecz pogłębienie diagnozy psychoterapeutycznej, rozbudzenie motywacji oraz przekazanie narzędzi potrzebnych do pracy ze zniekształceniami w obrazie własnego ciała, autorefleksji czy zwiększenia świadomości funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Umożliwia to pacjentkom pełniejsze zaangażowanie we własny proces psychoterapeutyczny. W celu oceny skuteczności KITG wskazane są dalsze badania oceniające korzyści (poprawę motywacji, długotrwały efekt w zakresie funkcjonowania w relacjach interpersonalnych) i ryzyko (nasilenie objawów).

#### Konflikt interesów

*Autrzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

**Conflict of interest**

The authors do not declare any financial or personal links to other persons or organisations that could adversely affect the content of this publication or claim rights thereto.

**References/ Piśmiennictwo**

- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF et al.: Psychoterapia psychodynamiczna patologii osobowości. Leczenie self i funkcjonowania interpersonalnego. Krakowskie Centrum Psychodynamiczne, Kraków 2019.
- Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ et al.: Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 184–189.
- Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD et al.: Long-term outcome of anorexia nervosa: results from a large clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2017; 50: 1018–1030.
- Galecki P, Szulc A: Psychiatria. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
- Grenon R, Schwartz D, Hammond N et al.: Group psychotherapy for eating disorders: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2017; 50: 997–1013.
- Holleson A, Clausen L, Rokkedal K: Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *J Fam Ther* 2013; 35 (Suppl 1): 53–67.
- Izydorczyk B: Psychoterapia zaburzeń obrazu ciała w anoreksji i bulimii psychicznej – podejście integracyjne (zastosowanie terapii psychodynamicznej i technik psychodramy). *Psychoterapia* 2017; 1 (180): 5–22.
- Izydorczyk B, Niziołek E: Zastosowanie psychoterapii grupowej w leczeniu dziewcząt i kobiet z diagnozą anoreksji psychicznej (prezentacja modelu terapeutycznej pracy w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” – doświadczenia własne). *Psychiatr Pol* 2009; 43: 457–468.
- Kernberg OF: Aggressivity, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship. *New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. Yale University Press, New Haven, London 2004.
- Lock J, Gowers S: Effective interventions for adolescents with anorexia nervosa. *J Ment Health* 2005; 14: 599–610.
- Murray SB, Anderson LK, Cohn L (eds.): *Innovations in Family Therapy for Eating Disorders. Novel Treatment Developments, Patient Insights, and the Role of Carers*. Routledge, New York 2017.
- National Institute for Health and Care Excellence: *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline No. 69. 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.
- Nevonen L, Broberg AG: A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 117–127.
- Normandin L, Ensink K, Yeomans FE et al.: Transference-focused psychotherapy for personality disorders in adolescence. In: Sharp C, Tackett JL (eds.): *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Springer, New York 2014: 333–359.
- Okumuş FEE, Deveci E: Group psychotherapies in eating disorders. *Current Approaches in Psychiatry* 2019; 11: 338–350.
- Pilecki M, Cygankiewicz P: Specyfika, zasady i dylematy terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego na młodzieżowym oddziale stacjonarnym. *Psychoterapia* 2008; 4 (147): 17–27.
- Prestano C, Lo Coco G, Gullo S et al.: Group analytic therapy for eating disorders: preliminary results in a single-group study. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16: 302–310.
- Simic M, Stewart CS, Eisler I et al.: Intensive treatment program (ITP): a case series service evaluation of the effectiveness of day patient treatment for adolescents with a restrictive eating disorder. *Int J Eat Disord* 2018; 51: 1261–1269.
- Siwiak-Kobayashi M, Sala P: Trudności w terapii zaburzeń odżywiania w warunkach oddziału leczenia nerwic. In: Bomba J, Józefik B (eds.): *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2003: 65–77.
- Talarczyk M: Psychoterapia grupowa chorych z jadłowstrętem psychicznym – program autorski. *Psychoterapia* 2007; 4 (143): 67–77.
- Talarczyk M: Terapia pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego leczonych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM – specyfika, zasady i dylematy. *Psychoterapia* 2010; 1 (152): 37–52.
- Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich HC et al.: Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Front Psychiatry* 2018; 9: 158.
- Żechowski C, Namysłowska I, Jakubczyk A et al.: Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń. *Psychiatr Psychol Klin* 2010; 10: 25–30.