

PSYCHOTERAPIA 4 (147) 2008

strony: 17–27

Maciej Pilecki, Patrycja Cygankiewicz

## SPECYFIKA, ZASADY I DYLEMATY TERAPII PACJENTEK Z ROZPOZNANIEM JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO NA MŁODZIEŻOWYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM

SPECIFICITY, RULES AND DILEMMAS OF THERAPY IN PATIENTS DIAGNOSED  
WITH ANOREXIA NERVOSA WITHIN THE FRAMES OF THE ADOLESCENT PSYCHIATRIC WARD

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

**anorexia nervosa  
therapy  
adolescent ward**

*Autorzy prezentują swoje dotychczasowe doświadczenia w terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego hospitalizowanych w młodzieżowym wielodiagnostycznym oddziale psychiatrycznym. Opisując model opieki nad pacjentkami z zaburzeniami odżywiania się zwracają uwagę na trudności w pracy terapeutycznej, wynikające m.in. z gwałtowności narastania objawów i ich chroniczności, niskiej motywacji pacjentek do leczenia, wątpliwości zespołu leczącego co do zasadności łączenia metod behawioralno-poznawczych z podejściem psychodynamicznym, mnogości ról podejmowanych przez terapeutów.*

**Summary:** The present article attempts to summarize the authors' experiences in the therapy of patients diagnosed with anorexia nervosa treated within the frames of the adolescent multi-diagnostic in-patient ward. One of the most important elements that determines our therapy offer is the specificity of the group of patients diagnosed with anorexia nervosa and hospitalized in the ward. Patients can be described as difficult-to-treat for many reasons, among others, because of sudden symptoms' increase, their chronicity, or ineffectiveness of outpatients clinic treatment. Our comments and observations are made from the perspective of psychodynamic psychiatry and psychotherapy. In psychodynamic and psychoanalytical literature, anorexia nervosa is sometimes treated as a syndrome of a prepsychotic, personality or neurotic character. At least a dozen different understandings of dynamic causative mechanisms are mentioned in this context. An important supplement of dynamic theories that we have taken up is an attempt to understand the relations between individual psychopathology of a patient and functioning of the family system. Families of girls with the anorexia nervosa problem can be perceived as not helping their children in creating their own personality, one that is well-separated from the outside world. Therapy in the ward is based on therapeutic community, nutrition contract, family therapy, individual therapy, group therapy, arttherapy, and physiotherapy. None of the therapy forms can be deemed as dominating. They should rather be perceived as complementary. The model for treatment of patients with eating disorders that we have developed within the frames of the ward is accompanied with our numerous doubts, concerns and discussions, and it is not yet final.

Niniejszy artykuł stanowi próbę podsumowania doświadczeń autorów w terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego w ramach młodzieżowego wielodiagnostycznego oddziału stacjonarnego. Jednym z najważniejszych elementów determinujących naszą ofertę terapeutyczną jest specyfika grupy pacjentek z rozpoznaniem

anoreksji psychicznej hospitalizowanych w ramach oddziału. Pacjentki te można określić jako z różnych perspektyw trudne w leczeniu m.in. z powodu gwałtowności narastania objawów, ich chroniczności lub nieskuteczności prowadzonej terapii ambulatoryjnej. Nasze uwagi czynione są z perspektywy psychiatrii i psychoterapii psychodynamicznej. W literaturze psychodynamicznej i psychoanalitycznej anoreksja bywa traktowana jako syndrom o charakterze prepsychotycznym, osobowościowym lub nerwicowym. Wymieniane jest w tym kontekście co najmniej kilkanaście różnych rozumień dynamicznych mechanizmów sprawczych. Ważnym podejmowanym przez nas uzupełnieniem teorii dynamicznych jest próba rozumienia powiązań indywidualnej psychopatologii pacjentki z funkcjonowaniem systemu rodzinnego. Rodziny dziewcząt z problemem anoreksji psychicznej postrzegane mogą być jako niepomagające rosnącym w nich dzieciom w wytworzeniu własnej odrębnej i dobrze odgraniczonej od świata zewnętrznego osobowości. Terapia w ramach oddziału oparta jest o: społeczność terapeutyczną, kontrakt dietetyczny, terapię rodzin, terapię indywidualną, terapię grupową, arteterapię i fizjoterapię. Żadnej z form pracy nie można uznać za dominującą. Raczej za uzupełniające się. Wypracowywanemu w ramach oddziału modelowi opieki nad pacjentkami z zaburzeniami odżywiania się towarzyszy wiele naszych wątpliwości i dyskusji. Nie jest on też modelem ostatecznym.

### **Wstęp**

Anoreksja jest jednym z częstych zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego wśród dziewcząt i nadal obarczona jest wysokim ryzykiem śmierci. Jak dotąd, nie opracowano żadnych skutecznych farmakologicznych procedur leczenia tego schorzenia. Próby ograniczenia się w leczeniu anoreksji do wymuszonego przywrócenia masy ciała kończą się z reguły powrotem do niskiej wagi wyjściowej. Metodą z wyboru w leczeniu jadłowstrętu psychicznego jest psychoterapia i terapia rodzin [1]. Niniejszy artykuł jest próbą podsumowania doświadczeń autorów w terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego prowadzonej na oddziale stacjonarnym.

### **Specyfika pracy**

Jednym z najważniejszych elementów determinujących naszą ofertę terapeutyczną jest różnorodność grupy pacjentek z rozpoznaniem anoreksji hospitalizowanych. Dziewczęta, którym usiłujemy pomóc, można określić jako — z różnych perspektyw — trudne w leczeniu. Najczęściej charakteryzuje je gwałtowne narastanie objawów wyniszczenia i nie udaje się opanować utraty masy ciała za pomocą oddziaływań ambulatoryjnych. Zdarza się też, iż zaawansowany stan wyniszczenia jest wynikiem późnego poszukiwania pomocy przez rodzinę. Kolejną grupę stanowią osoby, które z różnych względów nie odniosły korzyści z ambulatoryjnej terapii rodzin lub też — one albo ich rodziny — nie zdecydowały się jej podjąć. Są to często pacjentki z rodzin o wysokim poziomie dysfunkcyjności lub też definiujących problem w języku biologicznym. Ostatnią grupę tworzą wreszcie osoby, u których w długotrwałym leczeniu brak jest poprawy objawowej. Najtrudniejsza wydaje się terapia pacjentek chorujących już długo. Ich przyjęciu na oddział towarzyszy często złość, zniechęcenie i brak nadziei — u nich samych — i u ich bliskich. Członkowie rodzin są zwykle zmęczeni wcześniejszymi doświadczeniami terapii. Tracą nadzieję na

zmianę. Często znaczące poczucie winy, które odczuwają, utrudnia zastanawianie się nad interakcjami rodzinnymi. Pacjentki nierzadko tylko pozornie rozumieją swoje problemy. W rozmowach cytują hipotezy i interpretacje terapeutów bez głębszego ich emocjonalnego przeżycia (bez wglądu).

Największą trudność sprawia nam praca z pacjentkami z cechami anoreksji bulimicznej, na naszym oddziale trudno jest bowiem kontrolować nasilone objawy kompensacyjne pod postacią wymiotów.

Drugim ważnym elementem wpływającym na naszą pracę jest sposób funkcjonowania oddziału. Oddział Stacjonarny Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży dysponuje 20 łózkami, pełni całodobowy ostry dyżur dla województwa małopolskiego. Na oddziale hospitalizowani są pacjenci z zaburzeniami odżywiania się, z ostrymi zaburzeniami psychotycznymi, z objawami depresji, po próbach samobójczych, drastycznych zachowaniach agresywnych, w głębokich kryzysach rodzinnych oraz ze wskazań społecznych. Oprócz tego odbywają się też hospitalizacje mające na celu obserwacje niejednoznacznych diagnostycznie pacjentów. Czas hospitalizacji wynosi od kilku godzin do kilkunastu miesięcy, ze średnim czasem trwania 2–3 miesiące. Na oddziale leczonych jest zwykle kilka pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. Struktura przyjęć na oddział, jego interwencyjny charakter powodują dużą zmienność grupy pacjentów i w związku z tym trudność w organizowaniu zajęć grupowych.

Trzecim aspektem naszej pracy jest jej paradygmat. Zasadniczą formułą organizacji oddziału jest społeczność terapeutyczna. Orientacja pracowników oddziału jest eklektyczna, systemowa, psychodynamiczna i psychoanalityczna. Na oddziale, kierowanym przez dr n. med. Kingę Wielską, pracuje obecnie 3 lekarzy i 2 psychologów. Pacjenci prowadzeni są przez, współpracujących ze sobą, stałych członków personelu oraz odbywających staż lekarzy i psychologów. W ramach ogólnej koncepcji zaznaczają się indywidualne różnice w pracy terapeutycznej poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, którzy pozostają jednak w twórczym dialogu. Na sposób pracy wpływ mają też uwagi superwizorskie. Również niniejszy tekst ma autorski charakter i jest wynikiem przemyśleń jego autorów na temat wspólnej pracy, współpracy w prowadzeniu pacjentów ze stażystami — lekarzami i psychologami. Artykuł stanowi w tym kontekście rozwinięcie i uzupełnienie wcześniejszych publikacji członków zespołu naszego oddziału [2]. Nasze uwagi czynione są z perspektywy psychiatrii i psychoterapii psychodynamicznej.

Ostatnim ważnym aspektem definiującym naszą pracę są cele, jakie chcemy osiągnąć. Są one ograniczone. Nie jest naszym zamierzeniem doprowadzić do pełnego ustąpienia objawów czy spektakularnego przybrania pacjentek na masie. Podstawowe zadanie, jakie sobie stawiamy, to doprowadzanie do możliwości prowadzenia leczenia ambulatoryjnego. Hospitalizacja osoby w okresie rozwojowym jest w naszym poczuciu niekorzystna — jej przewlekłość może bardziej szkodzić niż pomagać. Fakt ten, oczywisty w kontekście pacjentów z innymi rozpoznaniem, bywa w wypadku anoreksji mniej dostrzegany. Naszym celem jest więc osiągnięcie przez pacjentki umiarkowanego przyrostu masy ciała — do poziomu podstawowego bezpieczeństwa somatycznego, zainteresowanie ich samopoznaniem i dalszą psychoterapią, uzyskanie przez nie i/lub jej bliskich kontroli nad wagą i taki wpływ na system rodzinny, by ułatwić on mierzenie się z indywidualną psychopatologią. Zwykle wypis pacjentki z oddziału wiąże się z przyrostem jej masy ciała wynoszącym

2–5 kg. Jedynie w wypadku fiaska terapii ambulatoryjnej podejmowane są próby leczenia w oddziale aż do uzyskania znaczącego przyrostu masy ciała.

Wszystkie powyższe konteksty wpływają na specyfikę oferty terapeutycznej oddziału.

### **Teoretyczne rozumienie zaburzeń odżywiania się**

Paradygmat psychodynamiczny wywodzi się z psychoanalizy, związany jest z przyjęciem istnienia nieświadomości, mechanizmów wglądu, oporu, przeniesienia, przeciwprzeniesienia. Koncepcja konfliktu uzupełniona jest w tym względzie wymiarem deficytu. Paradygmat psychodynamiczny zakłada też korzystanie z różnych podejść teoretycznych — tłumaczących etiologię zaburzeń — formułowanych z punktu widzenia psychoanalizy i kierunków pokrewnych [3].

Zarówno ICD-10, jak i DSM-IV-TR rezerwują dla jadłowstrętu psychicznego odrębną kategorię diagnostyczną. I choć autorzy obu tych klasyfikacji odzeggują się od jakichkolwiek etiologicznych konotacji, w kryteriach diagnostycznych zawarte są przesłanki rozumienia źródeł zaburzenia odnoszące się do poznawczego lęku przed przytyciem. W literaturze psychodynamicznej i psychoanalitycznej anoreksja bywa traktowana jako syndrom o charakterze prepsychotycznym, osobowościowym lub nerwicowym [4]. Wymieniane jest w tym kontekście co najmniej kilkanaście różnych rozumień dynamicznych mechanizmów doprowadzających do zaburzenia. Anoreksja bywa traktowana jako wyraz prostego syndromu historycznego, fobii jedzeniowej, części ascetycznej formacji reaktywnej w nerwicy kompulsywnej, ekwiwalentu obniżonego nastroju w depresji, narcystycznej obrony przed doświadczaniem poczucia niskiej wartości, odrzucenia fałszywego ja utworzonego przez rodzicielskie oczekiwania, ataku na wrogi, macierzyński obiekt umieszczony w ciele, obrony przed chciwością i zawiścią czy — częściowego wycofania się z relacji ze światem zewnętrznym we wstępnej fazie patologii rozszczepiennej. Wreszcie — pojawienie się problemów z jedzeniem może być jedynie przejawem zmiany sposobu wyrażania problemu obecnego od dawna [5]. Bez względu jednak na postulowany głębszy mechanizm czy źródła zaburzeń, elementem wspólnym zaburzeń odżywiania się jest wyrażenie patologii poprzez ciało i jedzenie [6].

Analizując relację między ciałem a pokarmem, można traktować ją jako metaforę relacji pacjentki zarówno z różnymi obiektami wewnętrznymi, jak i istotnymi osobami w jej życiu (rodzicami, rodzeństwem, terapeutami). Cechy, jakie zostają przez pacjentkę nadane pokarmowi, dynamika aktu jego pochłaniania, przeżywania oraz rodzaj wpływu na ciało stanowić mogą pewną wskazówkę dotyczącą ważnych aspektów tego archetypu, symbolu lub mitu. Te ostatnie pojęcia opisują sposób, w jaki biologiczne i intrapsychiezyczne fenomeny znajdują swoją wykładnię w kulturze. W tym również w procesie „leczenia przez mówienie”.

W trakcie psychoterapii dochodzić może nie tylko do odkrywania znaczeń, jak ma to miejsce w pracy z symboliczną reprezentacją konfliktowości (np. lęk przed pełnym brzuchem jako symboliczny wyraz lęku przed konsekwencjami edypalnych pragnień seksualnych). Terapeuta może również nadawać znaczenie objawom, jak np. w kontekście archetypu (odmowa jedzenia jako wyraz traumy w pierwotnej relacji z karmicielką matką).

W trakcie terapii dochodzić może wreszcie do dekonstruowania znaczenia objawu, jak w wypadku mitu (anoreksja jako wyraz doskonałości).

Anoreksja występuje najczęściej w okresie rozwojowym. Jej objawy traktować można też jako uzewnętrznienie się problemu intrapsychoicznego w chwili konfrontacji z trudnymi treściami i uczuciami związanymi z dojrzewaniem biologicznym, psychologicznym i społecznym. W tym sensie pojawienie się objawów bywa wyrazem kryzysu o rozwojowym charakterze.

Ważnym, podejmowanym przez nas, uzupełnieniem teorii dynamicznych jest próba rozumienia powiązań indywidualnej psychopatologii pacjentki z funkcjonowaniem systemu rodzinnego. Podstawowa odmienność od klasycznego podejścia systemowego polega tu na tym, że anoreksja nie jest traktowana jedynie jako wynik interakcji rodzinnych. W tym kontekście bliskie jest nam pojęcie tzw. dwóch cyrkularności, w których interakcje rodzinne pozostają w dynamicznej wzajemnej zależności ze światem intrapsychoicznym pacjentki. Z zewnętrznej perspektywy, rodziny dziewcząt z problemem anoreksji postrzegane mogą być jako niepomagające im w wytworzeniu własnej, odrębnej i dobrze odgraniczonej od świata zewnętrznego, osobowości, one same zaś są w nich osobami „nie w pełni istniejącymi” [6]. W bogatej literaturze przedmiotu pojawia się wiele opisów czynników rodzinnych zakłócających procesy rozwojowe dziecka, takich jak niski stopień indywidualizacji innych członków rodziny, trudności separacyjne rodziców pacjentek w kontekście ich rodzin pochodzenia, zbyt silne więzi wewnątrzrodzinne, małe zasoby adaptacyjne rodzin, triangulacje dzieci w relacje partnerskie, traumy w prewerbalnym okresie relacji z obiektem macierzyńskim, nadmierna, zagrażająca libidinalnie, bliskość z ojcem [6, 7, 8]. Trzeba tu jednak uczynić takie zastrzeżenie, że pojawienie się anoreksji wywiera znaczący, niekorzystny wpływ na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, dodatkowo utrudniając naturalne zjawiska rozwojowe w obrębie rodziny i nasilając te niekorzystne. Kontakt z rodziną zainicjowany wiele lat po pojawieniu się objawów może konfrontować nas nie tylko ze zjawiskami, które mogły wpłynąć na pojawienie się objawów w przeszłości, ale też wywołanymi przez pojawienie się objawów anoreksji. Także praca terapeutyczna z rodzinami pacjentów z różnorodną psychopatologią każe z pewnym dystansem podchodzić do wszelkich prób stworzenia modelu „rodziny anorektycznej”. Opisywane powyżej zjawiska występują zarówno w rodzinach pacjentów z wieloma innymi rozpoznaniem, jak i w rodzinach bez uchwytnej psychopatologii dzieci.

Ta wielość koncepcji i opisów wskazuje na różnorodność indywidualnej psychopatologii i trudności rodzinnych wśród osób z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się. Przedstawione koncepcje nie wyczerpują tematu. Nie są to też kryteria rozłączne. Te same mechanizmy występować mogą u tej samej osoby w różnym nasileniu, okazywać się szczególnie istotne w różnych momentach rozwojowych i różnych etapach terapii, lub też w szczególny sposób uaktywniać się w relacji z konkretnym terapeutą. Samo wystąpienie patologii indywidualnej czy problemów rodzinnych nie jest dowodem ich sprawczego wpływu na pojawienie się objawów. W tym kontekście nazywanie mechanizmów nie jest odkrywaniem prawdy, ale jej aktywnym konstruowaniem z pacjentką i rodziną. Celem tego procesu jest zaś przywrócenie możliwości dalszego rozwoju, zarówno w kontekście indywidualnym, jak i rodzinnym.

### Zasady terapii

Terapia na oddziale uwzględnia:

- 1 — społeczność terapeutyczną,
- 2 — kontrakt dietetyczny,
- 3 — terapię rodzin,
- 4 — terapię indywidualną,
- 5 — terapię grupową,
- 6 — arteterapię i fizjoterapię

Specyfika pracy na oddziale pełniącym całodobowy ostry dyżur powoduje, że początek hospitalizacji nie wiąże się z wcześniejszym zawarciem przez członków zespołu terapeutycznego kontraktu dotyczącego leczenia. Stąd też motywacja pacjentek do leczenia wyraża się w podpisaniu zgody na hospitalizację — co często nie wiąże się ze zgodą na proponowane leczenie. Jak wspomniano powyżej motywacja do zmiany jest zwykle u przyjmowanych pacjentek ograniczona. Zdarza się, iż leczenie podejmowane jest w wyniku decyzji sądu rodzinnego.

Istotnym aspektem początkowych dni hospitalizacji jest próba zawarcia przymierza terapeutycznego, której towarzyszy wstępna diagnoza dynamiczna pacjentki oraz kontekstu rodzinnego.

Z chwilą przyjęcia do szpitala pacjentka nie podlega żadnym dodatkowym ustaleniom dietetycznym. Nakłaniana jest jedynie do jedzenia „tak jak inni”. Zarówno w trakcie terapii indywidualnej, jak i rodzinnej staramy się zachować wstrzeźliwość dotyczącą jakichkolwiek działań związanych z nakłanianiem do jedzenia (oczywiście, jeśli pozwala na to stan somatyczny pacjentki). Zbyt wczesne interwencje w tym względzie mogłyby być powtórzeniem interakcji rodzinnych. Te z kolei rozumiane mogą być w części jako zracjonalizowany wyraz trudności pacjentki w relacjach z obiektami wewnętrznymi wyrażający się poprzez częsty w tej grupie chorych mechanizm identyfikacji projekcyjnej. Staramy się, by sesja rodzinna była jednym z pierwszych elementów procesu dynamicznej diagnozy pacjentki. Odbywa się ona w pomieszczeniu bez szyby. Bierze w niej udział dwójka lub trójka klinicystów zaangażowanych w opiekę nad pacjentką. Osoba najbardziej zaangażowana w pracę indywidualną z pacjentką przyjmuje rolę obserwatora.

Równie ważne, jak zebranie informacji, jest rozpoznanie uczuć pojawiających się w emocjach przeciwprzeniesieniowych terapeutów. Często to właśnie w trakcie terapii rodzinnej, a nie kontaktu indywidualnego, stawia się pierwsze hipotezy dotyczące tego, co pacjentka może czuć, przeżywać, jak rozumieć można jej objawy. Zwykle indywidualna rozmowa z pacjentką na tym etapie zawężona jest do problemów związanych z dietą, lękiem przed hospitalizacją itp. Często jedyny materiał, jaki zdobywamy w kontakcie indywidualnym, to rozważania dotyczące kalorii, jedzenia i ciała. Zdarza się nawet, iż ten aspekt jest w przeżyciach pacjentek nieobecny („nie wiem, czemu nie jem”). Prezentują się one często jako doskonałe, wywodzące się z doskonałych rodzin, bez napięć, konfliktów, trudności.

Jeśli pacjentka jest w stanie utrzymać wagę lub ją zwiększyć — bierze udział w posiłkach tak jak pacjenci z innymi rozpoznaniem. Jeśli jednak traci na wadze, proponowany jest jej kontrakt dietetyczny. Kontrakt składa się z trzech etapów, przejście do kolejnych

związane jest z uzyskaniem określonego przyrostu masy ciała. W pierwszym etapie pacjentka nie może być przewodniczącą społeczności terapeutycznej, jest pilnowana w trakcie posiłków i po nich, nie może wychodzić na spacerów poza oddział z innymi pacjentami, jeździć do domu na przepustki weekendowe. Utrzymany przez tydzień przyrost masy ciała rzędu 2–3 kilogramów skutkuje przejściem do drugiego etapu leczenia. Kontrakt, poza swoim wymiarem behawioralnym, jest symbolicznym przejęciem odpowiedzialności rodzicielskiej za pacjentkę. Stawia to terapeutów w pozycji „oddziałowych rodziców”, co stanowi kolejny aspekt diagnozy — na podstawie zarówno zachowań pacjentki, jak i uczuć, i reakcji terapeutów.

Ważnym punktem kontraktu jest pilnowanie pacjentek przy posiłkach. Osoby pilnujące doświadczają podobnych postaw i uczuć z ich strony oraz przeżyć własnych, jak i terapeutów. Są one w miarę możliwości omawiane. Często pilnowanie pacjentek powierzane jest studentom stażystom. Pacjentki w pierwszym etapie kontraktu są zobowiązane do pozostania przy stole 30 do 45 minut po zakończeniu posiłku. W tym czasie rozmowy pomiędzy nimi rozpoczynają się zwykle od tematów związanych z jedzeniem. Z czasem dotyczyć zaczynają innych spraw. Pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego mają często w ten sposób pierwszy kontakt ze światem nieznacznie starszych od siebie młodych kobiet i mężczyzn. Pilnowanie przy posiłkach staje się też często obszarem napięć i konfliktów, w tym z personelem pielęgniarskim. Ważnym aspektem ich analizy jest ocena, w jakim stopniu pacjentka staje się swoistą przestrzenią wyrażania napięć pomiędzy poszczególnymi osobami i grupami zawodowymi, a w jakim konkretne osoby z personelu obsadzone są poprzez mechanizmy rozszczepienia i identyfikacji projekcyjnej, w rolach dyktowanych przez wewnętrzny świat pacjentki.

W miarę możliwości rodziny pacjentki, prowadzone są intensywne, cotygodniowe, spotkania rodzinne oraz praca indywidualna z częstotliwością dwóch, trzech spotkań tygodniowo. Pacjentka uczestniczy też w terapii grupowej — 3 spotkania tygodniowo oraz 3 godziny zajęć arteterapii lub fizjoterapii. Dziewczęta biorą udział również w zajęciach szkolnych. W trakcie spotkań grupowych pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego są zwykle początkowo milczące. Zdarza się też, iż podobnie jak w trakcie pracy indywidualnej i rodzinnej — zaangażowane pozornie. Ważnym aspektem pracy grupowej jest możliwość interpretacji objawów anorektycznych jako jednej z form wyrażania wewnętrznych trudności — podobnie jak np. poprzez samouszkodzenia, próby samobójcze, nadużywanie substancji psychoaktywnych. To właśnie w grupie młodzieżowej pacjentki mają możliwość najwyraźniej zobaczyć ułudę swojego idealnego i idealizowanego świata. Objaw może zostać też zdekonstruowany stając się nie dążeniem do doskonałości, lecz wyrazem nieradzenia sobie.

Pacjentki z zaburzeniami odżywiania się tworzą zwykle pozornie spójną podgrupę. Są to też najczęściej osoby najdłużej hospitalizowane. Stanowią dla siebie nawzajem ważny punkt odniesienia. Wpływają w różnorodny sposób na realia działania oddziału i przebieg spotkań społeczności terapeutycznej. Wprowadzają specyficzny i bardzo trudny do odkrycia poziom drugiego życia — jest on wypełniony nocnymi ćwiczeniami, pić płynów przed ważeniem, przyjmowaniem środków przeczyszczających. Obawa, że najdrobniejsza kontrowersja i konflikt pomiędzy nimi pociągnąć może ujawnienie niekorzystnych dla nich faktów, powoduje, że są związane swoistą mową milczenia. Gdy na oddziale dominuje

grupa dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji, zwłaszcza będących w początkowym okresie leczenia, spotkania społeczności terapeutycznej mają tendencje do przebiegu nadmiernie sprawnego i schematycznego. Ważne dla grupy problemy bywają nie poruszane. Pozornej kooperacji towarzyszą zakulisowe działania będące wyrazem sprzeciwu i walki z personelem terapeutycznym. W trakcie spotkań społeczności terapeutycznej staramy się komentować objawy pacjentek, podobnie jak inne przejawy psychopatologii. Staramy się dbać o to, by odmienność pacjentek związana z koniecznością stosowania się do zasad kontraktu dietetycznego nie spowodowała traktowania ich przez innych pacjentów, personel oraz przez nie same jako wyjątkowych i szczególnych.

Żadnej z form pracy terapeutycznej w takim zintegrowanym modelu nie można uznać za dominującą; raczej wszystkie za uzupełniające się. Koncentracja na przekazie emocjonalnym dzieła literackiego czy muzycznego, własna aktywność plastyczna poszerza możliwość wglądu również w swoją wewnętrzną złożoność. Fizjoterapia prowadzona na oddziale ma formę zajęć gimnastycznych z piłkami lekarskimi. Pacjentki mają możliwość konfrontacji z realnymi doznaniem cielesnymi oraz ograniczeniami własnej sprawności fizycznej. Postawa fizyczna pacjentek jest pełna napięcia, dlatego ważny element zajęć z piłkami stanowi relaksacja.

Wydaje się, że najwięcej nowych treści w pracy z dziewczętami z anoreksją pojawia się w początkowym okresie leczenia, w trakcie spotkań rodzinnych. W relacji z członkami rodziny najpełniej można dostrzec trudności rozwojowe pacjentki. Na spotkaniach indywidualnych rozwijane są zwykle tematy z sesji rodzinnych. Często są one wnoszone aktywnie przez terapeutę. Mają formę drobiazgowych pytań o uczucia doznawane w konkretnych momentach sesji terapeutycznej, hipotetyzowania lub fantazjowania o możliwych uczuciach pacjentki, jakich mogła doświadczać w przeszłości, w trakcie sesji rodzinnej czy w chwili obecnej. Praca terapeuty charakteryzuje się większą aktywnością, nakierowana jest na uruchomienie procesów introspekcji i mentalizacji.

Jak wspomniano wyżej, ważnym celem początkowego okresu hospitalizacji jest zawarcie oraz utrwalenie przymierza terapeutycznego. W naszym poczuciu warunkiem jego zaistnienia jest przynajmniej częściowe zdystansowanie się pacjentki od objawów. By tak się jednak stało, objawy muszą zostać przez nią „psychologizowane”. Stosunek do jedzenia i do własnego ciała spostrzeżony musi być jako wyraz trudności emocjonalnej czy rozwojowej. Pacjentka powinna uzyskać wgląd w część mechanizmów rządzących chorobą lub przynajmniej zdekonstruować ich poznawczy, powierzchowny opis [9] — zobaczyć siebie oderwaną od choroby, istniejącą poza nią. Nie wydaje się jednak korzystne ukazywanie obrazu choroby jako czegoś innego, czegoś, co trzeba odrzucić. Przekazujemy raczej pacjentkom wizję anoreksji złożonej z niechcianych lub zbyt trudnych pragnień, uczuć i myśli, z którymi trzeba się ostatecznie skonfrontować i zintegrować. Wystrzegać należy się w tym względzie współpracy pozornej, pozornego przymierza. Jakość przymierza oceniana może być nie wtedy, gdy jest ono zawierane, ale wtedy, gdy pojawia się przyrost masy ciała skutkujący nasileniem lęku.

Przytęczenie powoduje przejście do kolejnego etapu kontraktu behawioralnego. Związane jest to z wizytą w domu oraz intensyfikacją relacji w ramach społeczności terapeutycznej. Większość pacjentek opuszcza też w etapie drugim stolik, przy którym pilnowane są dziewczęta z anoreksją. Często też w trakcie spotkań społeczności terapeutycznej pacjentka



zajmuje miejsce odleglejsze od siedzących razem dziewcząt pozostających w pierwszym etapie. Zyskuje możliwość wychodzenia pod opieką innych pacjentów. Nawiązują się przyjaźnie z osobami z innymi zaburzeniami.

W pierwszym tygodniu tego etapu w związku z brakiem zewnętrznej kontroli, zwykle dochodzi do utraty masy ciała u pacjentki. Jest to ważny moment w terapii. Pacjentka traci uzyskane przywileje, konfrontuje się z porażką dostrzeżoną przez innych pacjentów. Uświadamia sobie konieczność dostarczania organizmowi większej liczby kalorii przez cały czas, a nie tylko w okresach zwiększania przyrostu masy ciała. Kolejny przyrost bywa bardziej świadomy, osobista zaś kontrola jedzenia większa. Zdarza się też, że utrata masy ciała poniżej poziomu wymaganego do przejścia do drugiego etapu przedłuża się. Ważnym kontekstem bywa tutaj lęk przed wizytami w domu. Nierzadko dopiero na tym etapie poruszane zostają kwestie dotyczące bolesnych aspektów funkcjonowania rodziny i miejsca pacjentki w niej.

Przyrost masy ciała, nawet nieznaczny, konfrontuje pacjentki z nowymi przeżyciami i emocjami. Pojawia się poczucie „pęcznienia”, „grubnięcia”. Wydaje się, że ważnym momentem w wypadku pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej jest moment pojawienia się lęku przed utratą kontroli nad ilością przyjmowanego jedzenia. Pojawienie się lęku przed „bulimicznością” lub już objawów bulimicznych wydaje się wyrazem tego, iż w wymiarze intrapsychoicznym to, co zapomniane — przypomina się, to, co wyparte — powraca. Na tym etapie pracy z pacjentką w indywidualnym kontakcie terapeutycznym poruszana tematyka, sposób pracy zbliża się do postępowania charakterystycznego w terapii pacjentów z innymi rozpoznaniem. Terapeuta indywidualny jest bardziej wycofany, podąża za aktywnością pacjentki. Częściej pojawiają się interpretacje.

W tym okresie pacjentki coraz częściej wnoszą też wątki osobiste podczas terapii grupowej. Dotyczą one nie tylko przeszłości i relacji rodzinnych, ale też obaw przed przybraniem na wadze, interakcji z innymi pacjentami, członkami personelu. Wizyty w domu wprowadzają tematykę rodzicielskiej odpowiedzialności za kontrolę jedzenia. W spotkaniach rodzinnych powraca lub pojawia się problem lęku przed brakiem rodzicielskiej kompetencji. Niekiedy po kilku lub kilkunastu spotkaniach rodzinnych podejmowane są tematy związane z wątkami partnerskimi rodziców oraz popędowości pacjentki. Nasila to opór w trakcie terapii. Staramy się nie prowadzić spotkań pozornych, w których omawiane tematy są nie wyrazem chęci pracy, ale oporem przed poruszeniem tematyki libido w relacji rodzicielskiej lub też libido pacjentki. Zagadnienia te pojawiają się w ramach spotkań indywidualnych. Czasami odbywa się też spotkanie małżeńskie. Często na tym etapie dochodzi do stabilizacji masy ciała powyżej poziomu niezbędnego do utrzymania się w drugim etapie kontraktu behawioralnego. Wtedy też dochodzi do negocjacji dotyczących wypisu ze szpitala. Ustalane są z pacjentką i rodziną warunki rehospitalizacji (spadek masy ciała, brak przyrostu masy ciała).

Trzeci etap kontraktu behawioralnego to osiągnięcie przez pacjentkę wagi na poziomie 19 BMI. Ma to znaczenie jako forma podkreślenia w umowie z pacjentką, jaka waga jest dla niej prawidłowa, jednak faktycznie wypis następuje w etapie drugim lub na początku trzeciego etapu kontraktu.

Średni czas hospitalizacji pacjentek z rozpoznaniem anoreksji wynosi trzy miesiące. Regułą jest kilka spotkań po wypisie z jednym z terapeutów. Pacjentki i ich rodziny wra-

cają do terapeutów dotychczas zajmujących się leczeniem. W razie braku zakończenia lub wcześniejszego zerwania kontraktu terapeutycznego pacjentki są kierowane do dalszej terapii indywidualnej w modelu psychodynamicznym. W wielu wypadkach proponuje się spotkanie rodzinne.

### Uwagi końcowe

Opisany schemat można uznać za zapis terapii udanych, zarówno z perspektywy psychoterapeutycznej, jak i klinicznej. Sukcesom terapeutycznym towarzyszy jednak też wiele porażek. Często dochodzi do rehospitalizacji naszych pacjentek. Zdarza się, iż z powodu wielomiesięcznego braku efektu decydujemy się prosić o przejęcie opieki nad pacjentkami inne ośrodki kliniczne. Wypracowywanemu na oddziale modelowi opieki nad pacjentkami z zaburzeniami odżywiania się towarzyszy wiele naszych wątpliwości i dyskusji. Nie jest on też modelem ostatecznym.

Jedną z częściej podejmowanych dyskusji dotyczy zasadności zawierania kontraktu behawioralnego. Pozostaje on w dysonansie z dynamicznym rozumieniem objawów pacjentek oraz wieloletnią tradycją oddziału. Stwarza też niebezpieczeństwo nadmiernej koncentracji na wagowym kontekście leczenia, traktowania kontraktu jako podstawowej metody oddziaływania leczniczego za pomocą behawioralnych „kar” i „nagród” stosowanych wobec pacjentek. Przed jego wprowadzeniem wiele jednak hospitalizacji pacjentek z rozpoznaniem anoreksji kończyło się wypisem z wagą niższą niż przyjęciowa, z jednoczesnym zadowoleniem z „pracy terapeutycznej”. Otwarte pozostaje pytanie, w jakim stopniu powinien być on modyfikowany, w konkretnych przypadkach, a w jakim uniwersalny. Szczególne wątpliwości pojawiają się w kontekście pacjentek z objawami bulimicznymi. Rozważane są w tym wypadku zarówno nasilenia kontroli po posiłkach, jak i jej całkowity brak. W ostatnim okresie w oddziale wprowadzony został tzw. etap zerowy. Podlegają mu te pacjentki, których BMI przy przyjęciu jest niższe od 14. Wiąże się on z 24-godzinnym nadzorem personelu pielęgniarskiego w osobnej sali obserwacyjnej, w tym również w trakcie czynności fizjologicznych. Przejście do etapu pierwszego następuje po osiągnięciu i utrzymaniu BMI przekraczającego 14. Etapowi temu podlegają też pacjentki, które w etapie pierwszym nie mają wzrostu masy ciała przez kilka tygodni. Coraz częściej w zespole dyskutowane jest też znaczenie (bądź jego brak) świadomej zgody pacjentek na kontrakt dietetyczny.

Kontrowersyjnym zagadnieniem jest mnogość ról, w jakich występujemy w ramach naszej pracy — terapeuta indywidualnemu zdarza się prowadzić grupę, prowadzący terapię rodzinną lekarz bywa zaangażowany w opiekę internistyczną nad pacjentką. Każda z tych konstelacji wpływa na charakter podejmowanych interwencji, pojawiające się emocje klinicysty, i na uczucia, jakie wzbudza on w pacjentce oraz członkach jej rodziny.

Ważnym zagadnieniem, w ograniczonym stopniu poruszonym w niniejszej publikacji, jest charakter uczuć przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych pojawiających się w trakcie pracy terapeutycznej. Współpraca w niestałych osobowo zespołach, złożone zależności z osobami szkolącymi się, relacje z personelem pielęgniarskim, uczucia przeniesieniowe rodziców pacjentów oraz przeciwprzeniesieniowe w stosunku do nich powodują, że zagadnienia te łatwiej omawiać w kontekście analizy konkretnych przypadków klinicznych niż teoretycznej publikacji.

Dylematem jest dla nas to, kto powinien brać udział w spotkaniach rodzinnych. Terapeuta indywidualny i opiekujący się pacjentką lekarz stażysta nie mogą w ramach realności lokalowej oddziału ukryć się za jednostronnym lustrem. Zdarza się więc, że na spotkaniu obecne są trzy osoby personelu. Rozwiązanie takie niesie za sobą pewne korzyści. Mniej aktywni w trakcie spotkania członkowie teamu terapeutycznego mogą być swoistym „teamem reflektującym”. Terapeucie indywidualnemu łatwiej jest odwoływać się do treści pojawiających się w trakcie spotkania rodzinnego. Wydaje się on też, poprzez konfrontacje z całą rodziną, lepiej rozumieć to, co pacjentka może czuć i przeżywać w kontekście relacji rodzinnych. Czasem rodziny, zwłaszcza mało liczne, mogą się czuć tak liczną obecnością innych przytłoczone. W doświadczeniu pierwszego autora tej publikacji takie rozwiązanie jest jednak mniej obciążające dla członków rodzin od pracy z użyciem jednostronnego lustra.

Mamy nadzieję, że niniejszy tekst będzie dla czytelników inspirujący we własnych poszukiwaniach najbardziej efektywnych modeli leczenia dla nastoletnich osób cierpiących z powodu objawów anoreksji psychicznej.

### Piśmiennictwo

1. Sadock BJ, Sadock VA. Eating disorders. Synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2003.
2. Widelska K, Kamińska M. Leczenie anoreksji psychicznej w oddziale młodzieżowym. W: Józefik B, Pilecki M, red. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2005, s. 54–59.
3. Gabbard GO. Substance-related disorders and eating disorders. W: Gabbard GO, red. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Press Inc. Washington DC, London; 2000, s. 329–363.
4. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. Różne postacie różne terapie. W: Bomba J, Józefik B, red. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu? Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003, s. 47–55.
5. Drozdowski P. Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się. W: Bomba J, Józefik B, red. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu? Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003, s. 55–65.
6. Jakubczyk A, Żechowski C. Psychoanalityczne poglądy na zaburzenia odżywiania się. W: Namysłowska I. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 95–106.
7. Bomba J, Mamrot E, Orwid M. Anorexia nervosa. W: Orwid M. Zaburzenia psychiczne w wieku rozwojowym. Wydawnictwo PZWL; 1981, s. 138–150.
8. Józefik B, Iniewicz G. Czynniki rodzinne jako czynniki ryzyka i mechanizmy podtrzymujące w anoreksji i bulimii psychicznej. Przegl. Lek. 2004; 11, 64: 1288–1290.
9. Pilecki M. Kontrakt terapeutyczny w ambulatoryjnym leczeniu jadłowstrętu psychicznego. W: Bomba J, Józefik B, red. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu? Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003, s. 33–47.

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM  
Kopernika 21a, 31–501 Kraków