

Małgorzata Talarczyk

PSYCHOTERAPIA GRUPOWA CHORYCH Z JADŁOWSTRĘTEM PSYCHICZNYM — PROGRAM AUTORSKI

GROUP PSYCHOTHERAPY OF ANOREXIA NERVOSA PATIENTS — THE AUTHOR'S OWN PROGRAM

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu
Kierownik kliniki: prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

anorexia nervosa
group psychotherapy
adolescence

W artykule opisany jest autorski program psychoterapii grupowej nastolatek z problemem jadłowstrętu psychicznego, prowadzonej w czasie hospitalizacji, w grupach homo- i heterogennych. Głównym celem pracy grupowej prowadzonej w podejściu kognitywno-behawioralnym jest praca nad problemami z uszanowaniem granic indywidualności i nastawieniem na wzmacnianie procesu separacji. Stosowane techniki to: zmiana myśli automatycznych i poznawcze przeformułowanie; rozmowa, psychodrama, psychorysunek, techniki encounter.

Summary: The article depicts an author's group psychotherapy program for patients with psychological sitiophobia. The program was designed based on years of studies and clinical practice in therapeutic work with patients suffering nourishment disorder. The program presents issues specific for those suffering psychological sitiophobia and means of therapy with the use of resources and needs of people in the phase of adolescence. The therapy is conducted during the hospitalization of patients in the Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. The groups function in an open manner and are heterogenic. Group count: 6–14 people, age of patients: 12-18 years old. Used techniques: conversations, psychodrama, psycho-drawings, encounter training.

Wstęp

Psychoterapia grupowa jest metodą wykorzystującą w celach leczniczych dynamikę grupową, czyli relacje oraz interakcje między członkami grupy [1]. Wskazane jest też wykorzystanie sytuacji terapeutycznych, jakie stwarza grupa, między innymi takich, jak: uczenie się nowych umiejętności porozumiewania się, współdziałania oraz doświadczania, jakie zachowania utrudniają relacje z ludźmi [2]. W terapii grupowej procesem wywołującym określone i korzystne zmiany u pacjenta może być proces uczenia się. W przebiegu terapii można wyodrębnić dwie fazy. W pierwszej fazie celem jest przede wszystkim zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjenta, a w konsekwencji poprawa samopoczucia. W tej fazie pacjent jest odbiorcą informacji, emocjonalnego kontaktu i podtrzymania, a mechanizmem jest proces biernego uczenia się. W drugiej fazie terapii uczestnicy dążą do osiągnięcia szerszych zmian, często zarysowanych przez terapeutów. Ta faza poświęcona jest uczeniu rozwiązywania problemów. Grupa jest skutecznym instrumentem i kontekstem uczenia się i działania. Obecność innych uczestników zwiększa poziom motywacji jednostki do wykonywania zadań, grupa dostarcza większej liczby rozwiązań problemu [3]. Czynniki terapeutyczne w terapii grupowej związane są z jej rodzajem i zależą m.in. od tego, czy

grupa jest prowadzona na oddziale stacjonarnym czy ambulatoryjnie, od homogenicznej specjalizacji oraz od stadiów terapii [4].

Terapia grupowa młodzieży

Oddziaływania grupowe pozwalają młodzieży identyfikować się i przeżywać konflikto-
we uczucia, dostrzegać problemy innych, komunikować się z rówieśnikami i dorosłymi oraz
wzajemnie rozumieć i wspierać. Autorzy podkreślają, że adoleescenci najlepiej funkcjonują
w jednorodnych grupach z wyraźnie określonymi granicami i normami. Coraz częściej
organizowane są grupy specjalistyczne, na przykład dla nastolatków molestowanych
seksualnie, dla dzieci z rodzin alkoholowych, dla młodzieży przewlekle chorującej, dla
uzależnionych nastolatków, dla młodocianych ojców [5].

Proponowane przez autorów grupy młodzieżowe najczęściej są krótkoterminowe, tj.
10–15 spotkań, prowadzone są zwykle w dwóch grupach wiekowych, tzn. 10–14 oraz 15–18
lat, a spotkania odbywają się raz w tygodniu i trwają dwie godziny. Grupy młodzieżowe
mogą być tworzone z nastawieniem na leczenie zaburzeń emocjonalnych lub behawio-
ralnych, lub też na rozwój osobisty, w tym poznanie siebie i zapobieganie problemom.
W przypadkach przymusowego kierowania młodzieży na terapię, często występuje opór,
nad którym terapeuta może pracować poprzez podążanie za nim, zamiast przełamywania
go, na przykład proponując uczestnikowi bierny udział w roli obserwatora. W grupach
młodzieżowych zalecana jest praca nastawiona na „tu i teraz”, a szczególnie ważną rolę
przypisuje się osobie terapeuty.

Autorzy podkreślają, że w grupach młodzieżowych na rozwój grupy duży wpływ
ma osobowość prowadzącego. Stwierdzają, że nastolatki dobrze reagują na takie cechy
terapeuty, jak: entuzjazm, witalność, otwartość i bezpośredniość oraz postawę troski
i zainteresowania. Podkreślają również, że efektywność terapeuty w grupach młodzieżo-
wych związana jest z wykorzystywaniem własnego ja jako narzędzia terapeutycznego,
a nie z poleganiem wyłącznie na technikach [6]. Terapeuta swoją postawą i zachowaniem
modeluje zachowania adolescentów.

W prowadzeniu grup młodzieżowych ważne jest strukturalizowanie sesji i aktywne
interwencje. Strukturalizacja może polegać na precyzowaniu tematów, jakimi ma się zajmo-
wać grupa, przy czym ważne jest, aby były one związane z zainteresowaniami i potrzebami
młodzieży. Jednocześnie specyfiką grup młodzieżowych jest spontaniczne zgłaszanie przez
nastolatków pilnych spraw niezwiązanych z zaplanowanym tematem. Grupy młodzieżowe
charakteryzuje zmienność, która wymaga od prowadzącego elastyczności oraz zwracania
uwagi, aby tematy lub techniki nie stały się celami. W pracy z młodzieżą efektywne są
techniki, które utrzymują zainteresowanie grupy, uaktywniają uczestników oraz skupiają
ich uwagę na sprawach dziejących się „tu i teraz”. Do tego typu technik zalicza się techniki
nastawione na działanie, m.in. odgrywanie ról, dzięki którym młodzież zachęcana jest do
spontaniczności i twórczego rozwiązywania problemów [6].

Terapia grupowa w jadłowstręcie psychicznym

Opisywana w literaturze terapia grupowa chorych z zaburzeniami odżywiania się pro-
wadzona jest w różnych formach i według różnych modeli. Prezentowane wybrane modele

to: psychoterapia analityczna w grupie homogennej, terapia grupowa zorientowana na problematykę rodzinną, terapia grupowa w kompleksowym leczeniu stacjonarnym. Do innych form terapii zalicza się pracę grupową lub indywidualną skoncentrowaną na ciele.

W klinice w Stuttgarcie prowadzona jest praca w zamkniętej i homogennej grupie o orientacji analitycznej. Praca w takiej grupie odbywa się 4–5 razy w tygodniu i trwa 9 miesięcy. Grupa przejmuje funkcję przeniesieniową, pozwala osiągnąć bliskość i pomaga w przewycięzaniu izolacji. Stosowanymi środkami terapeutycznymi są: słowo, muzykoterapia, zabawa oraz trening nastawiony na zmianę percepcji ciała. Natomiast terapia grupowa zorientowana na relacje rodzinne, prowadzona na oddziale dziennym w Toronto, włączona jest do kompleksowego programu terapeutycznego. Celem terapii grupowej ukierunkowanej na relacje rodzinne jest praca skoncentrowana na rozmytych granicach wewnątrzrodzinnych, pośrednim stylu komunikacji, sposobach rozwiązywania konfliktów oraz włączaniu rodziny w zmiany sposobów zachowań jedzeniowych pacjenta. Praca w grupach przebiega w modelu psychoedukacyjnym oraz w modelu kognitywnego rozwiązywania problemów i behawioralnych zmian. Stosowane techniki to m.in.: ćwiczenia pozwalające dostrzec mity i oczekiwania rodzinne, zadania domowe, granie ról i tworzenie rzeźby rodziny. Grupy relacji rodzinnych są otwarte i homogenne, bierze w nich udział 8–12 pacjentów, a leczenie trwa zwykle 3 miesiące.

W psychoterapii grupowej chorych z jądłowstrętem psychicznym, opartej na metodach kompleksowych, wykorzystywana jest głównie teoria uczenia się. Pacjenci leczeni są wówczas w grupach heterogennych, a stosowanymi metodami są: dyskusje, psychodrama, pantomima, psychorysunek, muzykoterapia [7].

Do innych form terapii, które mogą być stosowane w grupie, należy terapia skoncentrowana na ciele (body-oriented therapy — BOT). Zaburzona percepcja ciała oraz nieprawidłowe odczuwanie schematu jego budowy i funkcjonowania, jest jednym z objawów jądłowstrętu psychicznego [8]. Nieprawidłowe przeżywanie ciała związane może być z różnymi czynnikami, do których zalicza się m.in. procesy neurofizjologiczne, czyli aspekty percepcyjne i poznawcze [9]. Odczuwanie własnego ciała może też być związane z czynnikami psychologicznymi, takimi jak: obraz własnego ciała, pojęcie jego granic, i stosunek do niego. Celem terapii skoncentrowanej na ciele jest korekta zaburzonego obrazu własnego ciała i zbudowanie jego realistycznego obrazu, rozwijanie zdolności przeżywania przyjemności związanych z ciałem, poprawa samooceny, ograniczenie nadaktywności oraz impulsywnych ćwiczeń. W terapii skoncentrowanej na ciele wykorzystywane są takie techniki, jak: relaksacja, ćwiczenia oddechowe, masaż relaksacyjny, ćwiczenia izometryczne, odgrywanie ról, taniec i techniki oparte na ruchu, wizualizacja oraz trening poprawiający percepcję ją [10]. Terapia skoncentrowana na ciele początkowo była stosowana indywidualnie, natomiast od wielu lat prowadzona jest grupowo; może być stosowana w leczeniu stacjonarnym oraz ambulatoryjnym jako jedna z metod leczenia [11].

Cel terapii

Celem prezentowanej terapii grupowej jest praca nad problemami w taki sposób, aby nie naruszać granic rozwijającej się indywidualności oraz aby konstruktywnie wzmacniać proces separacji. Staje się to możliwe wówczas, gdy adolescent czuje się traktowany podmiotowo,

może swobodnie wyrażać swoje opinie i poglądy oraz nie czuje się oceniany lub ograniczany. Prowadząc terapię grupową młodzieży dbałam o przestrzeganie zasad przyjętych przez członków grupy, starając się zachować neutralność, mając świadomość, iż swoją postawą modeluję styl komunikacji. Siłą grupy młodzieżowej jest, naturalna rozwojowo, tendencja do identyfikacji z poglądami rówieśników, które stanowią ważne odniesienie w pracy terapeutycznej. Terapię prowadziłam w konwencji behawioralno-poznawczej, z zastosowaniem takich technik poznawczych, jak: próba zmiany myśli automatycznych oraz poznawcze przeformułowanie. Już w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, w badaniach poświęconych procesom kognitywnym, zwracano uwagę na specyficzny styl myślenia osób z jądłowstrętem psychicznym. Podkreślano dominację myślenia analitycznego nad syntetycznym oraz przewagę myślenia konkretnego, które przejawia się tendencją do zwracania uwagi na pojedyncze elementy [11, 12, 13].

W psychoterapii chorych z jądłowstrętem psychicznym szczególna uwaga zwracana jest na zmianę dychotomicznego sposobu myślenia oraz przeformułowanie przekonań dotyczących samooceny. W prowadzonej psychoterapii grupowej zwracałam uwagę na to, jakie znaczenie dla osoby chorej ma fakt chorowania na jądłowstręt psychiczny oraz jaką funkcję w jej życiu pełnią objawy choroby. Pracowałam na tzw. metatreściach poznawczych, które stanowią interpretację schematów poznawczych i mogą przyczyniać się do utrwalania zaburzeń [14].

Pracując nad poziomem aspiracji koncentrowałam się nad urealnieniem i dostosowaniem potrzeby osiągnięć do możliwości osoby chorej [15]. Natomiast praca nad samooceną skoncentrowana była na poznaniu, docenianiu i wykorzystywaniu zasobów oraz poszerzeniu repertuaru ról, w jakich chore funkcjonują, w celu poprawy zaniżonej samooceny [16]. Psychoterapię grupową prowadziłam z udziałem drugiego psychologa; zwykle obecny był również obserwator.

Sesje terapii grupowej

Sesje terapii grupowej przeznaczonej dla chorych z jądłowstrętem psychicznym odbywały się dwa razy w tygodniu. Raz w tygodniu pacjentki uczestniczyły w grupach homogennych, natomiast drugi — w terapii grup heterogennych. W grupach homogennych brali udział pacjenci z zaburzeniami odżywiania się: jądłowstrętem psychicznym i bulimią, natomiast w grupach heterogennych uczestniczyli pozostali młodzieżowi pacjenci hospitalizowani w klinice, z takimi zaburzeniami, jak: zaburzenia nerwicowe, zaburzenia afektywne oraz schizofrenia i zaburzenia schizotypowe. W grupach uczestniczyło zwykle 6–14 osób. Każde spotkanie trwało godzinę. Grupy funkcjonowały w trybie otwartym.

Zasady obowiązujące pacjentów młodzieżowych uczestniczących w psychoterapii grupowej

Z uwagi na proces indywidualizacji, a jednocześnie tendencję do afiliacji z grupą rówieśniczą pacjentów w okresie adolescencji, prowadzonej terapii towarzyszyło motto: „zmiany bez przekraczania granic”. Przyjęto następujące zasady:

- dyskrecja: uczestników grupy obowiązuje tajemnica obejmująca osoby oraz problemy poruszane przez pacjentów,
- autonomia: pacjenci mają prawo do wyrażania swoich opinii oraz możliwość nieudzielania odpowiedzi na pytania, które kierowane są pod ich adresem,

- lojalność: przyjęto zasadę nieomawiania zagadnień dotyczących osób nieobecnych na spotkaniu grupowym,
- tolerancja: mówienie o własnych uczuciach bez oceniania wypowiedzi oraz zachowań innych osób.

W psychoterapii grupowej uczestniczyli pacjenci, którzy wyrazili zgodę na przestrzeganie ustalonych zasad.

Zasada dyskrecji jest konieczna, aby pacjenci mogli rozmawiać o swoich problemach w ramach terapii grupowej. W przypadku grup młodzieżowych dyskrecja ma szczególne znaczenie, gdyż chorzy niejednokrotnie znają się ze szkoły lub miejsca zamieszkania. Jednocześnie bardzo często pobyt w szpitalu chcą zachować w tajemnicy przed swoim szkolnym czy rówieśniczym środowiskiem.

Zasada autonomii w terapii grupowej młodzieży jest niezbędna, aby nie naruszać procesu indywidualizacji. Często doświadczenia młodzieży związane z oczekiwaniami ze strony osób dorosłych dotyczą konieczności udzielania odpowiedzi na zadawane pytania. Psychoterapia grupowa winna gwarantować adolescentowi wybór, czy chce, czy nie chce, odpowiadać na pytanie. Ponadto korzystanie z wyboru może wpływać na zmniejszenie się zachowań przekornych i buntowniczych, umożliwiając choremu gotowość do pracy terapeutycznej.

Zasada lojalności, czyli nieomawiania problemów osób nieobecnych na terapii grupowej, ma na celu eliminowanie zjawiska „obmawiania” nieobecnych przed grupą oraz służy modelowaniu komunikacji wprost. Ponieważ „obmawianie” jest formą agresji werbalnej i nie sprzyja konstruktywnej komunikacji, więc, pomimo że może przynosić doraźne rozładowanie napięcia, w grupie stanowi zjawisko destrukcyjne i może generować rolę „kozła ofiarnego”. Zasada lojalności dotyczy również omawiania sytuacji rodzinnej w taki sposób, aby nie prowokować konfliktu lojalności wobec osób znaczących. Pacjenci zachęceni są do dzielenia się swoimi emocjami związanymi z rodziną, zamiast szczegółowego opisywania relacji rodzinnych. W inny sposób, na temat relacji rodzinnych, chorzy mogą rozmawiać na sesjach terapii indywidualnej oraz rodzinnej.

Zasada tolerancji jest niezbędna w psychoterapii grupowej, a w terapii grupowej młodzieży wymaga szczególnego przestrzegania, ze względu na rozwojową skłonność adolescentów do częstego wypowiadania sądów oceniających, tendencji do polaryzacji opinii, spostrzegania rzeczywistości w sposób kontrastowy, według zasady „czarne albo białe”. W okresie adolescencji trudność może też sprawiać identyfikowanie własnych emocji i werbalizowanie ich. Dlatego też zasada tolerancji, czyli mówienie o własnych emocjach bez oceniania zachowań innych osób, może stanowić dużą trudność dla pacjentów młodzieżowych.

Cele psychoterapii grupowej pacjentów z jądłowstrętem psychicznym

Opracowano następujące cele:

- 1 — identyfikację problemu,
- 2 — konfrontację różnych opinii dotyczących wagi i wyglądu,
- 3 — pracę nad relacjami z rówieśnikami,
- 4 — urealnienie poziomu aspiracji,

- 5 — poprawę samooceny i samoakceptacji,
- 6 — zbilansowanie korzyści i strat związanych z chorobą,
- 7 — wizualizację przyszłości,
- 8 — analizę planów i obaw po powrocie do domu i szkoły.

Ad 1. Identyfikacja problemu

Pacjentka będąca pierwszy raz na spotkaniu grupowym zapoznawana jest przez uczestników terapii z obowiązującymi zasadami. Proszona jest o przedstawienie się oraz odpowiadanie na pytania innych pacjentów.

W trakcie pierwszego spotkania zwracałam uwagę na sposób, w jaki pacjentka mówi o swojej chorobie: jakie znaczenie mają dla niej terminy „anoreksja” oraz „jadłowstręt psychiczny”, jak spostrzega siebie w kontekście choroby — czy jako osobę chorą na anoreksję, czy określa siebie jako „anorektyczkę”. Zwracanie uwagi na sposób mówienia o sobie, w kontekście choroby, pozwala na dalszą pracę nad stopniem identyfikacji z chorobą oraz krytycyzmem dotyczącym objawów. W czasie prowadzonej terapii obserwowałam, iż chore zdecydowanie częściej używają określenia „anoreksja” i częściej się z nim identyfikują, natomiast bardzo rzadko stosują określenie „jadłowstręt psychiczny”. Próby wyjaśnienia takiej tendencji w trakcie terapii pozwalają postawić hipotezę, że określenie „jadłowstręt psychiczny” ma dla chorych znaczenie pejoratywne i negatywną konotację, natomiast słowo „anoreksja” wydaje się znacznie bardziej pozytywne, a czasami wręcz nobilitujące.

Ad 2. Waga i wygląd – konfrontacje różnych opinii

W terapii wykorzystywane jest znaczenie opinii grupy rówieśniczej w kształtowaniu poglądów, również dotyczących własnej osoby. Proponowana jest konfrontacja własnego przekonania na temat wyglądu i wagi z opinią rówieśników. Chora odpowiada na pytanie, ile waży i ile chciałaby ważyć, natomiast uczestnicy grupy informują ją, ile mogłaby ważyć, aby wyglądać ładnie. Dochodzi do konfrontacji tzw. wagi zdrowej, oczekiwanej przez dorosłych i utożsamianej z przymusem budzącym opór, z „wagą ładną” proponowaną przez rówieśników.

Różnica między „muszę”, bo tego wymagają dorośli, a „mogłabym”, bo tak proponują rówieśnicy, stanowi często pierwszy komunikat dotyczący wyglądu, który skłania do zweryfikowania dotychczasowego uogólnionego oporu wobec opinii dorosłych. Pomimo że stosowana konfrontacja nie skutkuje bezwarunkowym zaakceptowaniem przez chorą opinii rówieśników, to jednak stanowi często pierwszy i ważny czynnik autoanalizy spostrzegania swojego ciała. Obserwowałam, że pacjentki bardzo emocjonalnie reagowały na opinie rówieśników dotyczące wagi. Szczególnie zaskakujące były dla nich opinie chłopców, którzy jako „wagę ładną” zwykle proponowali wagę o parę kilogramów wyższą niż proponowały dziewczęta.

Wykorzystywane formy terapii to: rozmowy, informacje zwrotne oraz psychorysunki. Rozmowy dotyczą obecnego spostrzegania swojego ciała i wagi przez chorą oraz jej wersji idealnej, tzn. ile chciałaby ważyć i jak wyglądać w przyszłości. Informacje zwrotne dotyczą opinii rówieśników na temat obecnego wizerunku i wagi osoby chorej oraz sugestii dotyczących „wagi idealnej”. Stosowane są psychorysunki na temat wyobrażeń wyglądu obecnego oraz sylwetki oczekiwanej, z zaznaczeniem różnic w proporcjach ciała.

Ad 3. Relacje z rówieśnikami

Praca dotycząca relacji z rówieśnikami prowadzona jest pod kątem dwóch celów: jednym jest uaktywnienie własnych zasobów lub zdobycie nowych umiejętności w zakresie nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, drugim — nauczenie zaznaczania granic własnej autonomii i niezależności w grupie rówieśniczej z elementami zachowań asertywnych.

Ponieważ najczęściej w trakcie trwania choroby pacjentka wycofuje się z kontaktów interpersonalnych, ograniczając je głównie do relacji z najbliższą rodziną, więc w konsekwencji odczuwa deficyt umiejętności nawiązywania rozmowy. W ramach zajęć psychodramy doświadcza, w jaki sposób rozmowę nawiązywać oraz jakie tematy poruszać, aby ją kontynuować. Zdobycie umiejętności ochrony własnych granic i autonomii jest bardzo ważne w konfrontowaniu się z rówieśnikami również po powrocie do domu. Chore często obawiają się spotkań z koleżankami w związku z pobytem w szpitalu oraz stopniową zmianą wyglądu. Najczęściej prezentują przekonanie, że przybieranie na wadze będzie niekorzystnie dla nich komentowane w środowisku. Dlatego też, w informacjach zwrotnych, często podkreślały swoje zadowolenie i wdzięczność dla innych uczestników grupy, dzięki którym nauczyły się nowych i praktycznych zachowań w kontaktach z rówieśnikami.

Wykorzystywane są następujące formy psychoterapii: rozmowy, psychodramy oraz techniki encounter. Pacjentki poznają różne sposoby ułatwiające oraz utrudniające nawiązywanie kontaktów. W ramach psychodramy odgrywają role osób broniących swojego zdania, terytorium oraz granic autonomii i niezależności. Techniki encounter, czyli ćwiczenia ruchowo-interakcyjne, pozwalają przeżywać różne doświadczenia związane m.in. z podejmowaniem decyzji, pełnieniem kontroli oraz jej ograniczeniem, a także kładą nacisk na przeżycia emocjonalne „tu i teraz” [1]. Prowadzone i omawiane w grupie, są pomocne w integrowaniu się członków grupy oraz pozwalają chorym szerzej i głębiej poznać swoje doznania emocjonalne.

Ad 4. Poziom aspiracji

Praca nad poziomem aspiracji dotyczy dwóch aspektów i przebiega w zakresie urealnienia oczekiwań dotyczących ocen szkolnych oraz uwzględnienia sfery emocjonalnej w funkcjonowaniu poznawczym.

Urealnienie oczekiwań, dotyczących ocen szkolnych, polega na zaakceptowaniu przez pacjentkę własnych predyspozycji poznawczych — humanistycznych lub matematyczno-fizycznych czy artystycznych. Dokonuje też ona wyboru trzech przedmiotów szkolnych, które lubi i będzie preferować oraz trzech przedmiotów, których nie lubi i z których będzie mieć oceny poniżej dotychczasowej średniej.

Pacjentka zachęcana jest do określenia nowej, niższej niż dotychczasowa, średniej ocen ze wszystkich przedmiotów. Proszona jest o odróżnienie własnych aspiracji od aspiracji indukowanych przez osoby znaczące; pomocne są tu m.in. pytania: kto z rodziny zmartwiłby się najbardziej z powodu niższej średniej ocen, kto z rodziny najwięcej uwagi poświęca ocenom. Stawiane jest również pytanie otwarte: w jaki sposób chora chciałaby wykorzystać czas, gdyby nie było nauki szkolnej. Okazuje się, że dla chorych z jądłowstrętem psychicznym funkcjonowanie bez obowiązków szkolnych jest trudne do wyobrażenia. Dopiero

pomysły i propozycje innych uczestników grupy, w ramach pracy w grupie heterogenicznej, pozwalają dostrzec różne możliwości spędzania czasu poza uczeniem się.

Uwzględnienie sfery emocjonalnej w funkcjonowaniu poznawczym polega na zapoznaniu chorych z wpływem czynników emocjonalnych na procesy poznawcze i dotyczy m.in.:

- koncentracji uwagi, znaczenia procesu habituacji, skutków deprivacji potrzeb biologicznych: snu, odżywiania się i odpoczynku, następstw napięcia emocjonalnego i stresu,
- indywidualnych doświadczeń chorych dotyczących wpływu emocji na funkcjonowanie poznawcze,
- odwołania się do aspiracji pacjentek w celu zadbania o zrównoważone „inwestowanie” zarówno w procesy poznawcze, jak i emocjonalne, czyli „równowaga dla ambitnych”. Terapia ujawniła, iż pacjentki nie doceniają wpływu procesów emocjonalnych na funkcjonowanie sfery poznawczej. Odwoływanie się do aspiracji może być skuteczną metodą wprowadzania zmian w funkcjonowaniu chorej, poprzez wykorzystywanie w terapii zarówno zasobów, jak i paradoksów.

Ad 5. Obraz własnej osoby, samoocena i samoakceptacja

Chore z jądłowstrętem psychicznym charakteryzuje zaniżona samoocena oraz nieadekwatny obraz własnej osoby [9, 15]. Praca terapeutyczna dotyczy pełniejszego spostrzegania obrazu własnej osoby w związku z odgrywanymi rolami.

Psychoterapia ujawniła, iż chore zwykle identyfikują się z jedną rolą, tj. rolą uczennicy, w drugiej kolejności — z rolą córki. Natomiast w trakcie choroby zaniedbują pozostałe role społeczne takie, jak: rola dziewczyny, nastolatki, koleżanki, siostry, kuzynki itp. Dostrzeganie innych ról, poza rolą „uczennicy”, oraz poświęcanie im czasu i zaangażowania ma na celu docenienie znaczenia i przyjemności płynących z ich doświadczania oraz wzbogacenie obrazu własnej osoby.

Proponowana praca nad samooceną i samoakceptacją polega na:

- zwróceniu uwagi na cechy, które pacjentka lubi w sobie,
- ocenie zasobów, zdolności oraz umiejętności, czyli dobrych, przeciętnych i słabych stron,
- uświadomieniu, jakie cechy i umiejętności lubią w pacjentce inne osoby, np. rodzina, przyjaciele i znajomi,
- wzmocnieniu pozytywnym ze strony grupy — co inni pacjenci najbardziej lubią i cenią w chorej.

Prowadzone zajęcia pokazują, że pacjentki z jądłowstrętem psychicznym, w przeciwieństwie do innych chorych, mają zawężony obraz własnej osoby oraz ograniczone kryteria samooceny. Okazuje się, że nie tylko identyfikują się głównie z rolą uczennicy, ale również własną samoocenę budują prawie wyłącznie na podstawie ocen szkolnych.

Ad 6. Korzyści i straty związane z anoreksją

Pacjentka z pomocą grupy definiuje subiektywne korzyści wynikające z choroby. Proponowane są pomysły i stawiane hipotezy, jak zachować te korzyści i przywileje, ale bez objawów anoreksji. Analizowany jest wpływ i udział chorej w ich utrzymaniu. Wspólnie

z grupą prowadzona jest analiza bilansu korzyści i strat wynikających z choroby. W trakcie pracy okazuje się, że z pomocą grupy pacjentki rozpoznają, jaki mogą mieć wpływ na zachowanie dotychczasowych gratyfikacji emocjonalnych w relacjach rodzinnych, jak mogą zachować bliskość przy jednoczesnym zadbaniu o niezależność i własne granice. Często chore są zaskoczone tym, jak duży mogą mieć udział w kreowaniu swoich relacji z innymi.

Ad 7. Wizualizacja przyszłości

Wizualizacje dotyczące przyszłości mają na celu wyobrazeniowe odseparowanie się pacjentek od funkcjonowania w roli osoby chorej. Stosowaną techniką jest werbalne lub graficzne przedstawienie siebie za 5, 10 i 15 lat. Pacjentki wyobrażają sobie, w perspektywie czasowej, swój wygląd zewnętrzny, miejsce zamieszkania, rodzaj i miejsce dalszej edukacji, podejmowane aktywności i relacje z rodziną oraz innymi osobami. Proszone są o wizualizowanie swojego życia w przyszłości w dwóch wariantach: w wersji bycia osobą zdrową oraz w wersji chorej na jadłowstręt psychiczny. Proszone są również o zbilansowanie ograniczeń i swobód wynikających z chorowania i zdrowia. Okazuje się, że od czasu zachorowania taka forma wizualizacji jest często pierwszą próbą wyobrażenia sobie swojego życia bez choroby. Jest to dla pacjentek nowe i zaskakujące doświadczenie. Większość po upływie 5 lat wyobraża sobie siebie bez objawów anoreksji, natomiast po 10 latach widzi siebie jako osobę całkowicie zdrową.

Ad 8. Powrót do domu i szkoły

Przed pierwszym wyjściem na przepustkę chore w grupie omawiają obawy oraz plany związane z powrotem do domu. Większość pacjentek obawia się konfrontacji ze środowiskiem rówieśniczym i przewiduje liczne kłopotliwe pytania dotyczące nieobecności w szkole oraz negatywne komentarze dotyczące wyglądu. Chore, antycypując trudne pytania i przykre komentarze, czują się bezradne i nie wiedzą, jak reagować. Na tym etapie terapii, podczas psychodramy, pacjentki doświadczają, w jaki sposób reagować, aby nie dopuścić do przekraczania granic przez inne osoby, jak wpływać na przebieg rozmowy i zadbać o własny komfort w kontakcie z rówieśnikami i osobami dorosłymi. Omawiane są również plany, jakie chora stawia sobie po powrocie do domu. Szacowane jest prawdopodobieństwo osiągnięcia celów oraz obiektywne możliwości realizacji planów w określonej perspektywie czasowej. Okazuje się, że chore, wyposażone w nowe umiejętności radzenia sobie z trudnymi pytaniami i komentarzami, czują się bardziej pewnie i bezpiecznie przed powrotem do domu. Dzięki wsparciu grupy i możliwości poszerzenia repertuaru ról społecznych, uczą się korygować swoje dotychczasowe cele związane z osiągnięciami.

Ad 9. Zakończenie terapii i pożegnanie przez grupę

Ostatnim etapem psychoterapii jest podsumowanie terapii przez pacjentkę oraz pożegnanie chorej przez grupę.

Pacjentka dokonuje subiektywnego bilansu zysków i strat wynikających z terapii grupowej.

Grupa udziela chorej informacji zwrotnych, dotyczących zmian w jej funkcjonowaniu w trakcie terapii. Uczestnicy grupy sugerują, co chora mogłaby zmienić w swoim zachowaniu.

waniu oraz jakie zachowania najbardziej podobały się grupie. Pacjentka oraz uczestnicy grupy rokują, jakie będą perspektywy życia bez objawów choroby. Ostatni etap terapii jest zwykle przez pacjentów oczekiwany, gdyż często dostarcza wielu indywidualnych sugestii oraz wzmocnień pozytywnych. Obserwuję, iż pacjenci młodzieżowi są ciekawi informacji zwrotnych oraz odbioru ich zachowań przez innych uczestników grupy. Z jednej strony chcą wiedzieć, co w ich zachowaniu nie podoba się innym, a z drugiej — potrzebują pozytywnych informacji zwrotnych. Dla pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, dla których w okresie choroby główną gratyfikacją emocjonalną są oceny szkolne, otrzymanie wzmocnień niezwiązanych z osiągnięciami szkolnymi wydaje się znaczącym doświadczeniem.

Podsumowanie

Dwudziestoletnie doświadczenie w psychoterapii grupowej młodzieży, polegające na prowadzeniu grup homogennych oraz heterogennych, zarówno w leczeniu stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym, stało się podstawą opracowania wyżej prezentowanego programu. Prowadzona od kilkunastu lat psychoterapia grupowa chorych z jadłowstrętem psychicznym pozwoliła na zgromadzenie wielu obserwacji i stała się źródłem licznych refleksji. Mogłam obserwować, jak pracują chore z jadłowstrętem psychicznym w grupach homogennych i heterogennych oraz w grupach otwartych i zamkniętych.

Porównanie terapii w grupach prowadzonych wyłącznie dla chorych z zaburzeniami odżywiania się z terapią w grupach dla chorych z różnymi rozpoznaniem pozwala zaobserwować ich plusy i minusy. Różnice dotyczą m.in. motywacji do pracy i zaangażowania chorych z jadłowstrętem psychicznym, ich otwartości, a także integracji lub alienacji w grupie rówieśniczej. W grupach homogennych chore dostarczają sobie wzajemnie wiele akceptacji i zrozumienia, co powoduje, że czują się bezpieczniej oraz chętniej i z większym zaangażowaniem omawiają swoje problemy. Natomiast grupy heterogenne pokazują pacjentkom szerszy kontekst relacji społecznych i mogą efektywniej modelować funkcjonowanie w różnych rolach społecznych.

Praca w trybie grup otwartych lub zamkniętych również wiąże się z możliwymi korzyściami i ograniczeniami. Sądzę, że w przypadku grupowej psychoterapii młodzieży grupy otwarte pozwalają udostępniać pacjentom pomoc w trybie natychmiastowym, co jest szczególnie ważne w razie pilnego szukania pomocy, często na zasadzie potrzeby doraźnej czy kryzysowej. Natomiast w terapii pacjentów z jadłowstrętem psychicznym otwartość grup pozwala łączyć różne etapy pracy terapeutycznej chorych, co umożliwia wykorzystanie modelowania i siły oddziaływania grupy rówieśniczej. W praktyce oznacza to, że chora wchodząca do grupy ma kontakt z pacjentkami, które przeszły już ten sam etap choroby i dlatego czuje się rozumiana, a jednocześnie, obserwując zachowania i współpracę innych pacjentek, dowiaduje się, że wyzdrowienie staje się możliwe.

Psychoterapia grupowa chorych z jadłowstrętem psychicznym daje wiele możliwości oddziaływań terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania rozwojowej tendencji do integrowania się i potrzeby przynależności do grupy, oraz identyfikowania się z poglądami grupy rówieśniczej. Jest ona jedną z form oddziaływań terapeutycznych stosowanych w klinice. Ponieważ jadłowstręt psychiczny jest chorobą wieloczynnikową, dlatego też, jak pokazuje praktyka, efektywne terapeutycznie okazują się oddziaływania

kompleksowe takie, jak: terapia grupowa, psychoterapia rodzinna, terapia indywidualna oraz praca skoncentrowana na ciele.

Piśmiennictwo

1. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. Poznań: Zysk i Spółka Wydawnictwo; 2003.
2. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
3. Leder S, Karwasarski BD. Psychoterapia grupowa. Warszawa. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL; 1983.
4. Yalom I, Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
5. Aronson S, Scheidlinger S. Group therapy for adolescent. *Direct. Ment. Health Counsel.* 1994; 4: 3–11.
6. Schneider-Corey M, Corey G. Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2002.
7. Ułasińska R. Psychoterapia grupowa w leczeniu zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medium UJ; 1996, s. 141–146.
8. Józefik B. Inne formy terapii. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medium UJ; 1996, s. 147–150.
9. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* 1962; 24: 187–194.
10. Probst M, van Coppenolle H, Vandereycken W, Goris M. Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of videodistortion: a reliability study. *J. Psychosom. Res.* 1992; 36: 89–97.
11. Clark DA. Dysfunctional thinking in anorexia and bulimia nervosa. *Cogn. Ther. Res.* 1989; 13: 377–387.
12. Bruch H. *Eating disorders.* New York: Basic Books; 1973.
13. Gillberg IC, Gillberg C, Rastam M. The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community-based sample. *Compr. Psychiatry* 1996; 37: 1, 23–30.
14. Bryńska A. Psychoterapia behawioralno-poznawcza. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 428–429, 433–437.
15. Talarczyk M, Rajewski A. Potrzeba osiągnięć u chorych z jadłowstrętem psychicznym. *Wiad. Psychiatr.* 1999; 2; 4: 399–404.
16. Talarczyk M, Rajewski A. Poziom samoakceptacji u chorych z jadłowstrętem psychicznym. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000; 123–128.



ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Volume 10 Issue 1 March 2008

Content

Cognitive psychotherapy and integrative psychotherapy

Stefan Leder, Maria M. Siwiak-Kobayashi

The role of patient-generated metaphors on in-sessions therapeutic process

Ronda Rowat, Jack De Stefano, Martin Drapeau

Perspective study on dynamics of depression in mid-adolescence

Jacek Bomba, Renata Modrzejewska

Psychopathology and creativity

Janusz Rybakowski, Paulina Klonowska, Amelia Patrzala, Jan Jaracz

Dimensions of locus of control and the role of anger expression & anger control in women diagnosed with eating disorders: a pilot study

Anna Brytek-Matera

Perspective of the use of electronic communication in the psychotherapy of eating disorders

Małgorzata Starzomska

Psychological phenomena in the first two weeks of pharmacotherapy of schizophrenic patients in the framework of Shitij Kapur's theory of psychosis as a state of aberrant salience – a preliminary report

Sławomir Murawiec

The influence of vascular factors on the psycho-pathological picture in Alzheimer's Disease

Leszek Bidzan, Mariola Bidzan

Depressive symptoms and cognitive dysfunction in patients with hepatitis C treated with interferon- α and ribavirine

Wiktor Drozd, Alina Borkowska, Waldemar Halota, Janusz K. Rybakowski

The Nightmare

Antoni Kępiński