

RÓŻNE OBLICZA ANOREKSJI — MODEL JEJ LECZENIA NA ODDZIALE KLINICZNYM PSYCHIATRII I PSYCHOTERAPII WIEKU ROZWOJOWEGO

VARIOUS MANIFESTATIONS OF ANOREXIA NERVOSA BASED ON THE TREATMENT METHOD USED AT THE DEVELOPMENTAL AGE PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY WARD

¹Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

²Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM

³Prywatny Gabinet Psychiatrii i Psychoterapii, Warszawa

**eating disorder
anorexia nervosa
treatment
personality organization**

W artykule przedstawiony jest model leczenia anoreksji psychicznej w Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Centrum Pediatrii w Sosnowcu, obejmujący społeczność terapeutyczną, podejście behawioralne (kontrakt terapeutyczny), podejście systemowe (praca z rodziną) oraz psychodynamiczne (psychoterapia indywidualna).

Summary: The proposed programmes of eating disorders treatment are extremely diverse and to a great extent depend on the approach and ways of understanding predominant in a given medical centre of the mechanisms underlying the difficulties. Aim: The aim of this paper is to present the method of anorexia nervosa treatment used at the Clinical Developmental Age Psychiatry and Psychotherapy Ward (The Clinical PiPWR Ward) in the Paediatric Centre in Sosnowiec with a special consideration of the significance of personality organisation level diagnosis for choosing curative and therapeutic actions. Material and methods: The paper is based on the presentation of case studies of female patients hospitalised at the PiPWR Ward. Conclusions: While undertaking the treatment of female patients with eating disorders, a simultaneous diagnosis of personality organisation level becomes crucial, since it influences the choice of appropriate therapeutic techniques.

Wprowadzenie

Leczenie zaburzeń odżywiania się, szczególnie zaś jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa, AN) naznaczonego dużym procentem śmiertelności, już od lat 50. XX wieku, kiedy to zanotowano fale zachorowań na niego, budzi wiele zainteresowań i kontrowersji. Proponowane programy leczenia są niezwykle różnorodne i zależą w znacznej mierze od dominującego w danym ośrodku podejścia i sposobów rozumienia mechanizmów leżących u podłoża zaburzeń odżywiania się.

W związku z 10-letnią praktyką zespołu w leczeniu zaburzeń odżywiania się w ramach oddziału psychiatrycznego i psychoterapeutycznego, z ciągle ewoluującym podejściem i perspektywami leczenia, chcemy podzielić się własnymi doświadczeniami dotyczącymi diagnozy i konceptualizacji jadłowstrętu psychicznego.

Interesującą nas perspektywą jest współczesne spojrzenie na anoreksję jako na zaburzenie lokujące się: „na różnych poziomach organizacji od autyzmu i psychozy, poprzez zaburzenia osobowości, do depresji, zaburzeń reaktywnych i nerwicowych. Oczywiście w każdym przypadku nie chodzi o współwystępowanie obu typów zaburzeń, ale o obecność pewnych mechanizmów typowych dla danej organizacji osobowości” [1, str. 118].

W niniejszej pracy przedstawiono — opierając się na modelu leczenia anoreksji na Oddziale Klinicznym PiPWR w Sosnowcu — różne jej postaci (typ neurotyczny, borderline i psychotyczny) w kontekście oddziaływań przewidzianych w programie terapeutycznym.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie modelu leczenia anoreksji na Oddziale Klinicznym PiPWR — ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia diagnozy poziomu organizacji osobowości dla podejmowanych oddziaływań leczniczo-terapeutycznych — oraz analizy kilku przypadków AN.

Model leczenia anoreksji na Oddziale Klinicznym PiPWR

Stosowany przez nas aktualnie model leczenia stanowi połączenie podejścia behawioralnego (kontrakt terapeutyczny), systemowego (praca z rodzinami) i psychodynamicznego (praca indywidualna) z niejednokrotnym włączaniem farmakoterapii. Ponadto ważnym elementem pracy terapeutycznej jest społeczność terapeutyczna z uwzględnieniem tzw. społeczności żetonowej.

Pierwszym z elementów terapii jest program behawioralny, który wprowadza się najpóźniej kilka dni po przyjęciu pacjentki do szpitala, po uprzedniej ocenie jej stanu psychofizycznego i poziomu motywacji do leczenia. Modelowy kontrakt zakłada stopniowe uzyskiwanie przywilejów uzależnione od przyrostu masy ciała. Jest on ujednociony w przypadku większości pacjentek, tzn., że każda z nich otrzymuje jednakową listę przywilejów, jednak może z nich korzystać w zależności od aktualnego wskaźnika masy ciała (body mass index, BMI). Przywileje, choć niejednokrotnie dyskusyjne, gdyż uważane za niezwykle restrykcyjne — dotyczące jednak wyniszczonych osób, które wymagają ochrony przed nadmiernym wysiłkiem fizycznym i monitorowania stanu somatycznego — obejmują kolejno: możliwość zwolnienia z reżimu łóżkowego, odzyskanie rzeczy osobistych, swobodne poruszanie się po oddziale, udział w społeczności terapeutycznej, w zajęciach grupowych, wizyty rodziny wg ustalonego z lekarzem prowadzącym harmonogramu, możliwość zamiany produktów żywnościowych, wychodzenie z grupą poza oddział, z rodziną na spacer, zniesienie ograniczenia spotkań z rodziną, redukcję liczby posiłków, przepustki terapeutyczne oraz ustalenie terminu wypisu. To przywileje, które musi uzyskać każda z pacjentek, by ukończyć leczenie. Niewielkie odstępstwa od programu możliwe są po uprzednim uwzględnieniu stanu psychofizycznego pacjentki (w jakim stopniu jej aktualny stan nie zagraża życiu) oraz motywacji do leczenia.

W trakcie obowiązywania programu każda z pacjentek pracuje z indywidualnym psychoterapeutą, z częstotliwością raz w tygodniu (możliwe są również rozmowy interwencyjne na prośbę pacjentki). Psychoterapia indywidualna w nurcie psychodynamicznym

wspiera motywację pacjentki do leczenia, buduje relację terapeutyczną, modyfikuje osiowe mechanizmy obronne związane z takimi objawami, jak rozszczepienie, zaprzeczenie, omnipotentna kontrola, ogranicza zakres regresji, pomaga w wypracowaniu krytycyzmu w stosunku do postaw wobec odżywiania się i własnego ciała oraz wynikających z choroby strat. Psychoterapia indywidualna pozwala też na uzyskanie korektywnego doświadczenia emocjonalnego, a poprzez rozwój funkcji refleksyjnej i mentalizacji wspiera proces indywidualizacji, budowania własnej autonomii i bardziej dojrzałych relacji z otoczeniem [2].

Podczas leczenia pacjentek z anoreksją, na oddziale odbywają się również spotkania rodzinne, których celem jest wspieranie rodziny w sytuacji kryzysowej, ograniczenie zachowań regresywnych i umacnianie procesu separacji-indywidualizacji osoby hospitalizowanej, wspieranie rodziców w ich kompetencji rodzicielskiej, identyfikowanie i osłabianie mechanizmów podtrzymujących objawy.

W trakcie spotkań społeczności terapeutycznej pacjentki mają możliwość omawiania na forum bieżących wydarzeń, jak również udzielania i otrzymywania informacji o funkcjonowaniu na oddziale w grupie rówieśniczej i uzyskiwanych efektach leczenia, bądź też ich braku. Raz w tygodniu odbywa się zebranie społeczności żetonowej, na którym pacjenci przyznają sobie tytuły według ustalonych kategorii (np. mistrza wysłuchania i uważności, koleżeństwa, czystości, fantazji, uśmiechu i poczucia humoru, dobroci i wsparcia, empatii, zaangażowania, współpracy czy supermistrza); poszczególne kategorie opisują zachowania oraz sposób funkcjonowania w relacjach. Takie zebranie jest też momentem, kiedy zespół leczący również udziela informacji zwrotnych dotyczących swojego postrzegania pacjentów. Poprzez codzienne spotkania społeczności terapeutycznej pacjenci mają możliwość zmiany funkcjonowania, co w dniu wypisu jest podsumowywane przez wszystkich pacjentów i cały zespół leczący podczas pożegnalnej „rundki” z informacjami zwrotnymi. Informacje te udzielane są wg schematu, który ma na celu pokazanie pacjentowi, co w jego funkcjonowaniu sprzyja kontaktom z innymi osobami, i tym samym wpływa korzystnie na proces leczenia, a co to utrudnia.

Równoległe do pozostałych oddziaływań prowadzone jest leczenie stanu fizycznego pacjentek (np. wyrównywanie niedoborów elektrolitowych, konsultacje kardiologiczne, gastrologiczne, endokrynologiczne i in.) [3].

Przy stwierdzeniu braku postępów w przybieraniu na wadze zespół spotyka się z pacjentką, aby poszukiwać źródeł trudności w leczeniu. Niejednokrotnie potrzebna jest konfrontacja osoby hospitalizowanej z wiedzą o aktualnym stanie zdrowia i etapie leczenia, wraz z uwzględnieniem możliwości modyfikacji programu i dostosowania go do jej potrzeb lub w sytuacjach kryzysowych (zagrożenie życia) jego zawieszenie [3].

W sytuacjach kryzysowych możliwe jest karmienie pacjentki za pomocą sondy aż do osiągnięcia przez nią określonej wagi umożliwiającej powrót do programu. W takich przypadkach zawsze konieczne jest informowanie pacjentki o przyczynach tego rodzaju działania, podyktowanych najczęściej zagrożeniem życia.

Integralnym elementem procesu leczenia na oddziale są spotkania superwizyjne prowadzone według modelu psychodynamicznego z uwzględnieniem elementów terapii behawioralnej i systemowej oraz farmakoterapii. Celem superwizji jest rozeznanie właściwości podejmowanych interwencji oraz kierunków pracy terapeutycznej (farmakologicznej i psychoterapeutycznej).

Różne oblicza anoreksji

Metaforycznie możemy potraktować anoreksję jako przysłowiowy czubek góry lodowej. Jak już wcześniej wspomniano, oczywiste jest, że rozumienie anoreksji jedynie jako utraty apetytu (an — utrata, orexis — apetyt, pożądanie) nie oddaje jej istoty, a co najwyżej można ją traktować jako objaw złożonego i skomplikowanego procesu chorobowego czy nawet charakterologicznego.

Odwołując się do przedstawianego przez Antoniego Jakubczyka, Cezarego Żechowskiego i Irenę Namysłowską podziału anoreksji na typ borderline, psychotyczny i neurotyczny [4] można mówić o określonych stylach funkcjonowania pacjentek z anoreksją (ich ego, typach mechanizmów obronnych czy percypowaniu rzeczywistości) oraz wynikających z nich reakcji na określone elementy oddziaływań terapeutycznych w ramach leczenia oddziałowego.

Poniżej omówiono pokrótce poszczególne typy anoreksji oraz przytoczono odpowiadające im przykłady pacjentek, ze szczególnym uwzględnieniem ich reakcji na określone elementy leczenia.

Typ psychotyczny

W tym typie objawy jadłowstrętu psychicznego pełnią funkcje adaptacyjne broniąc słabe ego pacjenta przed naporem treści psychotycznych, dając mu poczucie kontroli, spójności i tożsamości w obrębie „ja”. Zasadniczą różnicą pomiędzy psychotyczną organizacją osobowości w jadłowstręcie psychicznym a organizacją typu borderline jest to, że choć u pacjentów borderline ego ulega regresji i licznym rozszczepieniom, to jednak ciągle odtwarza się jako całość [1]. U pacjentek z psychotyczną organizacją osobowości istnieje stała groźba głębokiej, nieodwracalnej regresji ego i „osunięcia się w psychozę”, dlatego też skupione są one na kontroli wewnętrznych reprezentacji obiektualnych i reprezentacji własnego self, a objawy anorektyczne zapewniają im czasową spójność i tożsamość. Pacjentki schizoidalnie odsuwające się od rzeczywistości wydają się bardziej dziwaczne, a objawy anorektyczne nieraz nabierają dla nich znaczenia magicznego. Czasowa spójność self zostaje osiągnięta poprzez wycofanie się z rzeczywistości w świat objawów i ich fantazyjnego kontrolowania.

Jak podaje Żechowski [1] podstawowymi mechanizmami obronnymi są tu rozszczepienie i projekcyjna identyfikacja, a więc rzutowanie wewnętrznych złych obiektów i kontrolowanie ich w obiektach zewnętrznych. Najczęściej to właśnie pokarm i opieka (kontrakt) przeżywane są jako zagrażające (trucizna i zniewolenie). Ma tu również miejsce omnipotentne zaprzeczenie zależności, silna potrzeba kontroli, podejrzliwość i wrogość.

15-letnia Amelia została przyjęta na oddział z powodu ciągłego spadku wagi wynikającego ze znacznego ograniczania przyjmowanych pokarmów. Ograniczanie pojawiło się na przestrzeni czterech miesięcy poprzedzających hospitalizację, podczas których podjęła się kuracji odchudzającej przeprowadzanej pod okiem specjalistów (turnus odchudzający w sanatorium) z powodu nadwagi (BMI = 27 kg/m²) i „przekarmiania jej przez matkę w dzieciństwie”. Pomimo osiągnięcia odpowiedniej wagi (BMI = 18,6 kg/m²), pacjentka nie była w stanie zaprzestać ograniczania przyjmowanych pokarmów, co uzasadniała lę-

kiem przed ponownym przytyciem. W wywiadzie potwierdzona została diagnoza choroby psychicznej u jej matki (choroba afektywna dwubiegunowa).

W trakcie pobytu na oddziale waga pacjentki spadła do BMI = 17 kg/m², postanowiono więc wdrożyć program behawioralny motywujący do stabilizacji wagi, z czym miało wiązać się uzyskiwanie przez chorą kolejnych przywilejów, takich jak możliwość zamiany produktów żywnościowych, rezygnacji z jednego posiłku, wyjścia z rodziną poza oddział i otrzymania przepustek terapeutycznych, co miało przyczynić się do redukcji poziomu doświadczanego przez nią lęku.

Stosunek do programu: pacjentka oceniała program jako prześladowczy, zagrażający jej dobrostanowi (szczupła sylwetka), nie chciała się na niego zgodzić, nie była w stanie dostosowywać się do zasad i utrzymywać wagi, pomimo jej dalszego spadku zgłaszała poczucie pełności w brzuchu, „jakby cały tłuszcz z ciała schodził do niego”, co było rozumiane jako objaw dysmorfofobii.

Po rozmowie z rodzicami uzyskaliśmy zgodę na wprowadzenie do leczenia pacjentki neuroleptyku (Risperidon).

Chora przez cały czas pobytu w oddziale stroniła od rówieśników, nie nawiązywała kontaktów, w trakcie rozmów silnie kontrolowała relację, koncentrowała się jedynie na tematach dotyczących jej wagi, lęku przed przytyciem, pozostając bezkrytyczną wobec ciągłego chudnięcia, nie interesowała się realnością (np. nie pytała o przyczyny leczenia farmakologicznego). W sytuacjach bezradności próbowała przekonywać rodziców do wypisania ze szpitala na żądanie, sugerując, iż jest źle traktowana przez personel, że jest w stanie poradzić sobie sama bez konieczności dalszej hospitalizacji.

Jej funkcjonowanie miało charakter schizoidalny, w którym widoczne było oderwanie od rzeczywistości, duże trudności w relacjach interpersonalnych i „psychotyczny” charakter objawów „ściekający tłuszcz”).

Typ borderline

Ten typ anoreksji cechuje przewaga funkcjonowania opartego na pierwotnych mechanizmach obronnych typowych dla osobowości borderline. Wg O. Kernberga należą do nich: rozszczepienie, prymitywna idealizacja, wczesne formy projekcji, zwłaszcza projekcyjna identyfikacja, zaprzeczenie, omnipotencja i dewaluacja [5].

Jakubczyk i Żechowski [6] uważają, że rozszczepienie jest podstawowym mechanizmem obronnym pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Istotą rozszczepienia jest rozdział na obiekt dobry i zły w obrębie tego samego, znaczącego dla pacjentki podmiotu. W przypadku hospitalizowanych osób z anoreksją rozszczepienie dotyczy: postrzegania członków zespołu leczącego (członkowie opiekujący się i prześladowający); pokarmu (dobry przed zjedzeniem go, a zły natychmiast po wchłonięciu); stosunku do własnego ciała (cenne z wyraźną kateksją narcystyczną, musi być doskonałe, złe i nie do przyjęcia w formie ciała dojrzałej kobiety); relacji ciało — umysł (umysł jako coś wartościowego, a ciało jako zbędny balast, umysł jako „osoba”, a ciało jako rzecz); pofragmentowania reprezentacji własnego ciała (zły obiekt to uda, brzuch, policzki, twarz) [6].

Mechanizmy projekcyjnej identyfikacji związane są z brakiem wyraźnych granic między „ja” a „nie ja”. Przykładem takiego nieodróżnicowania jest m.in. fakt, iż pacjentki

z anoreksją czują się „najedzone” wtedy, kiedy karmią innych. Projekcyjna identyfikacja polega na wyprojektowaniu wewnętrznych, złych, mściwych, prześladowczych obiektów i próbie ich kontrolowania w obiektach zewnętrznych. Takimi obiektami bywają często instytucje lecznicze i ich personel. Pacjentki umieszczają różne, często skonfliktowane ze sobą aspekty self w poszczególnych członkach zespołu (dyfuzja self wg Kernberga [5]), co może powodować impas w samym zespole, przyczyniać się do konfliktów odzwierciedlających rozszczepienie i projekcyjną identyfikację w samej pacjentce [6].

Prymitywna idealizacja dotyczyć może relacji matka — pacjentka, co przyczyniać się może do przejmowania odpowiedzialności za stan psychiczny, emocje i nastrojów matki, a często również innych ważnych osób. Pacjentki reagują zwykle powierzchowną uległością bądź nadmierną, nieadekwatną agresją, co sprzyja zaburzeniu powtórnego procesu separacji-indywiduacji i autonomii [7].

Zaprzeczenie — można mówić o dwóch jego rodzajach: zaprzeczeniu archaicznym (ang. denial), kiedy np. zachowana jest pamięć czynu, ale pacjentki nie są zdolne do zintegrowania intelektualnego procesu pamięciowego z aktualnie przeżywaną emocją lub zaprzeczają istnieniu śmierci oraz negacji (ang. negation), która związana jest z mechanizmem wyparcia, kiedy to pacjentki zaprzeczają potrzebie jedzenia, swojemu wyglądowi (wychudzeniu), doznaniom somatycznym, chorobie, trudnościom w relacji z ważnymi obiektami (matkami). Zaprzeczenie odgrywa rolę mechanizmu ochraniającego, gdyż z jednej strony pacjentki z anoreksją przejawiają zachowania perfekcjonistyczne, kompulsyjne, a z drugiej strony atakują ustalone granice postępowania i leczenia.

Przykładem może być 17-letnia Marta, hospitalizowana na oddziale dwukrotnie z powodu ilościowego i jakościowego ograniczania spożywanych pokarmów, co skutkowało znacznymi spadkami wagi. Za pierwszym razem jej BMI wynosił 17 kg/m², za drugim 14,8 kg/m². Pomiedzy hospitalizacjami pacjentka rozpoczęła psychoterapię indywidualną, którą była zmuszona przerwać przez wzgląd na konieczność powtórnej hospitalizacji.

Stosunek pacjentki do programu: w trakcie pierwszej hospitalizacji chora nie była objęta kontraktem z powodu wysokiego BMI. Ten element leczenia został włączony dopiero za jej drugim pobytem na oddziale i przeżywany naprzemiennie jako ratujący z choroby i w sytuacjach spadku masy ciała czy „cofnięciu się” w programie, oraz jako represywny, ograniczający, „sprzyjający jedynie tuczeniu”, gdy waga rosła.

W funkcjonowaniu pacjentki na oddziale można było zaobserwować tendencję do rozszczepienia, widocznego szczególnie w przeżywaniu przez nią personelu leczącego. Miała ona swojego terapeute, którego silnie idealizowała i traktowała niczym wybawcę, oraz lekarza, który w jej odczuciu zaniedbywał ją i był „beznadziejny”. Idealizacja terapeuty wyrażała się również w jej przekonaniu, że „czytał on w jej myślach” oraz w tendencji do obsadzania go w roli „lepszego matki”, co z kolei owocowało bezkrytycznym przyjmowaniem interpretacji jako „rad” mających ją uleczyć i poprawić jej sytuację życiową, oraz coraz częstszym werbalizowaniem złości do matki, wynikającej z poczucia, że jest przez nią kontrolowana i ograniczana, oraz blokuje dostęp do ojca. Wszelkie informacje mające zaburzyć idealny obraz terapeuty pacjentka odrzucała, zniekształcała i przypisywała innym osobom z personelu, w szczególności zaś lekarzowi prowadzącemu (np. nie uważała terapeuty za członka personelu współdecydującego o charakterze jej programu terapeutycznego i wynikających ze spadków wagi ograniczeniach, złościła się na lekarza za „utrudnianie jej

życia na oddziale”, „robienie na złość” i „brak zrozumienia”). Rozszczepienie dotyczyło również pokarmu (idealizowanego przed zjedzeniem, nienawidzonego po) i części ciała, ze szczególnym uwzględnieniem brzucha, który po uprzednim wypełnieniu go pokarmem stawał się dla niej obrzydliwy, wzdęty, uniemożliwiał kontakty interpersonalne.

Chora (zwłaszcza na początku leczenia) silnie tłumiała potrzeby popędowe, zaprzeczała stratom wynikającym z choroby, z jednej strony przejawiała zachowania perfekcyjności (porządkowanie rzeczy, nadmierna uprzejmość wobec wybranych osób z personelu, powierchowne podporządkowanie się), a z drugiej strony przekraczała i atakowała ustalone granice terapii, np. wypisując się na żądanie przed ukończeniem procesu leczenia, po znacznym przyroście masy ciała.

Typ neurotyczny

Tutaj mechanizmy obronne są bardziej dojrzałe, typowe dla neurotycznej struktury osobowości, takie jak: wyparcie, stłumienie, idealizacja, projekcja i kompensacja. Pacjentki cechuje zaniżona samoocena, lęk lub perfekcjonizm. Zachowanie idealnej sylwetki, do której dążą z narażeniem życia, ma im zrekompensować lęk, poczucie mniejszej wartości, dodać siły. Pokarm stoi na drodze w osiągnięciu celu i przeszkadza. Pacjentki z tej grupy lubią przygotowywać jedzenie innym. Lepiej funkcjonują społecznie. Objawy wydają się mieć dla nich charakter instrumentalny i dają wtórne korzyści.

W tej grupie niejednokrotnie znajdują się chore, które przeżyły traumę i objawy anorektyczne znikają, gdy zaczynają pracować z urazem.

16-letnia Monika została przyjęta na oddział z powodu spadku wagi (do BMI 15,7 kg/m²); w wywiadzie restrykcje jedzeniowe trwające od około 18 miesięcy. W ambulatorium objęta opieką psychiatryczną. Pomimo zaleceń lekarza prowadzącego dotyczących podjęcia psychoterapii, matka pacjentki negocjowała jej konieczność, szukając poradnictwa psychologicznego.

Ograniczanie spożywania pokarmów nastąpiło po nawiązaniu przez pacjentkę kontaktu z biologicznym ojcem, wbrew woli matki, skonfliktowanej z byłym partnerem, z którym rozstała się jeszcze przed narodzinami córki. Relacja pacjentki z matką jawiła się jako symbiotyczna, zagarniająca, pozostawiała mało przestrzeni na poczucie sprawstwa i autonomii, ograniczała wpływy z zewnątrz (blokowanie przez matkę podjęcia przez córkę długoterminowej psychoterapii indywidualnej).

Stosunek do programu: pacjentka zareagowała złością na konieczność objęcia jej programem terapeutycznym, wielokrotnie deklarowała niechęć do pobytu na oddziale i lęk przed jego przedłużaniem się (długość uzależniona od realizowanego programu), podczas gdy dobrze aklimatyzowała się w grupie, nawiązała współpracę z terapeutą indywidualnym i stopniowo zaczęła werbalizować lęki przed zakończeniem leczenia i opuszczeniem oddziału. Relacja ta nasycona była idealizowaniem przez pacjentkę osoby terapeuty z jednoczesnym wypieraniem związanych z nim potrzeb i emocji (złości za zostawianie jej w trakcie weekendów). Objawy pacjentki dostarczały jej wielu wtórnych korzyści, takich jak autonomia w obszarze objawowym, kontrola nad relacją z matką (to pacjentka — pośrednio przez kontrakt — decydowała o odwiedzinach i przepustkach do domu), niekonfrontowanie się — przez koncentrację na ciele czy pobyt na oddziale

— z wypieranymi potrzebami popędowymi czy emocjami wynikającymi z ograniczania autonomii przez matkę (złość, lęk przed nieporadzeniem sobie) oraz zwrócenie na siebie uwagi nieobecnego ojca.

Podsumowanie

Praca z pacjentkami z jadłowstrętem psychicznym oraz ich różne reakcje i emocje wywoływane poprzez stosowanie na oddziale omawianych technik terapeutycznych wyraźnie prezentują zależność pomiędzy nastawieniem do leczenia i podejmowania współpracy terapeutycznej a poziomem organizacji osobowości i stosowanych mechanizmów obronnych. Do wspólnych cech osobowościowych występujących w anoreksji zalicza się: upór w dążeniu do wyznaczonego celu, przesadną ambicję, niskie poczucie wartości swojej osoby, a także swoich osiągnięć [8]. Inne cechy kojarzone z osobowością pacjentek z anoreksją, prawdopodobnie wzmocnione przez jadłowstręt psychiczny, to: perfekcjonizm, wycofanie emocjonalne, wrażliwość na krytykę, brak zaufania zarówno do siebie samej, jak i do innych ludzi, trudności w werbalizowaniu własnych emocji (aleksytymia), a także niska samoocena, samoświadomość. Przy głębszym poznaniu ich dynamiki intrapsychicznej widoczne stają się różne znaczenie prezentowanych cech [9]

Chore z anoreksją mają zbliżone grupy objawów, które wg klasyfikacji ICD-10 można zdefiniować jako jedną chorobową, niemniej jednak ich etiologia jest zróżnicowana, co wymaga dostosowywania metod leczenia do indywidualnych możliwości pacjentek (np. indywidualizacja kontraktów: różnicowanie oczekiwań stawianych przez personel leczący dotyczących pozyskiwania kolejnych przywilejów w zależności od poziomu organizacji osobowości), przy jednoczesnym zachowaniu podobieństwa schematu obowiązującego wszystkie dziewczęta z anoreksją (np. stosowanie tej samej procedury: zawarcie kontraktu, ilość sesji indywidualnych, ilość konsultacji lekarskich) [10].

Ponadto, podejmując pracę z pacjentkami z jadłowstrętem psychicznym w okresie adolescencji lub nawet preadolescencji, coraz częściej obserwujemy znaczenie czynnika kulturowego (propagowany przez media styl życia będący pierwszym krokiem do wystąpienia anoreksji, np. ortoreksja), utożsamianie szczupłej sylwetki z synonimem sprawczości i skuteczności życiowej [11]. Szacuje się, że liczba osób dotkniętych anoreksją, które mają także zaburzenia osobowości, to wielkość rzędu kilkudziesięciu procent. Przy szukaniu powiązań pomiędzy tymi dwoma stanami należy zadać sobie pytanie, który z nich jest dominujący, a który jest zaburzeniem towarzyszącym [12]? Z jednej strony anoreksja może być specyficznym sposobem, w jaki zaburzenie osobowości ujawnia się, z drugiej — wpływ długotrwałej głodówki na umysł osoby chorej może dać efekty w postaci zaburzonej osobowości, zwłaszcza że na anoreksję chorują głównie osoby w wieku dorastania, kiedy to kształtuje się osobowość człowieka.

W przypadku pacjentów w okresie adolescencji mówimy o obserwacji w kierunku nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Te cechy, które korelują z występowaniem anoreksji, możemy odnaleźć w osobowości anankastycznej, unikającej, zależnej czy borderline. Najlepsze rokowania lecznicze obserwuje się u pacjentek z neurotyczną organizacją osobowości, u których anoreksja przybiera formę redukcji lęków i rozwiązywania konfliktów z fazy edypalnej.

Określenie poziomu organizacji osobowości pacjentek z anoreksją staje się kluczowe dla dostosowywania odpowiednich technik leczenia. W pracy z pacjentkami w okresie adolescencji jest to niejednokrotnie utrudnione ze względu na różnorodność reakcji wynikającej z kryzysu rozwojowego. Obserwacja sposobu wchodzenia w relacje, rodzaju przeniesienia w relacji terapeutycznej, nastawienia do kolejnych etapów i elementów leczenia oraz funkcjonowania w społeczności terapeutycznej daje nam obraz pełnej diagnozy, umożliwiającą dostosowanie technik leczenia.

Piśmiennictwo

1. Żechowski C. Psychotyczny typ jądłowstrętu psychicznego. Anoreksja a schizofrenia. W: Walewska K, red. Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii. Warszawa: MediPage 2008; 118–124.
2. Dare C, Crowther C. Psychodynamic model of eating disorders. W: Szmukler G, Dare C, Treasure J, red. Handbook of eating disorders: theory and research. Chichester: Wiley 1995
3. Żechowski C, Namysłowska I, Jakubczyk A, Siewierska A, Bażyńska AK. Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży — refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń. Psychiatr. Psychol. Klin. 2010; 1(10); 25–30.
4. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. Jądłowstręt psychiczny — różne postaci, 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. Kernberg O. Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline. Gdańsk: GWP, 2007.
6. Jakubczyk A, Żechowski C. Psychoanalityczne poglądy na zaburzenia odżywiania się. W: Namysłowska I, red. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 95–106.
7. Moore B.E., Fine B.D. Słownik psychoanalizy. Warszawa: Wyd. J. Santorski & CO; 1996, s. 109–110.
8. Rajewski A, Talarczyk-Więckowska M. Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jądłowstrętu psychicznego. Psychiatr. Pol. 1996; XXX, 5: 811–820.
9. Józefik B. Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 1999.
10. Nowak M, Hymnik J, Janas-Kozik M. Nieprawidłowo kształtująca się osobowość w okresie adolescencji — trudności diagnostyczne oraz dylematy terapeutyczne. W: Rabe-Jabłońska J, red. Psychiatria i psychologia kliniczna. Warszawa: Wyd. Medical Communications; 2010, s. 45–50.
11. Majid SH, Treasure JL: Zaburzenia jedzenia W: Wright P, Stern J, Phelan M. Psychiatria. Sedno. (Red. wyd. polskiego J. Rybakowski, F. Robakowski). Wrocław: Wyd. Urban&Partner; 2008, s. 236–237.
12. Janas-Kozik M, Krupka-Matuszczyk I, Hymnik J, Sołowiów R. Zmienna i ciągła diagnoza w procesie psychoterapii pacjentki z zaburzeniami odżywiania się. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14 (supl. 1/20): 103–106.

Adres: Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II
ul. Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec
a-mail: mjkozik@o2.pl