

PSYCHOTERAPIA 3 (166) 2013

strony: 71–78

Mariusz Ślosarczyk

**PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA WYNISZCZONEJ PACJENTKI
Z JADŁOWSTRĘTEM PSYCHICZNYM W WARUNKACH
STACJONARNEGO ODDZIAŁU PSYCHIATRYCZNEGO
— OPIS PRZYPADKU**

**INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY OF CACHECTIC PATIENT WITH ANOREXIA NERVOSA IN
CONDITIONS OF IN-PATIENT PSYCHIATRIC UNIT — CASE REPORT**

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ
p. o. kierownika: dr med. Maciej Wojciech Pilecki

W artykule prezentowany jest przebieg procesu indywidualnej psychoterapii 18-letniej pacjentki leczonej na oddziale stacjonarnym z powodu wyniszczenia w przebiegu trwającego od kilku lat jadłowstrętu psychicznego. Rozumienie psychopatologii i zjawisk zachodzących w psychoterapii ukazane jest z perspektywy psychodynamicznej. Autor poddaje analizie własne trudności w kontakcie terapeutycznym z pacjentką.

**anorexia nervosa
individual psychotherapy
hospitalization**

Summary: The article presents the process of individual psychotherapy of cachectic patient with chronic anorexia nervosa. The therapy was conducted in conditions of the inpatient psychiatric ward for adolescents as a part of treatment during the twenty-four-hour hospitalisation. Understanding of the patient psychopathology as well as phenomena appearing in the time of the psychotherapy process were described in the psychodynamic paradigm. Basic difficulties met by the therapist of chronic patients with eating disorders are mentioned. Particular attention is paid to the situation when the psychotherapy takes place within the inpatient unit and thereupon as integral part of hospitalization has to be only a short episode in the broader plan of long-term treatment.

18-letnia pacjentka, uczennica III klasy licealnej, została przyjęta na stacjonarny oddział psychiatryczny dla młodzieży z powodu znacznego wyniszczenia fizycznego w przebiegu anoreksji. W momencie przyjęcia jej BMI wynosiło 11,4. Chorowała od 5 lat, od 4 lat nie miała miesiączki. Miała poza sobą kilka hospitalizacji, w tym trzy psychiatryczne i dwie pediatryczne (jedna na oddziale o profilu endokrynologicznym, druga była wynikiem próby samobójczej przez zażycie leków). W okresie przed hospitalizacją pacjentka poważnie ograniczała przyjmowanie posiłków zupełnie nieadekwatnie do dramatycznego wychudzenia, dążyła do dalszej redukcji masy ciała, wymiotowała niemal po każdym posiłku. Poza chorobą podstawową rozpoznano u niej również alopecję o nieustalonej etiologii (objawy łysienia od 8. roku życia, od dłuższego czasu używała peruki) oraz chorobę Hashimoto (rozpoznaną równocześnie z anoreksją i systematycznie od tamtego czasu lezoną). W trakcie hospitalizacji psychiatrycznych obserwowano zachowania opryskliwe, aroganckie, upór, negatywizm i tendencje manipulacyjne. Na tej podstawie rozpoznano u niej dodatkowo zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Pacjentka była wychowywana przez matkę i ojczyma, miała o 3 lata młodszą siostrę, ojca straciła w wieku 10 lat.

Na początku hospitalizacji uwaga personelu skupiona była na stanie somatycznym pacjentki. Niedługo po przyjęciu została ona przekazana na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) z powodu hipotonii, bradykardii (częstość akcji serca momentami poniżej 40/min) oraz hipokaliemii (poziom potasu nawet 2,8) i leukopenii (niewiele ponad 2 tysiące/ μ l), gdzie przebywała kilka dni. Bardzo trudno było ustalić z nią zasady spożywania posiłków oraz przybierania na wadze (składające się na tzw. kontrakt dietetyczny), gdyż odrzucała propozycje personelu: odmawiała spożywania porcji w całości, kwestionowała odpowiedniość diety, negowała potrzebę nadzoru pielęgniarstwa oraz spoczynkowego trybu życia na tym etapie leczenia. Koncentracja zespołu na tych zagadnieniach sprawiła, że indywidualny kontakt psychoterapeutyczny z pacjentką rozpoczął się z pewnym opóźnieniem. Należy zaznaczyć, że leczenie odbywało się na oddziale ogólnopsychiatrycznym, gdzie grupa osób z zaburzeniami jedzenia stanowiła jedynie fragment całej populacji pacjentów. Dodatkowo oddział pełni dyżur dla młodzieży z regionu województwa małopolskiego, co przekłada się na istotny odsetek przyjęć nagłych, często powiązanych z ostrym obrazem klinicznym. Utrudnia to niejednokrotnie uporządkowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i zmniejsza kontrolę nad nim. Psychoterapia indywidualna, kontrakt dietetyczny oraz leczenie powikłań somatycznych jadłowstrętu nie wyczerpują oczywiście listy metod oddziaływania stosowanych na oddziale wobec osób z anoreksją, w tym również wobec opisywanej pacjentki. Stosowano również farmakoterapię (z olanzapiną jako głównym lekiem psychotropowym) i psychoterapię grupową. Pacjentka uczestniczyła w zebraniach społeczności terapeutycznej, spotkaniach z rodziną i terapii zajęciowej [1].

Przebieg terapii

Terapia indywidualna rozpoczęła się mniej więcej po dwóch tygodniach pobytu na oddziale, licząc od powrotu pacjentki z OIOK. Była prowadzona w nurcie psychodynamicznym. Trwała aż do wypisania pacjentki na żądanie, czyli 8 tygodni, z częstością dwóch sesji tygodniowo, po 45 min każda. W sumie odbyło się 15 sesji; jedną sesję pacjentka opuściła. Udało się zachować stałość dni spotkań. Godziny rozpoczęcia podlegały modyfikacjom dyktowanym innymi bieżącymi obowiązkami terapeuty — o tych zmianach pacjentka była uprzedzana rano w dniu sesji. Przed podjęciem leczenia terapeuta miał świadomość rozpoczynania pracy z osobą poważnie wyniszczoną fizycznie, przewlekłe chorą i przez to wtórnie zaadaptowaną do choroby. Towarzyszyły mu uczucia pewnego pesymizmu, ale równocześnie ochota dokonania w tej terapii czegoś niezwykle, metaforycznie ujmując „cudownego uzdrowienia”, tak jakby częściowo zaktywowała się w nim postawa dziecięcej omnipotencji. Odbiciem tych uczuć i całego tego zapału terapeutycznego była oferta dwóch spotkań tygodniowo, normalnie bardzo trudna do dotrzymania w warunkach pracy na oddziale, na jakim pacjentka przebywała, i wobec innych licznych obowiązków terapeuty.

Prezentacja terapii obejmuje opis jej trzech faz, przy całym poczuciu pewnej schematyczności takiego podziału.

Pierwszy etap w tym ujęciu odpowiada mniej więcej pierwszym 6 sesjom. W tym okresie na sesjach dominowała początkowo atmosfera nieufności pacjentki, niezadowolenia z pobytu na oddziale, oczekiwania na wypisanie ze szpitala. Sytuację na oddziale oceniała

jako najwyraźniej uciążliwą również dla personelu i podsuwała wypisanie jako sposób na jej rozwiązanie. Twierdziła, że „może przecież wyjść, poradzi sobie, to widać wy sobie nie radzicie”, czyli w całości odwracała sytuację leczenia i teraz to ona udzielała porad bezradnemu i słabemu personelowi. Na spotkaniach siedziała w kucki, jakby odgradzała się od terapeuty, kontakt wzrokowy nawiązywała jedynie sporadycznie. Mówiła jednak silnym, zdecydowanym, dźwięcznym głosem, tworząc złudne wrażenie obcowania ze zdrową nastolatką, która jest zniewolona pobytem w szpitalu. Siebie przedstawiała jako rozsądną dziewczynę, która widzi swoje wyniszczenie i dlatego szukała dla siebie szpitala, wie, że jest chuda, nienawidzi tego i chce zmiany. Nieprzestrzeganie zasad kontraktu, ciągłe chodzenie, wymykanie się pielęgniarkom z odsiadek po posiłkach, wsmarowywanie masła pod blat stołu, odmawianie jedzenia — to wszystko było przez nią bagatelizowane i uważane za obronę siebie samej przed zniewoleniem, złym traktowaniem, terrorem, w ujęciu metaforycznym obronę przed „złym pokarmem”. Sugerowała, że gdyby tylko przestać ją pilnować, problem by się skończył — wszystko już zrozumiała, pobyt na intensywnej terapii otrzeźwił ją i teraz jest gotowa na wypisanie. Było dla niej dziwne, że personel tego nie rozumie. Przy takiej formie i zabarwieniu emocjonalnym dialogu terapeuta miał poczucie rozmowy z osobą zaprzeczającą rzeczywistości na poziomie obron psychotycznych. Mniej więcej na etapie trzeciego — czwartego spotkania odbierał pacjentkę jako bardziej ufną, ale nadal niepewną w kontakcie. Miał poczucie jej wiązania się głównie poprzez idealizację jego osoby, przeciwstawianie go tym, którzy jej nie rozumieją, dręczą, niewolą, pacyfikują (np. lekarzowi prowadzącemu, ordynatorowi). Widać było, że ma wielkie oczekiwania, chciałyby więcej rozmów, zainteresowania nią, opieki, wręcz przejęcia za nią pełnej odpowiedzialności, ale też boi się tego, tak jakby taka sytuacja czymś jej silnie zagrażała.

Na tym etapie — korzystając z pozytywnego przeniesienia i z poczuciem konieczności stworzenia dla krótkoterminowej terapii na oddziale wyraźnego odniesienia w historii życia pacjentki — udało się wzbogacić dane faktograficzne, szczególnie w zakresie sposobu przeżywania przez nią faktów. Opisując swoje lata dziecięce i osoby dla siebie najbardziej znaczące pacjentka wyraźnie idealizowała postać swojego nieżyjącego ojca. W pewnym zakresie pomagało to zrozumieć, dlaczego terapeuta mężczyzna tak szybko stał się również obiektem idealizacji. Mimo że jej ojciec był alkoholikiem, jego alkoholizm był przez nią jakby marginalizowany. O kłótniach ojca z matką, nawet o jego biciu matki i swoim lęku ledwie napomykała. Opisywała go jako dobrego, troskliwego ojca. Dodatkowo nadawała mu też atrybuty dobrej matki, bo to on zapewniał jedzenie, kochał je przyrządzać, dbał o dom. Uważała, że jest podobna do ojca, także jej przywiązywanie wagi do jedzenia było wyrazem przywiązania do niego. Pamiętała zresztą również bardziej pozytywne elementy relacji pomiędzy rodzicami — opisywała radosny śmiech i odgłosy zza ściany, które słyszały obie z siostrą i które dziś interpretuje jako współżycie seksualne rodziców. Nie potrafi przypomnieć sobie swoich przeżyć, kiedy to się działo, mówi o tym z mieszaniną zawstydzenia i zadowolenia. W wieku 7—8 lat zaczęła łysieć, przeżywała to z głębokim wstydem, czuła się gorsza od innych, była wyśmiewana przez rówieśników. Również i w tym aspekcie wspomina ojca jako głównego opiekuna — to on w jej opisie zabiega o diagnozę, wozi ją na konsultacje itd. Mówi, że bardziej była związana z ojcem, a młodsza siostra — z matką. Kiedy miała 10 lat, ojciec nagle zmarł, co pacjentka przeżyła z głębokim smutkiem, poczuciem nieodżałowanej straty. Przypomina sobie okres, kiedy

matka częściej wychodziła z domu, spotykała się z mężczyznami. Ona zostawała w domu sama z siostrą. Bała się, że coś się matce stanie, ale też odczuwała złość, wściekłość, telefonowała do niej, wymuszała wcześniejsze powroty do domu. Potem, mniej więcej w wieku 12 lat, mieszkał już z nimi na stałe nowy partner matki i sytuacja uspokoiła się; obie dziewczynki się z tym pogodziły i doceniają to, nawet są zadowolone.

Na tym tle stopniowo wyłania się obraz anorektyczny. Pacjentka mówiąc o tym bagatelizuje znaczenie ojczyma i nowego związku matki dla powstania jej choroby. Nawiązując spontanicznie do tej hipotezy (anoreksja jako jej odpowiedź na ten związek i co za tym idzie na słabsze zaangażowanie matki w jej problemy), wiąże ją z jedną z poprzednich hospitalizacji i sposobem rozumienia proponowanym przez zespół tamtego oddziału, ale wyraźnie się wobec niej dystansuje. Sama większe znaczenie przypisuje postaci kuzynki. Była to osoba zbliżona do niej wiekiem, ale trochę wcześniej dojrzewająca. Pacjentka bardzo przeżywała zaokrąglanie się kształtów kuzynki, miała ciągle przed oczami jej prawie kobiecego brzuch; ten obraz ją prześladował i chciała przed nim uciec poprzez własne chudnięcie. Stopniowo doprowadziło to do anoreksji około 13. roku życia. Następnie pojawia się okres wielu hospitalizacji, niewielkich popraw i nawrotów. Po ukończeniu gimnazjum pacjentka poszła do liceum leśnego z internatem (dość daleko od domu), jednak tam z czasem prawie w ogóle przestała jeść, musiała więc opuścić internat i zmienić szkołę. Po powrocie do domu przez pewien czas utrzymywała się poprawa i w II klasie LO waga sięgała nawet 45—50 kg (kiedy odbywały się te sesje, było to około 33 kg). Wtedy nastąpiło pogorszenie, które ostatecznie skończyło się obecną hospitalizacją. Wg pacjentki zostało ono spowodowane komentarzami matki, ojczyma, siostry dotyczącymi jej wyglądu, które ona odbierała jako szydercze, złośliwe, wręcz jako wyzwiska, ze strony ojczyma dodatkowo z wyraźnym podtekstem erotycznym (z nawiązaniem do jej kobiecych kształtów — ona sama skłonna jest to bagatelizować). Stopniowo waga obniżała się, a pacjentka traciła nad tym kontrolę, w szczególności nad przymusem wymiotowania. Czuła się tak, jakby ciało wymiotowało, a ona z boku przyglądała się temu przerażona, ale nieumiejąca tego powstrzymać. Właśnie to doświadczenie wymiotów jakby „poza sobą” pchnęło ją w głównej mierze do podjęcia decyzji o ponownym leczeniu na oddziale.

Na tym etapie leczenia terapeuta dążył do wypracowania roboczych hipotez dotyczących psychogenezy zespołu objawowego pacjentki. Takie próbne wersje rozumienia mogłyby towarzyszyć dalszemu kontaktowi terapeutycznemu w oczekiwaniu na weryfikację, falsyfikację lub też odpowiednie modyfikacje wynikające z przebiegu terapii. Wydawało się prawdopodobne, że zespół anorektyczny rozwinął się w odpowiedzi na wiele utrat, których doświadczyła pacjentka. Pierwszą było wypadanie włosów, związana z tym zmiana obrazu ciała i następny kryzys w obszarze poczucia własnej wartości, drugą — śmierć ojca, a trzecią — koncentracja uwagi matki na świecie mężczyzn, czyli nie na niej i siostrze. Pacjentka przypuszczalnie odpowiedziała na te utraty reaktywacją uczuć depresyjnych, być może dodatkowo wzmocnionych z powodu niekorzystnego rozwiązania pozycji depresyjnej we wcześniejszym rozwoju. Mogło to prowadzić do silnego wzrostu poczucia winy oraz depresyjnego lęku przed własną wrogością i przed zniszczeniem obiektu zależności. Potwierdzeniem mogą być relacjonowane przez nią objawy lęku separacyjnego podczas nieobecności matki w domu (np. lęk, że matka umrze, zginie, coś jej się stanie), a także wyraźna skłonność do przeżywania nieadekwatnego poczucia winy (np. lęk przed

częstowaniem innych osób przygotowanym przez siebie jedzeniem, bo być może komuś mogłoby to zaszkodzić, a ona czułaby się winna).

Nasilenie się trudnych do tolerowania przez słabe ego uczuć depresyjnych mogło prowadzić do regresji psychicznej i w rezultacie do nasilenia obron projekcyjnych. W konsekwencji rozwinął się obraz wycofania społecznego, lękowego usunięcia się w cień i wtórnego obronnego skupienia na sobie (obraz wtórnego narcyzmu). Obiektami projekcji pacjentki była matka, ojczym, siostra — wszyscy stopniowo mniej lub bardziej stawali się w jej przeżyciu wrogami. Prowadziło to do odmowy jedzenia w domu, przypuszczalnie przy równoczesnym symbolicznym przeżywaniu jedzenia jako złej matki. Ważnym obiektem projekcji stało się ciało pacjentki przeżywane jako złe i niepotrzebne, a przy tym wyraźnie oddzielone od psychiki. Można to nazwać projekcjami wewnętrznymi na ciało w sytuacji przeżywania go jako odrębnego, obcego wobec self. Okresowym wyjściem było przeniesienie się do internatu z dala od domu, co doprowadziło do chwilowej poprawy, po czym procesy projekcyjne uczyniły się także w tym nowym środowisku. Doszło po raz kolejny do intensywnego głodzenia się; równocześnie obraz domu i matki dzięki oddaleniu ulegał idealizacji, pojawiła się tęsknota i kolejna poprawa po powrocie do domu związana nawet z istotnym przyrostem wagi. Ostatnie pogorszenie przed przyjęciem na oddział wiązało się z jeszcze wyraźniejszym odszczepieniem ciała, pojawiały się przeżycia bycia poza ciałem i obok niego, braku wpływu na nie, odczucia automatyzmów cielesnych. Równocześnie zintensyfikowały się wymioty zupełnie poza kontrolą. Takie przeżycia obserwowania z boku wymiotującego ciała, czasem z przerażeniem, czasem z obojętnością, świadczyły o połączeniu się mechanizmu rozszczenia psychicznego z obroną dysocjacyjną. Podobny styl przeżywania i funkcjonowania pacjentki obserwowano na oddziale — gdzie personel (początkowo z wyłączeniem terapeuty) był przeżywany jako źle życzący pacjentce, okrutny, sadystyczny. Czuła się prześladowana, ubezwłasnowolniana, więziona. Prowadziło to do unikania jedzenia, negocjowania zasad leczenia, prowokowania do sytuacji nieustannej walki, przepychanki o każdy drobiazg, a tak bardzo autoagresywne zachowania jak dopijanie wody z kranu celem sztucznego podniesienia wagi ciała, były racjonalizowane jako próby wydobywania się z „więzienia”. W tej sytuacji obraz środowiska domowego ponownie był idealizowany, a wypisanie do domu stawało się wybawieniem, zupełnie nieadekwatnie do realnego stanu zdrowia. Równoległym wątkiem rozumienia było odniesienie się do losów seksualności pacjentki. Pojawienie się w domu nowego partnera matki mogło poruszyć w psychice dojrzewającej dziewczyny obszar konfliktowości edypalnej; także przeżycie silnego fobicznego lęku związanego z zaokrąglałym się brzuchem kuzynki budziło skojarzenia z problematyką edypalną i lękiem przed zakazaną ciążą. Mogły to być dodatkowe czynniki prowokujące regresję pacjentki. Rzeczywiście sposób funkcjonowania na oddziale — polegający na dążeniu do kontrolowania leczenia, silnej przekorze, zawziętości, uporze i niezgodzie na ofertę zespołu leczącego — budził skojarzenia raczej ze sposobem bycia dziecka 2-, 3-letniego, określanym metaforycznie jako analność. Z kolei libidinalne uczucia pacjentki mogły zostać odnalezione już jedynie w quasi-miłosnym stosunku do niektórych niskokalorycznych produktów (wybierane przez siebie pieczywo i jogurty pieczołowicie przechowywała w domu w osobnych miejscach, po czym celebrowała ich jedzenie, a kiedy ktoś — a zwłaszcza siostra — naruszył jej produkty, wywoływało to gwałtowne wybuchy wściekłości).

Na tym etapie terapeuta starał się głównie wspierać, kontenerować uczucia pacjentki; początkowo wydawało mu się, że nie jest ona gotowa przyjąć głębszego komentarza interpretacyjnego. Głównie klaryfikował jej uczucia, dopytywał, zachęcał do wypowiedzi, stosował interwencje edukacyjne objaśniające istotę procesu terapii, starał się też urealnianić obraz oddziału i personelu, jaki sobie kreowała. Stopniowo, a zwłaszcza po zachęcie superwizora w trakcie superwizji oddziałowej, bardziej zdecydowanie komentował mechanizmy pozbywania się przez nią złych, agresywnych i niechcianych części siebie i umieszczania ich w zespole leczącym, co prowadziło do walki z tym zespołem, zamiast podjęcia leczenia.

Drugi okres terapii (sesja 7.—12.) wypełniony był spokojniejszą pracą, względnie pozbawioną obronnego żądania pacjentki wypisania ze szpitala. Wydawało się, że jest ona łagodniejsza, sprawiała wrażenie, że przynajmniej częściowo przyjęła ofertę oddziału i zaakceptowała relację z terapeutą — sesje często zaczynała od pytania: „o czym będziemy mówić?”, jakby wyrażając pragnienie aktywnego rodzica, który czegoś ją nauczy, na coś naprowadzi. W tym okresie była w stanie w bardziej refleksyjny i wyważony sposób wypowiadać się o matce (o związanych z nią pragnieniach i zawodzie, jakiego z jej strony czasem doznawała), o siostrze (z możliwością refleksowania jej punktu widzenia i własnej złości na nią; symbolem tej złości było chociażby opakowanie jogurtu, niejednokrotnie przeżywane przez pacjentkę jako ważniejsze dla niej niż własna siostra), o ojczymie (być może nie jest taki okropny i czasem nawet ją wspiera). Pojawiał się problem utraty włosów, niskiej samooceny, poczucia własnej małej atrakcyjności fizycznej. O większym kontakcie z rzeczywistością świadczyło wnoszenie tematu szkoły, czekających na nią koleżanek, a także kolegi z ławki, którego lubi, ale wzbraniała się przed uznaniem, że mógłby ją interesować jako chłopak. Wtedy też widoczna stała się poprawa stanu somatycznego. Pacjentka zaczęła wyglądać nieco bardziej dziewczęco. Bardziej dbała o swój ubiór i bardziej podkreślała swoją kobiecość. Terapeuta miał wrażenie, że fakt, iż jest to dostrzegane również przez niego, z jednej strony był dla niej miły i istotny, ale z drugiej wywoływał niejasne uczucie zagrożenia. Stawało się wyraźne, że z powrotem bardziej interesuje się światem: szkołą, rówieśnikami na oddziale, swoją przyszłością, a także terapeutą. Fakt, że zauważała różne drobne szczegóły (np. że ma on plaster na palcu, więc pewnie się zranił, albo że ma nową fryzurę, obciął sobie włosy) terapeuta widział w dość wyraźnym kontraście z postawą z pierwszego tygodnia terapii, kiedy właściwie dla niej nie istniał.

Przypuszczalnie ta nowa sytuacja większego i dojrzałego zaangażowania w relację ze światem stała się dla pacjentki zbyt zagrażająca, gdyż w trzecim etapie leczenia na nowo powrócił stary schemat żądania wypisania ze szpitala, zaprzeczania problemowi, idealizacji efektów terapii. Pacjentka w nieadekwatny sposób uważała, że jej problem się skończył, wszystko będzie już dobrze, w domu z pewnością sobie poradzi, oddział, a także terapeuta już nie są jej potrzebni (sprawiało to wrażenie wyrzucania, jakby metaforycznego wymiotowania tego, co wcześniej częściowo udało jej się przyjąć). Terapeuta rozumiał to jako wyraz formy oporu w terapii nazywanej w literaturze wzlotem ku zdrowiu [2], kiedy perspektywa przeżycia trudnych emocji w relacji terapeutycznej jest tak zagrażająca, że powoduje rzeczywiste porzucenie leczenia z użyciem racjonalizacji, że jest się już zdrowym. Wydawało się, że taką istotną treścią, której pacjentka w ten sposób unika, jest problematyka własnej budzącej się na nowo kobiecości i perspektywa przeżycia relacji terapeutycznej

także jako relacji dziewczyny i młodej kobiety z mężczyzną. Równie ważne było tworzenie się dogodnych warunków do integracji psychicznej, czyli ponowne wchodzenie w pozycję depresyjną w sytuacji osłabiania się projekcyjności, które musiało konfrontować pacjentkę z trudnymi emocjami złości, lęku, winy i smutku. W komentarzach terapeuty starał się wielokrotnie pokazywać negatywne i autodestrukcyjne aspekty jej decyzji, nie ukrywał swojego niezadowolenia z jej odejścia z terapii. W rezultacie pojawiło się wiele złości do niego, pacjentka odbierała wtedy terapeutę jako kogoś, kto źle jej życzy i dlatego chce utrudnić jej wypisanie na żądanie, być może też podjudza ordynatora do zatrzymania jej na oddziale. Właśnie w tym okresie, kiedy, zamiast spodziewanego wypisania, otrzymała tylko przepustkę na weekend, obrażona i rozżalona zrezygnowała z jednej z sesji. Ostatnie spotkania oprócz ciągłej analizy motywów zerwania terapii przyniosły również bardziej adekwatną odpowiedź na rozstanie w postaci uczuć żalu i smutku; udało się też nieco urealnić oparty na zaprzeczeniu hurraoptymizm pacjentki i omówić konieczność dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym. Po ostatniej sesji, już po zejściu na oddział, pacjentka przystanąła, odwróciła się do terapeuty i zapytała, czy może się przytulić, po czym nie czekając na odpowiedź rzuciła mu się na szyję. Przytuliła się mocno i zdecydowanie, ale po krótkiej chwili gwałtownie się oderwała. Terapeucie skojarzyło się to później z sytuacją dziecka, które mocno przytula się, ale po chwili czegoś w tym przytuleniu zaczyna się bać. Być może tego, że nie jest już dzieckiem.

Podsumowanie

Wprawdzie pacjentka wypisała się ostatecznie z oddziału na własne żądanie, ale ostateczny bilans 11-tygodniowego pobytu nie pozwalał uznać tej hospitalizacji za niepowodzenie terapeutyczne. Pacjentka przytyła w sumie 13 kg, przy wypisie jej indeks masy ciała wynosił nieco ponad 16, poprawiły się parametry kardiologiczne oraz wyniki badań laboratoryjnych. W końcowym okresie pobytu nie obserwowano też wymiotów. Obecność jakiegokolwiek zmiany psychicznej była oczywiście dużo trudniejsza do jednoznacznej oceny. Biorąc pod uwagę złożoność obrazu klinicznego, przewlekłość zaburzenia oraz czas trwania psychoterapii na oddziale należało uznać prawdopodobieństwo zaistnienia takiej zmiany za bardzo niskie. Wydawało się jednak niewątpliwe, że pacjentka zaangażowała się emocjonalnie w proces terapeutyczny i że udało się jej dotknąć w terapii kilku istotnych dla siebie obszarów psychologicznych. Fragmentaryczna wiedza o jej dalszych losach, obejmująca okres ok. 4 miesięcy, kiedy pozostawała pod kontrolą ambulatoryjną, potwierdza niestety pesymistyczną ocenę rokowania. Pacjentka wprawdzie utrzymywała kontakt psychoterapeutyczny w rejonie zamieszkania, ale nieregularnie pojawiała się na wizytach kontrolnych u psychiatry w klinice, nie realizowała zaleceń w zakresie kontroli parametrów laboratoryjnych, powróciła do wymiotów, schudła ok. 4 kg, konsekwentnie odrzucała ponawiane propozycje dokończenia terapii w warunkach oddziału, ostatecznie zaś z nieznanых przyczyn przestała się pojawiać w poradni przyklinicznej.

Opisany przypadek dobrze ilustruje niektóre z trudności i prawidłowości spotykanych w leczeniu osób z zaburzeniami jedzenia, może szczególnie tych leczonych w trybie szpitalnym. Wyraźnie pokazuje konieczność rozdzielenia z jednej strony aspektów organizacyjnych i porządkowych leczenia dietetycznego (kontrakt dietetyczny, a w jego zakresie

kwestie nadzoru nad pacjentką, ustalanie diety, ważenie, system przywilejów uzależnionych od przyrostu wagi itd.), z drugiej — kontroli stanu somatycznego i leczenia powikłań choroby (np. kardiologicznych, endokrynologicznych, hematologicznych), a z trzeciej — procesu psychoterapii, którego celem byłoby prześledzenie dynamiki emocjonalnego (świadomego, a szczególnie nieświadomego) tła zaburzeń i próba oddziaływania na nią [3]. Ten ostatni aspekt łatwo może zejść na dalszy plan albo w ogóle się zagubić w przypadku pacjentów wyniszczonych, obciążonych powikłaniami somatycznymi. Zagrożenie śmiercią pacjenta stanowi wtedy czynnik uruchamiający bardzo silne emocje w zespole leczącym (w wyniku poruszenia własnej problematyki depresyjnej terapeutów, szczególnie uczuć winy i lęku). Siła tych uczuć może zdominować pracę zespołu, doprowadzić do utraty niezbędnego dystansu, a w rezultacie uczynić podejmowane decyzje obszarem ekspresji własnej emocjonalności kosztem ich zawartości merytorycznej. Zaniedbanie szczegółowej kontroli stanu fizycznego jest oczywiście poważnym błędem, ale należy zaznaczyć, że nieuzasadnione odraczenie i zaniebdywanie leczenia psychoterapeutycznego oznacza pozbawianie pacjenta głównego (a często jedyne dostępnego) środka oddziaływania na przyczyny jadłowstrętu psychicznego. Przebieg procesu diagnostycznego i terapeutycznego w przedstawionym przypadku ilustruje również fakt, że anoreksja pozostaje dziś zaburzeniem z psychodynamicznego punktu widzenia niejednorodnym co do sposobu jego rozumienia, wymagającym odniesienia do różnych dostępnych języków teoretycznego opisu [4]. Zarówno klasyczna psychologia ego, jak i teoria relacji z obiektem, a także konceptualizacje wywodzące się z założeń psychologii self mogą okazać się tu równie użyteczne, niejednokrotnie nawet w odniesieniu do tego samego pacjenta wobec różnych obszarów jego problematyki i na różnych etapach procesu terapii. Złożoność przypadków anoreksji, związana z tym przewlekłość leczenia, a także silna (co najmniej wtórna, a często i bardziej pierwotna) komponenta somatyczna prowadzą do tego, że często psychoterapia tych pacjentów ma charakter frakcjonowany; intensywne leczenie w trakcie hospitalizacji powinno funkcjonować nie tyle jako psychoterapia krótkoterminowa, ile jako epizod terapii uzyskujący pełny sens dopiero w połączeniu z długotrwałym i systematycznym leczeniem ambulatoryjnym [5].

Piśmiennictwo

1. Pilecki M, Cygankiewicz P. Specyfika, zasady i dylematy terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym. *Psychoter.* 2008; 4 (147): 17–27.
2. Gabbard GO. Working with resistance. W: Gabbard GO, red. *Long-term psychodynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004, s. 99–115.
3. Gabbard GO. Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia odżywiania. W: Gabbard GO, red. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009, 310–330.
4. Drozdowski P. Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu?* Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003, s. 55–61.
5. Curyło A. Psychodynamiczna psychoterapia krótkoterminowa — wyzwanie czy pułapka. *Przeegl. Psychodynam.* 2011; 2: 37–43.

adres: slosarczyk@poczta.onet.pl