

## PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA PACJENTEK Z ROZPOZNANIEM BULIMII — AUTORSKI MODEL TERAPII<sup>1</sup>

### INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH BULIMIA — AUTHOR'S OWN THERAPY MODEL

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

**bulimia  
individual psychotherapy  
author's own therapy model**

*Autorka prezentuje opracowany przez siebie model pracy terapeutycznej z osobami chorymi na bulimię, którego założenia w dwóch punktach — akceptacja siebie z chorobą oraz rezygnacja z walki — są styczne z koncepcją i programem leczenia bulimii prof. Margret Gröne. Szczegółowo omówione są cele proponowanego modelu terapii: podmiotowość chorych osób, ich zasoby, rozpoznanie funkcji objawów, weryfikacja czynników wspierających objawy, analiza mechanizmów obronnych i konfrontacja hierarchii potrzeb.*

**Summary.** The author of the article in her proposed model of therapeutic work with bulimics refers to the concept and bulimia therapy program of prof. Margret Gröne. According to Gröne's assumptions the key point of the therapeutic program is accepting oneself with the symptoms and ceasing the fight against bulimia, thus parting with bulimia without combating the symptoms. In the proposed method of therapy, the author of the article points out key objectives in the therapeutic process: the subjectivity of the patient and her resources, diagnosing the function of the symptoms, verification of factors fuelling the symptoms, which are referred to by the author as „spells” in the therapeutic narration. The author suggests that the patients write „recipes for bulimia”. The author also proposes focusing on the defensive mechanisms applied by the sick, as well as confronting the hierarchy of needs, neglecting to fulfill those needs and the related „inverted pyramid” of needs paradox

### I Wstęp

W proponowanym modelu pracy terapeutycznej z chorymi z rozpoznaniem bulimii odwołuję się do koncepcji i programu terapii bulimii prof. Margret Gröne. Zgodnie z jej założeniami główną ideą terapii jest zaniechanie walki z bulimią, a tym samym rozstanie z chorobą bez walki z objawami. Gröne [1, 2] podkreśla, że osoba chora na bulimię funkcjonuje w schemacie błędnego koła i zakłada, że: gdy będę miała wystarczające zaufanie do siebie, gdy będę siebie akceptować, to pozbędę się bulimii, a jednocześnie dopiero, gdy zwyciężę bulimię, będę mogła siebie zaakceptować i szanować, taką jaką jestem. [1, 2]. W konsekwencji tak długo, jak długo walczy z bulimią, walczy przeciwko sobie. W podejściu zalecanym przez Gröne, terapeuta nie kontroluje bulimii, tylko razem z pacjentką

---

Omawiana tematyka została przez autorkę przedstawiona w książce: Bulimia — przepisy, paradoksy i zakłęcia. Poznań: Media Rodzina; 2010. Niniejszy artykuł stanowi modyfikację tego tekstu.

przygląda się, jaki sens ma ta choroba. Myśl przewodnia proponowanego przeze mnie modelu terapii nawiązuje do założenia Margret Gröne, iż akceptacja siebie jest warunkiem rozwiązania problemu, a zaniechanie walki z objawami przerywa błędne koło walki z samą sobą. Propozycję terapii indywidualnej opieram na wieloletnim doświadczeniu klinicznym i wypracowaniu na jego podstawie modelu pracy terapeutycznej z osobami chorującymi na bulimię. Założenia tego modelu terapii, w dwóch punktach — akceptacja siebie z chorobą oraz rezygnacja z walki — ściśle nawiązują do programu terapii Gröne.

W proponowanym modelu wprowadzam następujące cele pracy terapeutycznej: zwrócenie uwagi na podmiotowość chorej oraz jej zasoby, rozpoznanie funkcji objawów, weryfikacja czynników wspierających objawy, które w narracji terapeutycznej określam jako „zakłęcia” oraz zalecenie chorym pisania „przepisów” na bulimię [3]. Propozycją terapeutyczną jest także zwrócenie uwagi na mechanizmy obronne stosowane przez chore, a także zaniedbywanie potrzeb, oraz związany z tym paradoks „odwróconej” piramidy potrzeb [3].

## II Koncepcja terapii Margret Gröne

W swojej koncepcji Gröne [2] nawiązuje do myślenia systemowego oraz konstrukcjonizmu społecznego, a także nurtu feministycznego. Jak pisze B. Józefik „punktem wyjścia jej [Gröne] rozważań jest zwrócenie uwagi na radykalną zmianę pozycji kobiety w kulturze w ostatnich czterech dekadach i wynikające stąd nowe oczekiwania i wyzwania życiowe” [4, s. 69]. Gröne zwraca uwagę, że adolescentki wchodzące w pozarodzinny system relacji konfrontują się z innymi miarami ocen oraz innymi wymaganiami niż w kontekście rodzinnym. Wg Gröne w związku z tym w wielu obszarach obecna jest rywalizacja, nastawienie na odnoszenie sukcesów oraz instrumentalne zachowania. Może to powodować u dziewcząt większą podatność na kierowanie się wzorcami kultury. Przyjmując paradygmat konstrukcjonistyczny, Gröne zwraca uwagę na różnice, jakie mogą zachodzić pomiędzy „mapą świata tworzoną przez rodzinę a obrazem świata konstruowanym przez systemy społeczne” [za: 4 s. 70]. „Gröne wskazuje, że istnieje charakterystyczny związek między zachowaniami bulimicznymi a rodzajami przesłanek i dogmatów, według których kobiety konstruują swoją rzeczywistość i swoją bulimiczną symptomologię” [4 s.70]. Wg niej dziewczęta, u których rozwinęły się zachowania bulimiczne, często czuły się powołane do przejmowania odpowiedzialności za rodzinę. Negując własne potrzeby starały się zaspokajać potrzeby matki lub ojca — jednego lub obojga — a także zastępować mało dyspozycyjnych rodziców rodzeństwu. Pełniąc rolę przyjaciółki rodzica lub rodziców dla rodzeństwa, czuły się z jednej strony wyróżnione, wszechmocne i traktowane jak osoby dorosłe. Z drugiej strony — przyjęta przez nie pozycja była nieodpowiednia dla ich wieku, była zbyt obciążająca i odpowiedzialna, oraz nie dawała poczucia bezpieczeństwa [1, 2, 4].

W swoim programie terapii Gröne podkreśla ważność następujących tematów: personifikacja i eksternalizacja objawów, sytuacje bez objawów — w celu odwrócenia uwagi od koncentracji na nich, a skoncentrowanie jej na sytuacjach, w których objawy nie występują. Omawia również dyskomfortowe emocje, w kontekście wywołujących je sytuacji oraz ich pozytywnej konotacji, a także czynniki, które mogą wspierać występowanie objawów. Podsumowując program Gröne, podkreślić należy, iż proces terapii przebiega bez koncen-

trowania się na objawach (zapisywania ich, omawiania itp.) — celem jest odzyskanie (jeżeli przed zachorowaniem na bulimię chora nie miała zaburzeń odżywiania się) lub uzyskanie (jeżeli pacjentka długo choruje i nie może odwołać się do pozytywnych doświadczeń sprzed choroby) umiejętności funkcjonowania bez objawów bulimii.

### III Autorski model terapii

#### 1. Podmiotowość chorej oraz jej zasoby

Chore z rozpoznaniem bulimii, zgłaszając się na terapię, często na pierwszej sesji określają siebie słowem „bulimiczka”, a także identyfikują się z chorobą, oraz czują się w pełni odpowiedzialne za objawy i są przekonane o ich chroniczności. Dlatego też w procesie terapii jednym z pierwszych proponowanych przeze mnie tematów jest zwrócenie uwagi na narrację stosowaną przez chorą i wpływ tej narracji na poczucie podmiotowości. Jeżeli przyjmujemy hipotezę, że objawy choroby zajmują/wypełniają część osoby chorej, to możemy razem z pacjentką przyjrzeć się jej różnym obszarom, zarówno tym „zajętym” przez objawy, jak i tym wolnym od nich. Osoby z rozpoznaniem bulimii szacują, iż około 30-40% ich funkcjonowania związane jest z objawami bulimicznymi, a tym samym 60-70%, zarówno w sferze poznawczej, emocjonalnej, jak i behawioralnej, wolne jest od nich. Okazuje się więc, że często pacjentka bez „śladów” bulimii funkcjonuje w różnych miejscach, różnych przedziałach czasowych oraz różnych rolach psychospołecznych, np. takich jak rola uczennicy/studentki czy pracownika, rola żony/partnerki, rola matki itp. Zdarza się również, że objawy bulimii występują bardzo często i są tak nasilone, że chora nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować w wymienionych rolach. Pomocne na tym etapie procesu terapii bywa omówienie z nią znaczenia narracji w różnicowaniu obszarów podmiotowości, a także rozpatrzenie w kontekście podmiotowości takich określeń, jak „bulimiczka” — „osoba chora na bulimię” — „osoba z rozpoznaniem bulimii” [ 3]. Na tym etapie procesu psychoterapii ważne jest wyodrębnienie i podkreślenie podmiotowości osoby chorej oraz jej zasobów (w tym mocnych stron) i nie utożsamianiu się jej z objawami. Z mojej praktyki terapeutycznej wynika, iż chore z dużą ulgą przyjmują propozycje zwrócenia uwagi na narrację i przedefiniowanie choroby na zaburzenie, na które okresowo i w określonym obszarze chorują, zachowując swoją podmiotowość.

#### 2. Funkcje objawów

Pracując od wielu lat terapeutycznie z chorymi na bulimię, zwracam uwagę na fakt, iż w ich życiu objawy pełnią pewne funkcje. W procesie terapii próbowałam z pacjentkami zidentyfikować powtarzające się funkcje, co pozwoliło wyodrębnić przynajmniej kilka z nich. Nadałam im następujące określenia: „znieczulenie”, „odreagowanie”, „towarzyszenie”, „stałość”, „stymulacja”, „usprawiedliwienie”.

Przez „znieczulenie” rozumiem stan zubożenia, nieodczuwania jakichkolwiek emocji w trakcie objadania się. Pacjentki określały ten stan jako: „zawieszenie”, „błogość”, twierdząc, że w czasie aktu objadania się „nic nie czuły”. „Znieczulenie” przynosiło pacjentkom ulgę w stanach napięcia emocjonalnego, związanego m.in. z kontaktami interpersonalnymi, z napięciem związanym z pośpiechem i nadmiernym przeciążeniem, a także z poczuciem pustki, brakiem zajęć i planów oraz samotnością. Chore zwykle mają

problem z rozpoznawaniem i nazywaniem własnych emocji, nie identyfikują i nie różnicują ich, odczuwając je jako stan ogólnego napięcia. Natomiast „znieczulenie” napięcia poprzez objawy bulimiczne nadal uniemożliwia rozpoznawanie emocji oraz kojarzenie sytuacji czy relacji, które emocje wywołują. W konsekwencji „znieczulenie”, poprzez przekierowanie uwagi bezpośrednio na odczucia towarzyszące bulimii, uniemożliwia chorym doświadczanie zróżnicowanych emocji, które objawy bulimiczne poprzedzają.

„Odreagowanie” jest funkcją objawów, które pacjentki identyfikują na dwóch poziomach, tzn. na poziomie bezpośrednim i pośrednim. Poziom bezpośredni to odreagowanie poczucia winy i wstydu, występującego po akcie objedzenia się, natomiast poziom pośredni chore opisują jako „wyrzucenie” z siebie nieakceptowanych emocji, które były jedną z przyczyn epizodu bulimicznego. Taka interpretacja objawów, moim zdaniem, nasuwać może hipotezę, iż objawy bulimiczne dla wielu chorych pełnią mogą funkcję mechanizmu obronnego. W ramach opisywanego modelu procesu terapii mechanizmy obronne były jednym z omawianych zagadnień. Pacjentki, z którymi pracowałam, do czasu zachorowania na bulimię najczęściej stosowały takie mechanizmy obronne, jak: zaprzeczenie, reakcja upozorowana oraz wyparcie, a od czasu zachorowania na bulimię również odreagowanie poprzez objawy [3].

Kolejną funkcję objawów nazwałam „towarzyszeniem”. Funkcja ta polega na tym, że objawy „towarzysząc” chorej sprawiają, iż nie czuje się sama, bo zawsze może „sięgnąć” po objaw i zająć się nim. W procesie terapii ujawnił się mechanizm „błędnego koła” polegający na tym, że „od czasu wystąpienia objawów bulimii, chore stopniowo izolowały się od otoczenia lub okresowo ograniczały kontakty z bliskimi osobami. Ale jednocześnie źle znosiły samotność, twierdząc często, że bycie samej wywołuje silne napięcie i dyskomfort, a bulimia zagłusza te przykre doznania. Tak więc choroba powodowała coraz częstsze przebywanie w samotności, co z kolei nasilało objawy” [3 s. 45]. Funkcja „towarzyszenia” dawała pacjentkom często poczucie stałości w zmieniających się i niejasnych granicach i relacjach.

„Stalość” to funkcja objawów wynikająca z przewidywalności i znajomości sytuacji oraz sekwencji zdarzeń, dająca pacjentkom pozorne poczucie bezpieczeństwa. Na element stałości w bulimii zwróciła uwagę Gröne, która podkreślała, iż chore w dzieciństwie często doświadczały chaotycznego, zmiennego lub nieprzewidywalnego funkcjonowania otoczenia [1]. W procesie terapii zwróciłam uwagę na dwa rodzaje objawów bulimicznych — jeden to opisywana w literaturze utrata kontroli nad ilością i jakością jedzenia, co narracyjnie określane jest jako: „atak”/„napad”, natomiast drugi, to planowanie przez chorą zarówno zakupów żywnościowych, jak i aranżowanie całej sekwencji zachowań bulimicznych, jakby objaw był zaplanowany i „wyreżyserowany”.

Kolejną wyodrębnioną w procesie terapii funkcję objawów nazwałam „stymulacją” — jest to funkcja bulimii, której celem miałyby być osiągnięcie większej aktywności psychofizycznej. Funkcja „stymulacji” jest przez chore uruchamiana zwykle w sytuacji deprywacji odpoczynku i/lub snu. Pacjentki, z którymi pracowałam, wykorzystywały tę funkcję, gdy czuły się zmęczone, przeciążone lub wyczerpane, a jednocześnie nie chciały — jak to określały — „tracić czasu” na odpoczynek. Powtarzały zachowania bulimiczne, aby „dodać sobie energii”, bo „jedzenie wzmacnia i krzepi”. „Stymulacja” to też przykład funkcjonowania, w schemacie tzw. błędnego koła, gdyż „pacjentka nie pozwalając sobie

na odpoczynek, próbuje dodać sobie energii poprzez bulimiczne objadanie się, po czym czuje się całkowicie wyczerpana i osłabiona” [3, s. 47]. „Stymulacja” jest więc kolejnym dysfunkcyjnym i powtarzającym sposobem funkcjonowania w sytuacji dyskomfortu psychicznego, w tym przypadku związanego z niezaspokojeniem podstawowych potrzeb psychicznych, m.in. takich jak potrzeba snu i odpoczynku.

Następna funkcja objawów to „usprawiedliwienie” — stanowi „alibi” dla niepodejmowania przez chore realizacji różnych celów, które w ich przekonaniu byłyby możliwe do urzeczywistnienia, gdyby nie bulimia. Często jednak w procesie terapii okazywało się, że cele te były niemożliwe do osiągnięcia w ogóle lub w określonej perspektywie czasowej, jaką chore sobie wyznaczały. Funkcja „usprawiedliwienia” („alibi”) stanowić może kolejny przykład błędnego koła w funkcjonowaniu chorych, „gdyż objawy choroby »zwalniają« [...] z realizacji często nieosiągalnych celów, a tym samym »chronią« przed frustracją czy konfrontacją lub porażką” [3 s. 47].

Wyodrębnione i opisane funkcje objawów bulimii stanowią jeden z pierwszych tematów omawianych w procesie psychoterapii indywidualnej. Identyfikacja tych funkcji pozwalała pacjentkom szukać sposobów radzenia sobie z wyżej wymienionymi sytuacjami i wprowadzać je w życie. Objawy bulimii przestawały pełnić swoją funkcję, gdy w procesie terapii pacjentka m.in. dokonywała analizy i weryfikacji własnych aspiracji oraz korygowała i hierarchizowała cele, a także zaczynała korzystać z innych mechanizmów obronnych.

### 3. Czynniki wspierające objawy — „zakłęcia”

W trakcie psychoterapii zachęcałam pacjentki do poszukiwania i identyfikowania czynników, które mogą wspierać objawy. W narracji terapeutycznej czynniki te nazwałam „zakłęciami” [3]. Określenia „zakłęcia” używam w paradoksalnym znaczeniu, gdyż strategie stosowane przez chore jak tantry, nie są „sposobem leczenia chorób i unikania zła, lecz oznaczają funkcjonowanie chorych w »zakłętym« sposobie myślenia i zachowania. W takim rozumieniu »zakłęcia« paradoksalnie nie »odpędzają«, lecz »przyciągają«, stanowiąc warunki wspierające bulimię” [3, s. 54].

Wyodrębniłam następujące „zakłęte” przekonania: „od jutra”, „wszystko albo nic”, „efekt domina”, „bulimia moje życie”, „powrót do przeszłości”, „przeciążenie” oraz „brak planów” [3, s. 55]. W proponowanej terapii określenie „od jutra” oznacza odroczenie wprowadzania zmian mających na celu zapobieganie objawom bulimicznym. Tego typu nastawienie zwalnia pacjentkę ze starań, aby „tu i teraz” przeciwdziałać objawom, przynosi też jej doraźną ulgę, płynącą z nadziei, że jutro przyniesie zmiany i objawów nie będzie, albo też z postanowienia, że „od jutra” rozpocznie „walkę” z chorobą. Przekonanie to odbiera chorym motywację do wprowadzania zmian i stanowi usprawiedliwienie dla biernej postawy wobec choroby.

Kolejny czynnik podtrzymujący objawy nazwałam „wszystko albo nic”, co oznacza, że osoby chore albo chcą — w różnych obszarach swojego życia — perfekcyjnie urzeczywistniać swoje cele, albo przy napotkanej trudności czy przeszkodzie nie podejmują żadnej aktywności i nie realizują swoich planów. Przeszkodą, która skłania do zaniechania wykonania zadań może być banalne wydarzenie, np. spóźnienie się na autobus czy zmiana w kolejności zaplanowanych zdarzeń. Korzystając z terapeutycznego doświadczenia,

pozwole sobie postawić hipotezę, iż taki styl funkcjonowania może być związany z perfekcjonizmem, wysokimi aspiracjami czy niską tolerancją frustracji. Natomiast w sprawie odżywiania się postawa „wszystko albo nic” polega albo na restrykcyjnym przestrzeganiu diety, albo jedzeniu produktów wysokokalorycznych, włącznie z objadaniem się.

Następny sposób funkcjonowania wspierający objawy bulimiczne, który nazwałam „efektem domina”, dotyczy sposobu odżywiania się i polega na „lawinowym uruchomieniu objadania się przy najdrobniejszym odstępstwie od założonego przez chorą planu”. [3 s. 57]. Zachowanie chorej polega na tym, że najdrobniejsze odstępstwo od założonego planu jedzenia, zwykle dość restrykcyjnego, uruchamia objaw bulimiczny — objadanie się i wymiotowanie. Takim drobnym odstępstwem może być np. zjedzenie jednego cukierka lub pół kromki chleba więcej, niż chora planowała. W pracy terapeutycznej koncentruję się wówczas na zmniejszeniu lęku związanego ze wzbogacaniem menu, a tym samym zmniejszeniu sztywności reguł dotyczących jedzenia, ale przede wszystkim pracuję nad dekonstrukcją paradoksalnego przekonania, iż odżywiając się restrykcyjnie chora kontroluje swoje życie.

Czynnikiem podtrzymującym objawy bulimiczne jest również przekonanie pacjentek, że bulimia wypełnia całe ich życie. Czynnikiem ten nazwałam „bulimia moje życie”, co narracyjnie podkreślać ma identyfikację chorej z objawami bulimii. Przekonanie to wpływać może na zaburzenie percepcji własnej osoby, potencjalnych możliwości oraz motywacji do wprowadzania zmian. Przy takim założeniu chore nie dostrzegają obszarów funkcjonowania i pełnienia różnych ról psychospołecznych bez objawów choroby. W trakcie terapii zauważają, że objawy występują tylko w określonym czasie i miejscach, oraz że zajmują ok. 10–30% czasu w ciągu doby. Praca nad „zakłębem” — „bulimia moje życie”, pozwala chorym odbudowywać zaburzone poczucie własnej wartości i kompetencji oraz dostrzegać w sobie obszary wolne od objawów choroby.

Kolejnym wyodrębnionym w procesie terapii czynnikiem jest aktywizowanie przez chore objawów w określonych miejscach i sytuacjach. Najczęściej dotyczy to powrotu do domu rodzinnego, dlatego też czynnikiem ten nazwałam: „powrót do przeszłości”. Objawy występują również wówczas, gdy rodziny nie ma w domu, są też najczęściej przez chorą wizualizowane, planowane i aranżowane, tzn. układa ona dokładny plan, kiedy, co i gdzie kupi oraz w jaki sposób i kiedy będzie się objadać. Sądzę, że można przyjąć różne hipotezy — zarówno w paradygmacie psychodynamicznym, poznawczym, behawioralnym, jak i systemowym — dotyczące takich zachowań pacjentek, ale omówienie ich wykracza poza zakres niniejszego artykułu. Natomiast trudno oprzeć się wrażeniu, że w opisanych sytuacjach chore „programują” swoje objawy, co wykracza już poza zakres „ataku” czy utraty kontroli nad jedzeniem.

Czynnik, który może podtrzymywać objawy to także nadmierna ilość planów i celów, które chore chcą realizować w zbyt krótkim czasie. Określiłam go jako „przeciążenie” — jest to powtarzany przez chore sposób funkcjonowania, który często doprowadza do objawu. Chore, mimo że mają świadomość, iż cele, jakie sobie wyznaczają są niemożliwe do wykonania, nie wprowadzają zmian, nie redukują i nie zmieniają planów. Ponadto, chcąc za wszelką cenę wywiązać się z postawionych sobie wymagań, często zaniedbują zaspokojenie podstawowych potrzeb, takich jak sen, wypoczynek, regularne odżywianie się.

Przeciwieństwem „przeziączenia” jest kolejny czynnik podtrzymujący objawy, polegający na całkowitym braku planów i celów, szczególnie w dni wolne od zajęć czy pracy. Dlatego też nazwałam go: „brak planów”. Funkcjonowanie zgodne z takim założeniem ujawnia się w powtarzanych wypowiedziach chorych: „Zawsze w weekend budzę się i nie wiem, co ze sobą zrobić. Wówczas sięgam po jedzenie, zaczynam się objadać, potem wymiotuję, a potem jestem tak osłabiona, że na nic nie mam sił. To wszystko zajmuje mi dużo czasu. Tak zachowuję się w każdy weekend”. W terapii szukamy zarówno prób wyjaśnienia takiego powtarzanego autodestrukcyjnego funkcjonowania, jak i alternatywnych sposobów spędzania dni wolnych od pracy. Z moich doświadczeń wynika, iż opisane powyżej psychologiczne czynniki podtrzymujące objawy, działające jak paradoksalne „zakłęcia”, stanowią ważny temat w pracy terapeutycznej z pacjentkami z rozpoznaniem bulimii.

#### 4. Hierarchia potrzeb — paradoks „odwróconej” piramidy

Prowadząc psychoterapię z osobami z rozpoznaniem bulimii koncentrowałam również uwagę na sposobie zaspokajania przez nie potrzeb. „Potrzeby to specyficzne tendencje aktywności ludzkiej, które organizują percepcję i określone reakcje autonomiczne, słowne i motoryczne, oraz wyobrażeniowe w celu redukcji napięcia” [3 s. 138]. Niezaspokojone wpływać mogą na spostrzeganie, myślenie, emocje oraz zachowanie człowieka. W trakcie terapii, omawiając zagadnienia dotyczące potrzeb, korzystałam z klasyfikacji potrzeb Masłowa [5], który uporządkował je hierarchicznie, tworząc tzw. piramidę potrzeb. Podstawą piramidy są potrzeby fizjologiczne, takie jak jedzenie, woda, tlen, życie seksualne, brak napięcia i sen. Na wyższym poziomie znajdują się potrzeby bezpieczeństwa, takie jak: zależność, opieka i oparcie, wygoda, spokój, wolność od strachu. Następny poziom hierarchii stanowią potrzeby miłości i przynależności, takie jak więzi, afiliacji, miłości, bycia kochanym. Kolejny poziom w piramidzie potrzeb stanowią potrzeby szacunku i uznania, m.in. poczucie własnej wartości, kompetencje, poważanie. Przedostatni poziom w piramidzie zajmują potrzeby samorealizacji, takie jak: potrzeby estetyczne, piękna i harmonii, oraz poznawcze: wiedzy, rozumienia i nowości. Najwyższy poziom w hierarchii potrzeb, to potrzeby transcendencji, duchowe [3, 5].

Wg Masłowa hierarchiczność potrzeb wskazuje na konieczność zaspokojenia w pierwszej kolejności potrzeb podstawowych, a następnie z kolejnych wyższych poziomów. W związku z tym, gdy potrzeby podstawowe, takie jak np. głód nie są zaspokajane, zaczynają dominować nad innymi potrzebami i wpływają na funkcjonowanie człowieka. Pacjentki z rozpoznaniem bulimii, z którymi pracowałam, często zaniedbywały potrzeby podstawowe, a szczególnie fizjologiczną potrzebę głodu. Nie zaspokajając jej, dążyły do zaspokajania potrzeb z wyższych poziomów hierarchii, co w efekcie doprowadzało do dominowania potrzeby głodu nad innymi potrzebami. Taki sposób zaspokajania, a raczej niezaspokajania potrzeb, nazwałam w terapii „paradoksem odwróconej piramidy potrzeb” [3 s.138]. W procesie psychoterapii zwracałam uwagę na hierarchię potrzeb i sposób ich zaspokajania przez pacjentki oraz wpływ tego czynnika na występowanie objawów bulimicznych.

### 5. „Przepisy” na bulimię [3]

Jednym z etapów pracy terapeutycznej było dokonanie przez pacjentki podsumowania, zarówno omawianych funkcji bulimii, jak i czynników wspierających objawy, czyli „zakłęk”. W tym celu proponowałam im napisanie „zaleceń”, jakie winny realizować kobiety, które miałyby zachorować na bulimię. Prosiłam, aby swoje „zalecenia” sformułowały w formie „przepisu na bulimię”. Tworzenie przez pacjentki „przepisów na bulimię” traktowałam jako podsumowanie dotychczasowego procesu terapii oraz inspirację do dalszej pracy. Analiza „przepisów” pozwalała poznać sposób myślenia i przeżywania chorych w ich zmaganiach z bulimią. Jednym z powtarzających się problemów były częste próby podejmowania „walki” z objawami oraz doświadczane poczucie porażki [3]. Często przedstawianymi w „przepisach” problemami były: zaniżona samoocena, brak poczucia własnej wartości, wysoki poziom aspiracji, poczucie osamotnienia, nieprawidłowe relacje z bliskimi, stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych, pesymistyczne nastawienie do życia i siebie, nadmiar stawianych sobie celów — lub ich brak, zaniedbywanie podstawowych potrzeb, koncentracja na wyglądzie.

Przykład „przepisu” „Składniki: 50 dag niskiej samooceny, 20 dag nienawiści do własnej osoby, 2 i 1/3 szklanki chęci udowodnienia własnej wartości, 1 i 2/3 szklanki chęci sprostania oczekiwaniom innych i własnym, kawałek perfekcjonizmu, kilka kropel silnej woli i upor. Wykonanie: Połącz niską samoocenę z nienawiścią do własnej osoby i zamieszaj. Następnie dodaj chęć udowodnienia własnej wartości i chęć sprostania oczekiwaniom innym i własnym. Mieszanekę przecedź przez sito tak, aby nabrała przejrzystości. Dopraw kawałkiem perfekcjonizmu. Na koniec dolej kilka kropel silnej woli i upor. Autorka: Jagoda, filolog, 26 lat” [3 s. 6].

## IV Podsumowanie

Prezentowany model pracy terapeutycznej został opracowany przeze mnie na podstawie blisko dwudziestoletniej praktyki terapeutycznej z chorymi na bulimię. Opisane zagadnienia, takie jak: funkcje bulimii, „zakłęk”, czyli czynniki wspierające objawy, mechanizmy obronne, zaspokajanie potrzeb oraz „przepisy na bulimię”, są zawsze poruszane przeze mnie w trakcie prowadzonej terapii. Pacjentki chętnie i z zainteresowaniem podejmowały proponowane w pracy terapeutycznej tematy. Ujmując omawiany model terapii skrótowo, pozwolę sobie podzielić się refleksją, iż „autodestrukcyjne i pozornie »obronne« funkcje bulimii oraz wadliwie zaspokajane potrzeby to tryby w »mechanizmie błędnego koła«, toczącego się »szlakiem« zachowań wspierających objawy (zakłęk)” [3, s. 168]. Celem proponowanej terapii było zarówno pozbycie się objawów bulimii, jak i poprawa jakości życia pacjentek, z odzyskaniem poczucia godności włącznie.

## Piśmiennictwo

1. Gröne M. Nieopublikowane materiały z kursu dla zaawansowanych z zakresu: „Terapii systemowej indywidualnej, par, rodzinnej i grupowej”. Kurs pod patronatem Międzynarodowego Towarzystwa Terapii Systemowej z Heidelbergu, dający certyfikat kwalifikujący do samodzielnego prowadzenia poradnictwa i terapii systemowej. Poznań 1993–1996.



- 
2. Gröne M. Wie lasse ich meine Bulimie verhungern. Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie, dritte Auflag. Heidelberg Carl-Auer-Systeme; 2000.
  3. Talarczyk M. Bulimia — przepisy, paradoksy i zakłęcia. Poznań: Media Rodzina; 2010.
  4. Józefik B. Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
  5. Maslow A. Motywacja i osobowość. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.

Adres: [talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl](mailto:talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl)