

Bernadetta Izydorczyk

**PSYCHOTERAPIA ZABURZEŃ OBRAZU CIAŁA W ANOREKSJI
I BULIMII PSYCHICZNEJ — PODEJŚCIE INTEGRACYJNE
(ZASTOSOWANIE TERAPII PSYCHODYNAMICZNEJ
I TECHNIK PSYCHODRAMY)**

**BODY IMAGE PSYCHOTHERAPY IN ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA
— AN INTEGRATIVE APPROACH: APPLICATION OF PSYCHODYNAMIC
PSYCHOTHERAPY AND PSYCHODRAMATIC TECHNIQUES**

Instytut Psychologii Stosowanej UJ

**psychotherapy
bulimia
anorexia**

Autorka prezentuje wyniki badań własnych, dotyczących 121 kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania. Eksponują one elementy wspólne, a także różnice obecne w przebiegu procesu psychoterapii zaburzeń obrazu ciała u badanych kobiet. W badaniach wyodrębniono 4 typy psychologiczne kobiet z zaburzeniami odżywiania: neurotyczny, młodzieńczo-narcystyczny, impulsywny i perfekcjonistyczny. Autorka przedstawia także specyfikę pracy psychoterapeutycznej, w której integruje techniki podejścia psychodynamicznego i techniki psychodramy.

Summary

Objectives: The article presents proposal of of implementing an integrative approach to body image therapy for patients with anorexia and bulimia nervosa. The integrative approach proposes to consider techniques of the psychodynamic therapeutic paradigm as well as psychodrama and/of cognitive-behavioral techniques. The sample consisted of 121 females with eating disorders (bulimia nervosa, anorexia nervosa, binge eating disorder).

Methods: Psychometric and clinical methods: the Contour Drawing Rating Scale by K. Thompson and the Gray Eating Disorder Inventory by D. Garner (by C. Żechowski) the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale — 3, SATAQ-3 by K.Thompson.

Results: The study identified 4 psychological types of females with eating disorders (i.e. neurotic, youth/narcissistic, impulsive and perfectionist). Common elements as well as differences were found in the body image psychotherapy of females in the sample.

Conclusions: The work also includes considerations for providing therapy to the mentioned four types of females who suffer from eating disorders.

Wstęp

Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań własnych, wskazujących na możliwość uwzględnienia w procesie psychoterapii zaburzeń obrazu ciała u osób chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną integracji technik podejścia psychodynamicznego, jak i technik psychodramy. Zaprezentowane w niniejszym artykule propozycje do zastosowania w pracy terapeutycznej nad obrazem ciała powstały co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze własne, wieloletnie doświadczenie autorki, zdobyte podczas prowadzenia procesów terapeutycznych osób z anoreksją, bulimią czy psychogennym objadaniem się, wzbudziło wiele refleksji dotyczących pracy nad ich obrazem ciała. Wśród wykorzystywanych technik terapeutycznych dominowało podejście psychodynamiczne. Niemniej jednak w przebiegu prowadzonych procesów terapeutycznych podejmowano również próby włączenia w pracę nad redukcją zniekształceń obrazu ciała oraz uzyskiwaniem wglądu w psychologiczne mechanizmy zaburzeń obrazu ciała technik opartych o działanie. Najczęściej były to techniki behawioralno-poznawcze oraz techniki psychodramy (prowadzone w grupie bądź jako monodrama). Po drugie, wyniki badań własnych autorki na temat postaw wobec własnego ciała u kobiet z zaburzeniami odżywiania wskazały na istniejące między badanymi istotne różnicowania w zakresie prezentowanego profilu cech psychologicznych i tych postaw [1].

Warto zwrócić uwagę, że podejście psychodynamiczne (zarówno w tłumaczeniu psychologicznych mechanizmów zaburzeń odżywiania, jak i w interpretacji oraz dyskusji wyników) nie pozostaje w sprzeczności z sugestią, że w procesie kompleksowej terapii warto uwzględniać integrację terapii psychodynamicznej z terapią opartą o działanie i technikami psychodramy. Szczególnie dotyczy to terapeutycznej pracy nad zniekształconym obrazem ciała.

Analiza statystyczna otrzymanych wyników badań, dokonanych na populacji 121 kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania, pozwoliła wyodrębnić wśród nich cztery odmienne względem siebie profile cech psychologicznych oraz emocjonalnej i poznawczej postawy wobec własnego ciała. Profile te nazwano typami psychologicznymi kobiet z zaburzeniami odżywiania i zaproponowano wzięcie pod uwagę w procesie terapii zaburzeń obrazu ciała każdego z wyodrębnionych typów psychologicznych, integracji różnych technik terapeutycznych, np. podejścia psychodynamicznego z technikami psychodramy oraz technikami behawioralno-poznawczymi. Warto zaznaczyć, że uzyskane różnicowania pomiędzy badanymi osobami chorującymi na anoreksję i bulimię psychiczną w zakresie doświadczania własnej cielesności i obrazu ciała mogą pozostawać w związku z profilem psychologicznych (osobowościowych) cech tych osób. Trwający w czasie proces terapii omawianej grupy pacjentów oraz podane powyżej czynniki mogą uzasadniać wprowadzenie różnorodnych technik terapeutycznych w psychoterapii osób z zaburzeniami odżywiania. Ze względu na ich specyfikę i różnorodność zaproponowane podejście nazwano integracyjnym.

Anoreksja i bulimia psychiczna to choroby, w których osoba doświadcza jednocześnie cierpienia fizycznego i psychicznego. Medyczne i psychologiczne środki, które są podejmowane w celu ochrony ciała przed jego samozniszczeniem to ważny element na każdym etapie leczenia osoby chorej na anoreksję czy bulimię psychiczną. Psychologiczna praca nad stymulacją prozdrowotnych wobec ciała postaw i zachowań w trakcie procesu psycho-

terapii jest istotna dla zdrowienia tych osób. Ważne jest, w jaki sposób można pracować nad zniekształceniami obrazu ciała u chorych na anoreksję i bulimię tak, aby leczenie było skuteczne i prowadziło do zdrowienia.

Cieleśna i duchowa egzystencja osoby to nierozdzielna całość [2, 3]. Z perspektywy teorii psychoanalitycznych możemy rozumieć anoreksję czy bulimię psychiczną jako grupę przewlekłych chorób somatycznych, które niezależnie, jak zostaną nazwane w języku medycznym, dla chorej osoby zawsze mają niszczące skutki — fizyczne i psychiczne [2, 3].

Współczesna literatura psychiatryczno-psychologiczna potwierdza konieczność wieloaspektowego podejścia do leczenia tej grupy chorych. Badania ostatnich lat wskazują na zasadność odchodzenia od terapeutycznych modeli skoncentrowanych na konkretnym typie choroby na rzecz modelu transdiagnostycznego, w którym kierunek leczenia dostosowany jest nie tylko do diagnozy, ale także do psychospołecznych mechanizmów zaburzeń odżywiania [4–11].

Definiując w procesie terapii zniekształceń obrazu ciała podejście nazwane w pracy niniejszej integracyjnym wskazuje się na niewykluczającą się w procesie leczenia wieloaspektowość i różnorodność psychologicznych mechanizmów zniekształceń obrazu i doświadczania własnego ciała. W rozumieniu genezy psychologicznych mechanizmów tkwiących u podłoża omawianego problemu zdrowotnego wzięto pod uwagę zarówno współczesne teorie psychoanalityczne, podejście psychodynamiczne [2–5], jak i teorie poznawcze niezadowolienia z ciała [6–11] czy teorie socjokulturowe [12–18]. Socjokulturowy wpływ mass mediów przejawia się między innymi w znaczącej roli zinternalizowanych wzorców rodzinnych w kształtowaniu wizerunku cielesności osoby chorej na anoreksję lub bulimię psychiczną.

Problematyka badawcza dotycząca tematu diagnozy i psychoterapii zaburzeń odżywiania znajduje odzwierciedlenie także w polskiej literaturze, niemniej jednak są to badania na nielicznych populacjach badanych [1, 2, 7–11, 19–34].

Jeśli chodzi o badania opublikowane w latach 2014–2016, a dotyczące problematyki integracji różnych podejść w psychoterapii zaburzeń odżywiania, warto wskazać na obecność tych doniesień, które dotyczą integracji podejścia psychodynamicznego z behawioralno-poznawczym [35–38]. Badania empiryczne opublikowane w literaturze ostatnich lat (2010–2016) dotyczą głównie obszaru integracji różnych form terapii zaburzeń odżywiania, ale rzadko nawiązują wprost do integracji terapii psychodynamicznej z technikami psychodramy [39–40].

Biorąc pod uwagę fakt, że opisy empirycznych badań na temat psychoterapii zaburzeń obrazu ciała polskiej populacji osób chorujących na zaburzenia odżywiania są istotne ze względu na ciągle aktualną potrzebę poszukiwania efektywności w leczeniu tych osób, podjęto takie badania.

We wstępie niniejszego artykułu podano główne przyczyny, dla których wprowadzono pojęcie podejścia integracyjnego w procesie psychoterapii zaburzeń obrazu ciała. Warto jednak uwzględnić jeszcze jeden istotny czynnik pozwalający wyjaśnić różnorodność doświadczania własnej cielesności i poziom zniekształceń obrazu ciała w tych zaburzeniach. Czynnikiem tym jest zwykle zróżnicowana i niezależna od rozpoznania medycznego struktura osobowości osób chorujących na anoreksję, bulimię czy kompulsywne objadanie

się. W teoretycznych założeniach modelu badań własnych i zarazem przyjętego podejścia do psychoterapii wspomnianych zaburzeń, odwołano się między innymi do modelu patologii organizacji struktury osobowości zaproponowanego przez Otto Kernberga [34]. Założono, że niezależnie od posiadanej diagnozy anoreksji i bulimii psychicznej (ICD-10) każda z osób prezentuje zróżnicowany typ struktury osobowości: od neurotycznego, po osobowość typu borderline aż do psychotycznej. Nie tylko objaw i jego nasilenie, ale także (a może przede wszystkim) poziom patologii organizacji struktury osobowości wyznacza kierunek i stosowane procedury psychoterapeutyczne w przebiegu całego procesu leczenia. Należy zaznaczyć, że istotną podmiotową strukturą, która w toku choroby ulega destabilizacji jest emocjonalne i poznawcze doświadczanie własnej cielesności (struktura ja cielesnego). Chora na anoreksję czy bulimię psychiczną osoba ma wiele zróżnicowanych defektów w emocjonalnym i poznawczym doświadczaniu własnego ciała (jego negacja), jak i defektów w percepcji bodźców z ciała płynących. Tutaj mówimy o występujących trudnościach w rozróżnianiu stanu głodu lub sytości. Gdy taka osoba nie potrafi uświadomić sobie swoich sfrustrowanych potrzeb, emocjonalnych deficytów i rozwiązać swoich wewnętrznych konfliktów, wtedy najczęściej choruje somatycznie i doświadcza objawów pochodzących z ciała. Poprzez ciało poznajemy często symbolikę wypartej konfliktowości wewnętrznej osoby chorującej na anoreksję czy bulimię psychiczną.

W kompleksowym procesie leczenia (medycznego, psychoterapeutycznego, dietetycznego) omawianej grupy chorych uwzględnia się zawsze wielokierunkowe oddziaływania, które zależą od przyjętego teoretycznego paradygmatu terapeutycznego. Każdy z nich (np. psychodynamiczny, behawioralno-poznawczy, humanistyczno-egzystencjalny, systemowy) narzuca techniki terapeutycznych interwencji ukierunkowanych na cel, jakim jest powrót do zdrowia, co oznacza również wyrównanie zakłóceń w poznawczym i emocjonalnym doświadczaniu cielesności własnej pacjentki.

W przyjętym przeze mnie założeniu badawczym i celu terapeutycznym procesu psychoterapii, praca nad zmianą zniekształconego obrazu ciała chorej na anoreksję czy bulimię osoby może odbywać się wielokierunkowo i wskazywać w różnych etapach leczenia na istotne dla procesu korektywnych zmian procedury terapeutyczne. Z jednej strony kierunki i techniki terapeutyczne pracy nad korektą obrazu ciała będą zależne od nasilenia anorektycznych czy bulimicznych objawów. Z drugiej — podejmowane procedury terapeutyczne będą zależały od tego, jaka jest struktura osobowości chorej osoby (neurotyczna, borderline, psychotyczna). W każdej ze wspomnianych osobowościowych struktur pojawia się specyficzna dla jej patologii zróżnicowana konfiguracja nasilenia psychologicznych cech i socjokulturowo ukształtowanych postaw wobec ciała, które determinują siłę destrukcyjnych (restrykcyjnych, impulsywnych) zachowań wobec ciała u badanych chorych. Wydaje się zrozumiałe, że dominacja i konstelacja specyficznych socjokulturowych i psychologicznych uwarunkowań (konfliktowości wewnętrznej dotyczącej procesu separacji i indywidualizacji, obrazu) oraz specyfika destrukcyjnych zachowań wobec ciała u osób z organizacją neurotyczną struktury osobowości, wyznaczają inny kierunek terapeutycznych procedur w pracy nad obrazem ciała, niż w przypadku osób o strukturze osobowości typu borderline czy psychotycznej. Można przyjąć zgodnie z podstawowymi założeniami organizacji patologii struktury osobowości według teorii relacji z obiektem, że osoby z symptomami anoreksji czy bulimii psychicznej, mające strukturę osobowości

typu borderline i psychotyczną będą prezentować zdecydowanie wyższy poziom psychopatologii struktury ja cielesnego (obrazu ciała) oraz będą w sposób bardziej destruktywny (samoniszczący) doświadczać własnej cielesności [8, 26, 71].

Realizowany zgodnie ze standardami współczesnej naukowej (medycznej i psychologicznej) wiedzy proces leczenia osób z anoreksją i bulimią powinien wykorzystywać tzw. specyficzne czynniki (intencjonalnie zaprogramowane działania medyczne i psychoterapeutyczne, zgodnie z przyjętym przez terapeutę teoretycznym paradygmatem rozumienia psychopatologii zaburzenia i procesu psychoterapii), jak i niespecyficzne (uniwersalne) czynniki wspierające terapię tych chorych. Zaliczyć do nich możemy przede wszystkim:

- ukierunkowanie na budowanie współpracy (sojuszu między osobą chorą a terapeutą, lekarzem), relację terapeutyczną,
- wzbudzanie pozytywnych emocji w relacji z lekarzem, terapeutą i negatywnych w stosunku do dotychczasowych doświadczeń życiowych i adekwatnych do aktualnych zdarzeń,
- nabywanie nowej wiedzy, umiejętności i ćwiczenie nowych zachowań.

Poza wymienionymi czynnikami, istotny wpływ na przebieg leczenia tych osób wywierają także inne elementy, np. aktualny stan psychofizyczny chorej osoby. W wielu sytuacjach, w stanie fizycznego wyniszczenia organizmu (gdy związane ze stanem zdrowia parametry fizjologiczne, np. zaburzenia rytmu pracy serca, zbyt niska waga ciała muszą zostać natychmiast wyrównane, albowiem aktualnie stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia i mogą prowadzić do śmierci) osoby cierpiące na anoreksję czy bulimię psychiczną wymagają leczenia zamkniętego. Wtedy praca psychoterapeutyczna nad uświadomieniem tkwiących u podłoża zaburzeń odżywiania wewnętrznych konfliktów i nieświadomych psychologicznych mechanizmów traci sens. Chora osoba jest tak wyniszczona fizycznie, że nie jest w stanie pracować umysłowo i korzystać ze swoich emocjonalnych zasobów. Pomoc psychologiczna nad regulacją zachowań wobec ciała w sytuacji wyniszczenia ciała często polega na wspieraniu decyzji o hospitalizacji, co nie zawsze jest przez chorą osobą akceptowane, budzi opór oraz negację stanowiska lekarza i terapeuty. Cierpiące na anoreksję psychiczną nie tylko restrykcyjnego typu, w związku z wieloma chorobowymi psychologicznymi mechanizmami (zaprzeczania, prymitywnej idealizacji, onnipotentnej kontroli, rozszczepienia, projekcyjnej identyfikacji, racjonalizacji, intelektualizacji) blokują (odcinają) swoje emocjonalne przeżywanie ciała i zniekształcają poznawczo (przez schematy myślowe i percepcję) jego obraz. Chore na anoreksję widzą, co innego niż realnie oceniający rzeczywisty jej stan psychofizyczny lekarze, psychologowie, psychoterapeuci i bliscy z otoczenia społecznego (rodzice, rodzeństwo, życiowi partnerzy, koledzy, przyjaciele itp.). Brak identyfikacji z chorobą i zachodzące w świecie psychicznym zniekształcenia nie pozwalają realnie ocenić zagrożenia dla życia i niszczącego stosunku do własnego ciała.

Analizując uniwersalne czynniki leczące w psychoterapii niezależnie od jej teoretycznego paradygmatu stwierdzam, że budowanie pozytywnej emocjonalnej relacji między chorą na anoreksję czy bulimię psychiczną osobą a terapeutą czy lekarzem to jednocześnie podstawa nawiązania sojuszu terapeutycznego między nimi. Tym samym jest to punkt wyjścia do dalszych leczniczych działań wobec chorej osoby i wstęp do zmian, jakie

mogą się zdarzyć w jej życiu i w stosunku do ciała. Sojusz terapeutyczny daje podstawę do nabywania nowej wiedzy, która poprzez trening nowych (korektywnych) zachowań wobec ciała prowadzi do zmiany. Sojusz terapeutyczny i budowana więź między pacjentem i terapeutą w zaburzeniach odżywiania posiada istotne znaczenie od pierwszego do końcowego etapu leczenia tej grupy chorych. Niemniej jednak wydaje się ważne, by uwzględnić w procesie leczenia zniekształconego obrazu ciała także tzw. specyficzne czynniki leczące w zależności od struktury osobowości i sylwetki psychologicznej osoby chorującej na omawiany typ zaburzeń.

Badania empiryczne ukierunkowane na diagnozę psychologicznych i socjokulturowych predyktorów postaw wobec ciała zostały przeprowadzone przez autorkę niniejszego artykułu na populacji 121 kobiet w wieku 20–26 lat, chorujących na zaburzenia odżywiania. Wraz z ich wynikami zostały one kompleksowo opisane w monografii pt. *Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania* wydanej w 2014 roku przez Wydawnictwo Naukowe PWN [1]. W niniejszym artykule przedstawiono tylko ten aspekt wyników badań własnych, który stał się punktem wyjścia wartych rozważenia sugestii w psychoterapii zaburzonego obrazu ciała u chorych z anoreksją i bulimią psychiczną.

Material badawczy

Ze względu na cele i tematykę niniejszego artykułu zaprezentowane zostaną tylko podstawowe dane pozwalające scharakteryzować cele badań, grupę badawczą oraz zastosowane metody badawcze. W dalszej kolejności przedstawione zostaną dane empiryczne i wynikające z nich główne propozycje do rozważenia w prowadzeniu psychoterapii zaburzeń obrazu ciała osób z anoreksją i bulimią psychiczną.

Charakterystyka grupy badawczej

Dobór do grupy miał charakter celowy: 121 kobiet bez zaburzeń odżywiania w wieku 20–26 lat (grupa kontrolna) oraz 121 kobiet w wieku od 20 do 26 lat z diagnozą medyczną (grupa kliniczna): anoreksji (ICD–10: F50.0; F50.1) w tym typu restrykcyjnego (N = 29, wiek: 21,3 BMI = 16,7), anoreksji — typ bulimiczny (N = 30, wiek: 22,3; BMI = 17,8), bulimii psychicznej (ICD–10: F50.2; F50.3; N = 30, wiek: 21,3; BMI = 20,63), zespołu psychogennego objadania się (ICD–10: F50.4; N = 32, wiek: 24,1; BMI = 24,03).

Procedura badań

Badania poszczególnych kobiet z zaburzeniami odżywiania odbywały się w strukturach organizacyjnych niestacjonarnej opieki zdrowotnej, tj. w ośrodkach leczenia zaburzeń odżywiania, obejmujących: oddział dzienny leczenia zaburzeń nerwicowych i odżywiania, poradnię zdrowia psychicznego, poradnię leczenia nerwic.

Wszystkie placówki spełniały podobne kryteria świadczonych usług w zakresie opieki medycznej i psychologicznej dla tej grupy chorych osób. W skład tych kryteriów weszły regularne, obligatoryjne kontrole stanu psychofizycznego badanych kobiet (kontrola wagi ciała, ocena BMI i kontrolne badania medyczne, konsultacje medyczne, psychologiczne i — w zależności od wskazań lekarskich — konsultacje dietetyczne).

W doborze metod do realizacji celu badawczego, obok kryteriów psychometrycznych, istotną wartością było ustalenie kryteriów klinicznej interpretacji danych badawczych, uzyskanych metodą kwestionariuszową i kliniczną (projekcyjną). Kryteria te pozwoliły określić nasilenie wszystkich badanych zmiennych w wymiarze: prawidłowe–nieprawidłowe dla utrzymania stanu zdrowia (wskazujące na stan nasilenia zmiennej, zdefiniowany jako tzw. poziom kliniczny — nieprawidłowy dla stanu zdrowia).

Procedura badań obejmowała trzy etapy.

Etap I — badanie pilotażowe na populacji 140 Polek w celu uzyskania materiału źródłowego do konstrukcji dwóch narzędzi badawczych służących do pomiaru zawartych zmiennych badawczych. Na podstawie oceny rzetelności i spójności wewnętrznej z zastosowaniem współczynników α -Cronbacha dla pozycji wchodzących w skład konstruowanych narzędzi badawczych wyodrębniono strukturę czynników leżących u podstaw Kwestionariusza Postaw Socjokulturowych wobec Wyglądu Fizycznego i Wizerunku Ciała SATAQ-3[1].

Etap II — badanie populacji 121 kobiet z zaburzeniami odżywiania (grupa kliniczna) i 121 kobiet bez zaburzeń odżywiania (grupa kontrolna) z zastosowaniem metody klinicznej oraz psychometrycznej [42–45]. W opisie wskaźników zmiennych psychologicznych modelu badań własnych (profilu cech psychologicznych i czynników socjokulturowych) uwzględniono miary tendencji centralnej (wartości średnie i odchylenie standardowe). Statystyczne udokumentowanie różnic między grupą kliniczną i kontrolną pozwoliło wskazać na nieprawidłowy poziom nasilenia w zakresie badanych zmiennych psychologicznych u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Ze względu na brak rozkładu normalnego do porównań średnich zastosowano nieparametryczny test dla dwóch grup U Manna-Whitneya, a dla porównania — w zakresie wskaźników obrazu ciała test chi-kwadrat.

W etapie III procedury badawczej do przeprowadzenia wewnątrzgrupowych różnicowań w grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania zastosowano analizę skupień metodą k-średnich. W jej wyniku zidentyfikowano skupienia, a następnie dokonano porównań między nimi z zastosowaniem analizy wariancji ANOVA (test F-Fishera).

Przeprowadzona analiza skupień wskazała na istnienie w badanej populacji 121 Polek z zaburzeniami odżywiania czterech różnicujących tę grupę skupień (klasterów).

Pełny opis organizacji badań i grupy badawczej oraz procedury badań przedstawiono w monografii Autorki wydanej w 2014 roku [1]. Badania przeprowadzono w latach 2007–2012 w ośrodkach leczenia nerwic i zaburzeń odżywiania, poradniach zdrowia psychicznego, poradniach leczenia nerwic na terenie Polski. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Etyki Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

Metody badawcze

W badaniach zastosowano metody kliniczne i psychometryczne. Każda z badanych osób uczestniczyła w wieloetapowym badaniu psychologicznym, przeprowadzonym w trakcie pobytu w poradniach, w których prowadzone było w dalszej kolejności leczenie każdej z badanych osób. Badanie psychologiczne obejmowało cykl co najmniej trzech konsultacji psychologicznych. Wśród metod badawczych istotnych ze względu na temat pracy wyodrębniono:

- 1) wywiad kliniczny (pomiar indeksu masy ciała BMI, dane socjodemograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny),
- 2) rysunek obrazu ciała (pomiar wskaźników obrazu ciała: schematu ciała i orientacji we własnym ciele — zachowania jego granic),
- 3) Test Sylwetek (Contour Drawing Rating Scale) — opracowanie J.K.Thompsona i J.J. Graya — pomiar samooceny obrazu ciała [41],
- 4) Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania EDI (Eating Disorder Inventory) D. Garnera (oprac. C. Żechowski) — pomiar psychologicznego profilu cech typowego dla osób z zaburzeniami odżywiania [37, 38]. Dokonywano pomiaru następujących psychologicznych zmiennych: niezadowolenie z własnego ciała, świadomość interoceptywna, myślenie „bulimiczne”, perfekcjonizm, samoocena — poczucie niekompetencji i nieskuteczności, relacje interpersonalne — poczucie niepewności i nieufność, lęk przed przytyciem (dążenie do szczupłości), lęk przed własnym dojrzewaniem [4, 42, 44],
- 5) Kwestionariusz Postaw Socjokulturowych Wobec Wyglądu Fizycznego i Wizerunku Ciała SATAQ-3 (The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale — 3, SATAQ-3 — oprac. Kevin Thompson i in.) — pomiar postaw socjokulturowego wpływu na postawę i zachowania wobec ciała [45].

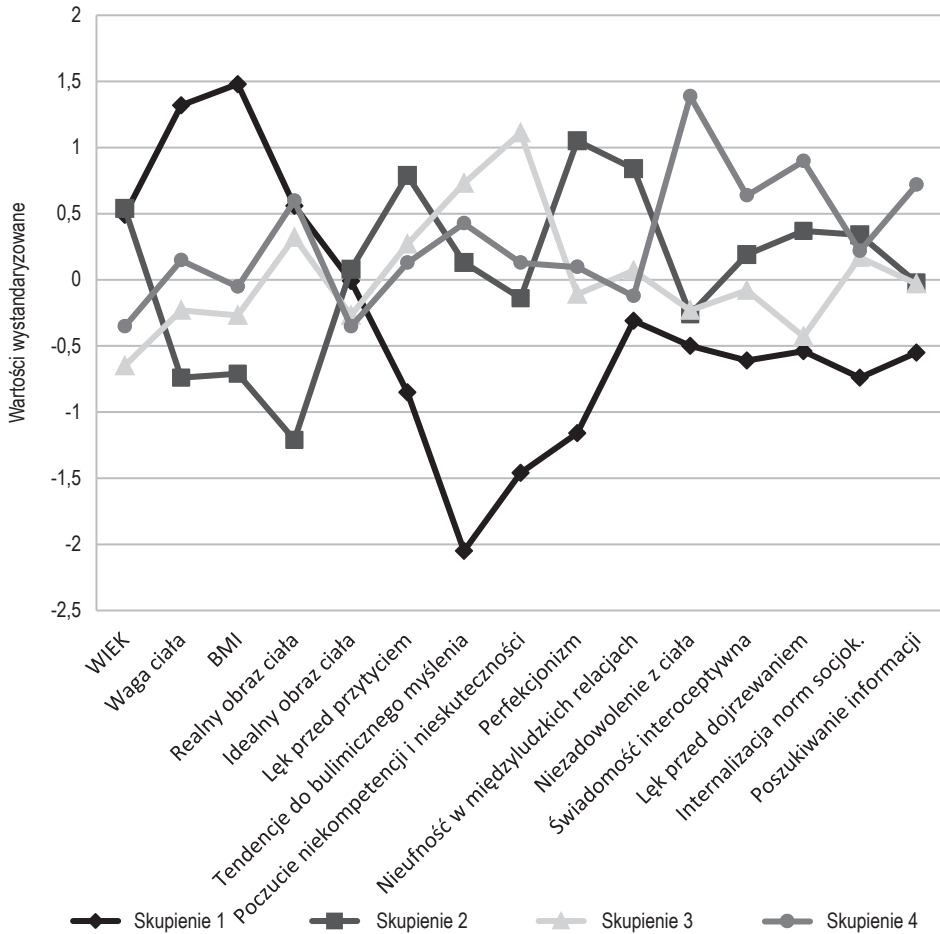
Wyniki

Otrzymane wyniki badań obarczone są niewątpliwie pewnymi ograniczeniami m.in. ze względu na poprzeczny, a nie podłużny charakter badań, specyfikę grupy badawczej: wiek i płeć (obejmującej tutaj tylko kobiety w wieku młodym dorosłym, z pominięciem pozostałych kategorii wiekowych) oraz ze względu na dobór narzędzi badawczych. Wykluczenie i kontrola podanych powyżej czynników w chwili podjęcia przedstawianych badań własnych nie były możliwe, a dobór narzędzi pomiaru zmiennych psychologicznych podyktowany był materiałem źródłowym, potwierdzającym zasadność zastosowania metody klinicznej oraz psychometrycznej m.in. Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania EDI w procedurze badawczej. W planowaniu problematyki przyszłych badań omawianego obszaru warto jednak uwzględnić wspomniane powyżej czynniki, dotyczące m.in. różnorodności w zakresie wieku badanych, pomiaru zmiennych badawczych zarówno u kobiet, jak i mężczyzn z zaburzeniami odżywiania.

Niemniej jednak przytoczone w artykule badania własne stanowią materiał empiryczny rzadko weryfikowany w polskich badaniach na temat zaburzeń odżywiania. Ich nowatorski charakter wynika chociażby z próby wyodrębnienia spośród 121 badanych typów psychologicznych kobiet chorujących na anoreksję, bulimię czy kompulsywnie objadających się.

Na rycinie 1 przedstawiono średnie wartości wyników wystandaryzowanych tylko tych zmiennych psychologicznych i socjokulturowych, które istotnie różnią się pomiędzy otrzymanymi czterema klastrami badanych.

Ze względu na istotnie różny rozkład i nasilenie zmiennych psychologicznych i socjokulturowych w poszczególnych klastrach kobiet grupy badawczej, klastronom tym przypisano kolejno nazwy: typu neurotycznego (klastr pierwszy), perfekcjonistycznego (klastr drugi), impulsywnego (klastr trzeci), młodzieńczego-narcystycznego (klastr czwarty).



Rys. 1. Wyniki analizy klastrowej metodą k-średnich. Zestawienie istotnie różnicujących wystandaryzowanych wartości średnich dotyczących zmiennych psychologicznych, socjokulturowych w badanej populacji kobiet polskich chorujących na zaburzenia odżywiania (N = 121).

W oparciu o opis danych uzyskanych metodą kliniczną (wywiad, obserwacja, testy projekcyjne, diagnoza psychodynamiczna struktury osobowości) sporządzono charakterystykę kliniczną badanych zmiennych psychologicznych i socjokulturowych w czterech typach psychologicznych kobiet chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną (tab.1).

Tabela 1. Charakterystyka kliniczna zmiennych psychologicznych w typach psychologicznych kobiet z zaburzeniami odżywiania (N = 121)

Typ neurotyczny	Typ perfekcjonistyczny	Typ impulsywny	Typ młodzieńczo-narcystyczny
Podwyższony poziom niezadowolenia i nieakceptacji własnego ciała	Wysoki poziom niezadowolenia i nieakceptacji własnego ciała	Wysoki poziom niezadowolenia i nieakceptacji własnego ciała	Bardzo wysoki poziom niezadowolenia i nieakceptacji własnego ciała
Dominacja idealnego nad realnym obrazem ciała	Dominacja idealnego nad realnym obrazem ciała	Dominacja idealnego nad realnym obrazem ciała	Dominacja idealnego nad realnym obrazem ciała
Prawidłowa bądź dyskretnie obniżona świadomość interoceptywna	Znacznie obniżona (nieprawidłowa) świadomość interoceptywna	Znacznie obniżona (nieprawidłowa) świadomość interoceptywna (znaczone deficyty w ww. zakresie)	Znacznie obniżona (nieprawidłowa) świadomość interoceptywna
Prawidłowy bądź dyskretnie podwyższony perfekcjonizm	Bardzo wysoki perfekcjonizm	Bardzo wysoki perfekcjonizm (nieprawidłowy dla utrzymania stanu zdrowia)	Wysoki perfekcjonizm (nieprawidłowy dla utrzymania stanu zdrowia)
Podwyższony dyskretnie lęk przed przytęciem	Bardzo wysoki lęk przed przytęciem	Wysoki poziom lęku przed przytęciem	Wysoki lęk przed przytęciem
Bulimiczne myślenie w granicach normy bądź dyskretnie podwyższone	Bulimiczne myślenie w granicach normy bądź dyskretnie podwyższone	Wysoki poziom nasilenia bulimicznego myślenia	Bulimiczne myślenie w granicach normy bądź dyskretnie podwyższone
Samoocena — wynik prawidłowy	Samoocena — wynik prawidłowy	Samoocena — wynik nieprawidłowy — wskazujący istotnie zaniżone poczucie wartości własnej — poczucie bezwartościowości	Samoocena — wynik prawidłowy
Relacje interpersonalne — bez nadmiernego poczucia niepewności i nieufności	Poczucie niepewności i nieufność w relacjach interpersonalnych	Poczucie niepewności i nieufność w relacjach interpersonalnych	Poczucie niepewności i nieufność w relacjach interpersonalnych
Bardzo wysoki lęk przed własnym dojrzewaniem	Bardzo wysoki lęk przed własnym dojrzewaniem	Lęk przed dojrzewaniem — w granicach normy	Bardzo wysoki lęk przed własnym dojrzewaniem
Bardzo wysoki poziom internalizacji norm socjokulturowych promujących obowiązujące standardy wizerunku ciała	Wysoki poziom internalizacji norm socjokulturowych promujących obowiązujące standardy wizerunku ciała	Bardzo wysoki poziom internalizacji norm socjokulturowych promujących standardy wizerunku ciała	Wysoki poziom internalizacji norm socjokulturowych promujących standardy wizerunku ciała
Diagnoza psychodynamiczna — cechy osobowości: obsesyjno-kompulsyjnej, lękliwej	Diagnoza psychodynamiczna — cechy osobowości: obsesyjno-kompulsyjnej, anankastycznej, narcystycznej	Diagnoza psychodynamiczna — cechy osobowości: typu borderline, histrionicznej, obsesyjno-kompulsyjnej	Diagnoza psychodynamiczna — cechy osobowości: narcystycznej, obsesyjno-kompulsyjnej, lękliwej

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Struktura osobowości o cechach neurotycznych	Struktura osobowości o cechach borderline, psychotycznej	Struktura osobowości o cechach borderline	Struktura osobowości o cechach neurotycznych
Anoreksja bulimia psychiczna	Anoreksja: typ restrykcyjny, bulimiczny	Bulimia psychiczna	Anoreksja, bulimia psychiczna
Dane kliniczne z wywiadu: brak samouszkodzeń ciała, chorób przewlekłych, uzależnień od środków psychoaktywnych i behawioralnych, brak ujawnionych w dotychczasowym życiu traum psychicznych i przemocy (psychicznej, fizycznej i seksualnej). Badane w chwili badania pozostawały co najmniej od 6 miesięcy w związkach partnerskich o różnym czasie trwania.	Dane kliniczne z wywiadu: brak samouszkodzeń ciała, chorób przewlekłych, ujawnionych w wywiadzie uzależnień od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu), uzależnień behawioralnych, brak ujawnionych w dotychczasowym życiu traum psychicznych i przemocy fizycznej i seksualnej. W wywiadach wielu badanych obecne informacje o doświadczonych w okresie dziecięcym utratkach osób bliskich emocjonalnie, długotrwałej w czasie separacji (od 3–6 miesięcy do kilku lat) od jednego z rodziców, doświadczanie przemocy psychicznej. Epizody sięgania po środki psychoaktywne w celu utrzymania wagi ciała zgodnie z potrzebą posiadania wyidealizowanego obrazu ciała. Badane w chwili badania pozostawały w związkach co najwyżej 6-miesięcznych bądź nie posiadały związków partnerskich w ogóle.	Dane kliniczne z wywiadu potwierdzają obecność u znaczącej liczby badanych różnych chorób przewlekłych(np. zmian w zakresie narządów rodnych, układu pokarmowego), samouszkodzeń ciała (często samookaleczeń), uzależnień od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu), uzależnień behawioralnych, traum psychicznych w przeszłości i/lub trwających sytuacji przemocy wobec wielu badanych w ich środowisku. Badane w chwili badania pozostawały co najmniej od 6 miesięcy w związkach partnerskich.	Dane kliniczne z wywiadu: brak samouszkodzeń ciała, chorób przewlekłych, przebytych, ujawnionych w wywiadzie traum psychicznych i /lub trwających sytuacji przemocy (psychicznej, fizycznej, seksualnej) wobec wielu badanych w ich środowisku. Badane w chwili badania pozostawały co najmniej od 6 miesięcy w związkach partnerskich.

Dyskusja i omówienie wyników

Na podstawie analizy statystycznej otrzymanych wyników z metod psychometrycznych i klinicznych oraz charakterystyki klinicznej wybranych danych z wywiadu klinicznego i dokumentacji medycznej sporządzono wstępny raport na temat głównych oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na korektę zniekształconego obrazu ciała badanych kobiet. Niezależnie od tego, który klaster badane kobiety prezentują, dominuje wysokie

niezadowolenie z własnego ciała na rzecz pragnień idealnego (zaniżonego i nieadekwatnego do BMI) jego wizerunku. Pozostałe zmienne psychologiczne i socjokulturowe, jak i wybrane wskaźniki kliniczne (dane z wywiadu klinicznego) opisują sylwetkę psychologiczną kobiet poszczególnych czterech typów psychologicznych w sposób zróżnicowany (Tab.1). Biorąc pod uwagę powyższe dane uznałam, że różna w poszczególnych klasterach konfiguracja zmiennych psychologicznych i socjokulturowych może mieć znaczenie dla specyfiki i efektywności przebiegu procesu psychoterapii zniekształceń obrazu ciała u chorych z anoreksją i bulimią.

W pierwszym etapie terapii, budując terapeutyczne przymierze i prozdrowotną motywację do leczenia, podejmujemy zwykle decyzję co do dalszego etapu postępowania terapeutycznego wobec omawianej grupy chorych. Wraz z odniesieniem się do otrzymanych wyników badań własnych oraz występujących typów psychologicznych kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną, zaproponowano pewne wytyczne do podjęcia oddziaływań psychoterapeutycznych w procesie leczenia przedstawianej grupy chorych. Ze względu na propozycję, aby w terapeutycznej pracy nad zniekształconym obrazem ciała, prowadzonej w podejściu terapii psychodynamicznej (indywidualnej i grupowej), uwzględniać także techniki behawioralno-poznawcze oraz psychodramatyczne, zaproponowane podejście nazwano integracyjnym. Poniżej przedstawiono propozycję głównych sugestii mogących wspierać proces psychoterapii zniekształceń obrazu ciała kobiet z anoreksją i bulimią w zależności od prezentowanego przez nie typu psychologicznego. Niezależnie od wskazanych poniżej zróżnicowań w tym procesie, warto zaznaczyć, że na plan pierwszy w leczeniu wysuwają się niespecyficzne (uniwersalne) czynniki leczące odwołujące się do budowy empatycznej, opartej na autentyczności i otwartości relacji między terapeutą (psychologiem) a pacjentem. Są one uznawane we wszystkich podejściach terapeutycznych jako znaczące. Zaczynając budować terapeutyczne przymierze, powinniśmy uwzględnić, w ramach rozpoznania specyfiki i rodzaju prezentowanych chorobowych objawów, diagnozę emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych zniekształceń w zakresie obrazu ciała chorej osoby. Ponadto niezależnie od podanych poniżej propozycji oddziaływań wspierających proces psychoterapii zaburzeń obrazu ciała z uwzględnieniem wyodrębnionych typów psychologicznych zawsze w procesie leczenia zachodzi konieczność monitoringu przez personel medyczny wagi ciała i stanu somatycznego pacjentów z objawami anoreksji i bulimii psychicznej.

Propozycje i uwagi do rozważenia w oddziaływaniach wspierających proces
psychoterapii zniekształceń obrazu ciała u kobiet typu neurotycznego
i młodzieńczego-narcystycznego

Biorąc pod uwagę konfigurację zmiennych psychologicznych i socjokulturowych, wiek badanych (tzw. późną adolescencję i wiek młodzieńczy) możemy założyć, że profil cech psychologicznych, zmiennych socjokulturowych i objawów potwierdzać może neurotyczne cechy struktury osobowości u kobiet omawianych dwóch typów psychologicznych. Uwzględniając wiek badanych możemy założyć, że dominujący u badanych silny lęk przed dojrzewaniem w stopniu znaczącym może blokować psychoseksualne potrzeby i popędowe pragnienia związane z uzyskiwaniem zdolności separacyjnych i indywidualizacji (formowaniem się kompleksowej tożsamości i osobowości człowieka dorosłego). Teza

ta może znajdować potwierdzenie w literaturze przedmiotu wskazującej na ważność w przebiegu chorowania na zaburzenia odżywiania u młodych dorosłych psychologicznego mechanizmu regresji (poprzez objawy) do wcześniejszych faz rozwojowych, między innymi nie rozwiązane go konfliktu edypalnego (Z. Freud) czy fazy separacji i indywiduacji (M. Mahler). Wynikająca z okresu adolescencji i wieku młodzieńczego ambiwalencja w myśleniu, emocjonalnym doświadczaniu i zachowaniach chorych, może uaktywnić u nich anorektyczne, niszczące ciało objawy z poziomu regresji do fazy edypalnej, co zwykle łączy się z zablokowaniem funkcjonowania sfery popędowej osoby. Objaw z ciała staje się często symbolem wypartych, zablokowanych treści konfliktowych dotyczących popędowości seksualnej i procesu separacji–indywiduacji [1, 3, 4, 7–10, 20–22].

Ze względu na specyfikę funkcjonowania struktury osobowości zakwalifikowanej według wyników badań do tzw. struktury neurotycznej [8] kobiety typu neurotycznego i młodzieńczego-narcystycznego mogą mieć możliwość ujawniania także w procesie psychoterapii: neurotycznych mechanizmów obronnych, stabilnego ego (poprawne testowanie rzeczywistości, brak zniekształcenia granic, ciała i zaburzeń tożsamości). Od początku procesu psychoterapii istnieją zatem korzystniejsze warunki i wskazania do terapii wglądowej, również w pracy nad obrazem ciała i doświadczania własnej cielesności. Objaw chorobowy (często powiązany z ciałem) jest w znaczącym stopniu symbolicznym odzwierciedleniem konfliktów wewnętrznych. Jak wynika z badań własnych zniekształcony obraz ciała (negacja realnego obrazu ciała) pozostaje także w znaczącym stopniu pod wpływem internalizacji i nacisku czynników socjokulturowych (szczególnie mass mediów). Terapia psychodynamiczna, wglądowa, indywidualna czy grupowa to proces, któremu pacjentka z anoreksją czy bulimią ze względu na neurotyczną strukturę osobowości i konfigurację cech psychologicznych jest w stanie podołać. Pracę z ciałem mogą wspierać tutaj techniki działania, a szczególnie psychodrama oraz techniki behawioralno-poznawcze. Stabilne ego i brak zaburzeń tożsamości wraz z neurotycznymi mechanizmami obronnymi dają podstawę do odbierania i przekazywania informacji o ciele pacjentki w relacji terapeutycznej rozumianej jako „spotkania dwóch ciał: pacjentki i terapeuty”. Oznacza to, że ciało nie stanowi dla obu uczestników tej relacji źródła silnych, masywnych przeniesień i przeciwprzeniesień, co ujawnia się w tym, że odczucia pacjentki i terapeuty w relacji terapeutycznej nie przypominają „silnej i morderczej walki pomiędzy różnymi wewnętrznymi stanami i emocjami”. Terapeuta, doświadczając w relacji z pacjentką różnych i silnych emocji, zwykle nie ujawnia w przeciwprzeniesieniu takich, które można by porównać w opisach z utratą (dezintegracją) własnej cielesnej tożsamości (znaczących trudności w zakresie odczuwania granic własnego ciała, dezintegracji w odczuwaniu bodźców i doznań płynących z ciała). W relacji z pacjentką terapeuta odczuwa zwykle adekwatnie do stanu rzeczy doznania płynące z własnego ciała i potrafi je zróżnicować i oddzielić od cielesnych doznań pacjentki, zachowując egodystoniczne nastawienie do analizowanej emocjonalnej relacji z odczuwaną jej cielesnością. Z jednej strony empatia i rozumienie omawianych z pacjentką jej cielesnych doświadczeń, z drugiej możliwe jest adekwatne do sytuacji relacji terapeutycznej odczuwanie przez terapeutę własnej cielesności oraz dystans do prezentowanych przez pacjentkę jej cielesnych doświadczeń i objawów. Ciało pacjentki i ciało terapeuty to dwa odrębne, przeżywające swoje doznania bytu.

U omawianej grupy kobiet dominuje także silna idealizacja ciała i negacja jego realnego obrazu, co przy wykazanych w badaniach silnym wpływie socjokulturowym, potwierdza

potrzebę uwzględnienia na pierwszym planie terapii wglądowej w psychologiczne mechanizmy zaburzeń (symboliczne funkcje chorobowego objawu) oraz potrzebę zwrócenia uwagi na znaczenie internalizacji norm socjokulturowych i przekazów rodzinnych w procesie leczenia. Terapia wglądowa pozwoli uzyskać większą świadomość chorej osoby nieświadomych konfliktów jako głównych źródeł autodestruktywnych zachowań wobec ciała. Ze względu na specyfikę okresu życia, zachowane zdolności do refleksji nad światem wewnętrznym przeżyć, psychodynamiczna (ukierunkowana na wgląd) psychoterapia grupowa czy indywidualna mogą stanowić ważną inspirację do redukcji chorobowych objawów. Wzbogacenie technik terapii wglądowej o elementy pracy z objawem z zastosowaniem technik psychodramy może pogłębić wgląd w symboliczne znaczenie chorobowego objawu. W przypadku tych chorych warto również pamiętać o znaczeniu budowy dobrej, emocjonalnej relacji i eksploracji dobrze rozumianej postawy nieco edukacyjnej, która wskazywałaby im drogowskazy w procesie leczenia z pozycji dobrze pojętego autorytetu (bez nacisku, ale z jasno wyklarowanymi zasadami i niezbędnymi do spełnienia warunkami zdrowienia).

Propozycje i uwagi do rozważenia w oddziaływaniach wspierających
proces psychoterapii zniekształceń obrazu ciała u kobiet typu
perfekcjonistycznego i impulsywnego

Osoba z rozpoznaniem anoreksji lub bulimii, ujawniająca jednocześnie cechy typu perfekcjonistycznego lub impulsywnego, zwykle charakteryzuje się sylwetką psychologiczną, która w przeniesieniu wywołuje często specyficzne, płynące z ciała odczucia, opisywane najczęściej jako: „zamieszanie w ciele”, „walkę w ciele”. W języku symbolicznym można określić ten rodzaj relacji do ciała „jako swoiste pole bitwy między różnymi doznaniem”, jakiej pacjentka odczuwa także w relacji z lekarzem czy terapeutą. Cieleśność pacjentki, która często poprzez mechanizmy obronne rozszczepienia czy projekcyjnej identyfikacji „odcina” własne emocje i doznania, zwykle połączona jest z odczuwaniem przez terapeutę podobnych cielesnych doznań i emocji. Często odczucia pacjentki cechuje brak integracji różnych emocji i docierających z ciała bodźców. Podobnie może działać się w emocjach przeciwprzeniesieniowych terapeuty. On również może odczuwać „zamieszanie” w emocjach i doznaniach cielesnych. Dzieje się tak często w związku z dominacją w tej grupie chorych mechanizmów rozszczepienia oraz rozwijanej relacji przeniesienia i przeciwprzeniesienia, opartej na mechanizmach projekcyjnej identyfikacji. W odczuwaniu własnego ciała pacjentka z zaburzeniami odżywiania omawianego typu psychologicznego doświadcza często silnej impulsywności bądź blokowania odczuwania płynących z ciała emocji i bodźców. Konfiguracje cech psychologicznych i struktury osobowości typu impulsywnego i perfekcjonistycznego wskazują, że struktura osobowości tych chorych nosi cechy organizacji osobowości typu borderline i psychotycznej [1]. Przedstawiona w tab. 1 konfiguracja cech psychologicznych i zmiennych socjokulturowych wraz z charakterystyką kliniczną typu impulsywnego i perfekcjonistycznego potwierdzają obecność w tych grupach chorych bardziej znaczących emocjonalnych i poznawczych zniekształceń w doświadczaniu własnego ciała niż w osób typu neurotycznego czy młodzieńczego-narcystycznego. Występujące u kobiet typu impulsywnego i perfekcjonistycznego silne zniekształcenia

w percepcji i schematach myślowych dotyczących obrazu ciała mogą wymagać trwającej tzw. poznawczej rekonstrukcji (tj. wyuczenia nowych schematów poznawczych ukierunkowanych na rozwijanie adekwatnego do rzeczywistości obrazu ciała), aby powrót do zdrowia był możliwy. W procesie tym mogą pomóc, obok prowadzonej długoterminowej psychoterapii psychodynamicznej, także techniki poznawcze oraz psychodramatyczne.

Występujące w strukturze psychologicznego funkcjonowania znaczące deficyty w zakresie świadomości interoceptywnej, silna impulsywność i perfekcjonizm, nieufność i niepewność w relacjach interpersonalnych (wykazane istotne trudności w budowaniu emocjonalnej więzi z innymi ludźmi) to zmienne psychologiczne, które znacznie utrudniają przyjęcie terapii wglądowej jako dominującej formy leczenia. Ze względu na konfigurację zmiennych psychologicznych warto uwzględnić zastosowanie od początku leczenia psychodynamicznej terapii długoterminowej, opartej o budowanie emocjonalnej więzi z odroczeniem pracy nad wglądem w psychologiczne mechanizmy zaburzeń. W procesie terapii warto uwzględnić techniki behawioralno-poznawcze i psychodramatyczne, szczególnie w pracy nad stymulacją niskiej świadomości interoceptywnej czy w pracy nad nawrotami objawów bulimicznych. Zaczynamy budować terapeutyczne przymierze, ale kiedy chora osoba nie widzi u siebie zniekształconego (poznawczo i emocjonalnie) obrazu swego ciała, kiedy nie wie, jak bardzo je niszczy tym, co robi, jako terapeuci stajemy się dla niej lustrem służącym do konfrontacji z tym, jaki jest rzeczywisty (autodestrukcyjny) stan jej ducha i ciała.

Konfiguracje i nasilenie psychologicznych cech u kobiet typu perfekcjonistycznego i impulsywnego nie sprzyjają szybkiemu i efektywnemu przebiegowi procesu leczenia. Takie profile cech psychologicznych wzmagają często u chorych osób opór i bierne formy wyrażania agresji wobec siebie i otoczenia. W pierwszej fazie leczenia szczególnie i wyraźnie zwracamy uwagę na ustalanie warunków kontraktu, w którym określenie kryterium wagi ciała, kontrola parametrów medycznych są niezbędne, aby bezpiecznie prowadzić pracę psychologiczną. Zgoda osoby chorej na regularną kontrolę wagi ciała i kontakt z lekarzem w celu monitoringu stanu somatycznego i wyników zleconych badań stanowi tutaj ważny punkt.

Nie oznacza to, że w innych typach psychologicznych ten wymóg nie jest istotny. Tutaj jednak ze względu na poziom zaburzeń pacjentki wymaga on szczególnego podkreślenia. Monitoring wagi i stanu somatycznego przez lekarza i personel medyczny daje możliwość oddzielenia terapeuty od kontroli somatycznego stanu chorej, a zarazem umożliwia bezpieczną pracę nad redukcją objawów i psychologicznych mechanizmów zaburzeń. Często zamodelowana przez terapeutę „wychowawcza” postawa wobec osoby chorej, u której nasilają się silnie anorektyczne (restrykcyjne) bądź bulimiczne (impulsywne) objawy, ma służyć ochronie jej życia. Jasny komunikat od terapeuty, że osoba nie jest w stanie dokonać realnej oceny nie tylko wagi, ale i wyniszczonego obrazu ciała, jest propozycją wsparcia jej w procesie odzyskiwania stanu zdrowia i kontraktu na leczenie.

Wnioski

Podsumowując otrzymane wyniki badań możemy przyjąć następujące wnioski ogólne.

1. W procesie leczenia kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną można uwzględnić różne sugestie dotyczące zastosowania procedur terapeutycznych, w zależności od tego, jaki typ psychologiczny prezentują.

2. Konfiguracja psychologicznych cech słabszego perfekcjonizmu, impulsywności, deficytów w świadomości interoceptywnej, wyższej samooceny (braku nasilonego poczucia bezwartościowości) u kobiet typu neurotycznego i młodzieńczo-narcystycznego może sprzyjać hipotezie, że od początku leczenia takie osoby mogą być częściej kierowane do psychoterapii wglądowej.
3. Konfiguracja cech psychologicznych u badanych typu perfekcjonistycznego i impulsywnego może wymagać oddziaływań psychoterapeutycznych w podejściu psychodynamicznym, ale szczególnie silnie skoncentrowanym w pierwszej kolejności na budowaniu więzi emocjonalnej w relacji terapeutycznej. Elementy terapii wglądowej powinny się pojawić znacznie później, kiedy pozytywna i odpowiednio ugruntowana (bezpieczna) więź pozwoli osobie chorej „przyjąć nieświadome treści” do świadomości i uczynić z nich motywację do zmiany.
4. W przebiegu terapii psychodynamicznej, pracując nad zniekształceniami obrazu ciała osób wszystkich typów psychologicznych warto rozważyć wprowadzenie elementów technik behawioralno-poznawczych i/lub technik działania (psychodramy).
5. Ze względu na niską liczebność grupy badawczej przedstawione wyniki badania mają znaczne ograniczenia i nie można na ich podstawie wnioskować o całej populacji chorych. Niemniej jednak mogą one stanowić punkt wyjścia do dalszych badań w poszukiwaniu czynników wspierających proces psychoterapii osób z zaburzeniami odżywiania.

Piśmiennictwo

1. Izydorzyc B. Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014.
2. Schier K. Piękne brzydactwo. Warszawa: Scholar; 2009.
3. Mc Dougall J. Teatr ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
4. Krueger DW. Psychodynamic perspective on body image. W: Cash T, Pruzinsky T, red. Body image. A handbook of theory, research and clinical practice. New York, London: The Guilford Press; 2002, s. 30–37.
5. Krueger DW. Integrating body self and psychological self. Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy. New York–London: Bruner-Routledge; 2002.
6. Thompson JK. Handbook of disorders and obesity. New Jersey: John Wiley/Sons, Inc; 2004.
7. Cash F, Pruzinsky T, red. Body image. A handbook of theory, research and clinical practice. New York, London: The Guilford Press; 2004.
8. Izydorzyc B. Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014.
9. Izydorzyc B. A psychological diagnosis of the structure of the body self in a group of selected young Polish females without eating or other mental disorders. Arch. Psychiatr. Psychother. 2011; 2: 21–30.
10. Izydorzyc B. Selected psychological traits and body image characteristics in females suffering from binge eating disorder. Arch. Psychiatr. Psychother. 2013;1:19–33.

11. Izydorczyk B. A psychological profile of the bodily self characteristics in women suffering from bulimia nervosa. W: Hay P, red. *New insights into the prevention and treatment of bulimia nervosa*. Croatia: Intech Openaccess Publisher; 2011, s. 147–167.
12. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification theory. Toward understanding women's lived experiences and mentalhealth risks. *Psychol. Women Quart.* 1997; 21:173–206.
13. Fredrickson BL, Harrison K. Throwing like a girl: Self – objectification predicts adolescent girls' motor performance. *J. Sport Social Issues*, 2005; 29: 79–101.
14. Thompson JK, Stice E. Thin — ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body image disturbance and eating pathology. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2001; 10:181–183.
15. Thompson JK, Smolak L. *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*. Washington. DC: American Psychological Association; 2001.
16. Thompson KJ, Van den Berg P, Roehrig M, Guarda A, Heinberg LJ. The Socjocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3). Development and validation. *J. Eat. Disord.* 2004; 35:293–304.
17. Thompson JK, Berg P. Measuring body image attitudes among adolescents and adults. W: Cash TF, Pruzinsky T. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* New York, London: The Guilford Press; 2002; 142–153.
18. Tiggemann M. Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2003;11: 418–430.
19. Mikołajczyk E, Samochowiec J. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria Via Medica* 2004; tom 1 (2): 91–95.
20. Iniewicz G. Samokontrola i jej uwarunkowania u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychoter.* 2004;130(3): 45–53.
21. Iniewicz G. Obraz siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychiatr. Pol.* 2005, 39(4): 709–717.
22. Józefik B. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
23. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
24. Józefik B, Iniewicz G, Ułasińska R. Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej. *Psychiatr. Pol.* 2010; XLIV(5): 665–676.
25. Józefik B, Pilecki M, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2005.
26. Wyszogrodzka-Kucharska A, Remlinger-Molenda A. Współwystępowanie zaburzeń osobowości zaburzeń odżywiania — opis przypadku pacjentki z bulimią i osobowością nieprawidłową typu borderline. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2005; 5(2):106–109.
27. Starzomska M. Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania się. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia; 2006: 381–452.
28. Starzomska M. „Spróbuj tylko nas zawieść...” — środowisko rodzinne osób z jądłowstrętem psychicznym i z narcystycznym zaburzeniem osobowości. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio* 2015; 1: 231–242.
29. Starzomska M. „Efekt Bianki”: seksualność u kobiet z anoreksją. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio* 2014; 4: 308–318.
30. Mioduchowska A. Obraz własnego ciała a wewnętrzna aktywność dialogowa u kobiet z zaburzeniami odżywiania. Gorbaniuk O, Kostrubiec-Wojtachnio B, Musiał D, Wiechetek M, red. *Studia z Psychologii w KUL*, tom 18. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2012; 175–192.

31. Nitsch K, Prajs E, Kurpisz J, Tyburski E. Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2012; 12 (3):176–182.
32. Brytek-Matera A. Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja — Edwarda Tory Higginsa. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45: 671–682.
33. Brytek-Matera A. (Nie)świadomość doznań płynących z ciała u osób z zaburzeniami odżywiania. W: Brytek-Matera A, red. *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała.* Warszawa: Difin; 2012, s. 66–86.
34. Clarkin F, Fonagy P, Gabbard GO. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
35. Richards LK, Shingleton RM, Goldman R, Siegel D, Thompson-Brenner H. Integrative dynamic therapy for bulimia nervosa: An evidence-based case study. *Psychother.* 2016; 53 (2): 195–205.
36. Starkman H. An integrative group treatment model for women with binge eating disorder: mind, body and self in connection. *Clin. Soc. Work J.* 2016; 44(1): 57–68.
37. Barth FD. Putting it all together: An integrative approach to psychotherapy with eating disorders. *Psychoanal. Social Work* 2014; 21(1–2):19–39.
38. Wonderlich SA, Peterson C B, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, Crow SJ. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychol. Med.* 2014; 44(3):543–553.
39. Izydorzycyk B. Zastosowanie psychodramy w psychoterapii pacjentów chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną. *Psychiatr. Pol.* 2011; 16(2): 261–275.
40. Izydorzycyk B. Psychoterapia oparta na relacji z obiektem i psychodramie — integracyjne podejście w leczeniu zaburzeń odżywiania. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(5): 677–693.
41. Kubiak A, Sakson-Obada O. Nawykowe samouszkodzenia a Ja cielesne. *Psychiatr. Pol.* 2015; 50(1): 43–54.
42. Thompson JK, Altabe MN. Psychometric qualities of the figure rating scale. *Int. J. Eat. Disor.* 1991; 5: 615–619.
43. Garner D. EDI-3. Eating Disorders Inventory. Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Inc. Florida Avenue – Lutz, USA; 2004.
44. Żechowski C. Polska wersja Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI) — adaptacja i normalizacja. *Psychiatr. Pol.* 2008; Tom XLII(2):179–192.
45. Thompson KJ, Van den Berg P, Roehrig M, Guarda A, Heinberg LJ. The Socjocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3). Development and validation. *J. Eat. Disord.* 2004; 35: 293–304.

Adres: b.izydorzycyk@interia.pl