

Małgorzata Talarczyk

TERAPIA PACJENTEK Z ROZPOZNANIEM JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO LECZONYCH W KLINICE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY UM — SPECYFIKA, ZASADY I DYLEMATY

THERAPY OF PATIENTS DIAGNOSED WITH ANOREXIA NERVOSA TREATED AT THE UM CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY WARD — SPECIFICATION, RULES AND DILEMMAS

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

Autorka przedstawia model terapii dla pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego stosowany w poznańskiej Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, stworzony poprzez połączenie podejścia behawioralnego, poznawczego i systemowego, w ramach prowadzonej terapii grupowej, indywidualnej i rodzinnej oraz zawierającego kontrakt. Autorka opisując dylematy pojawiające się w terapii opisywanej grupy pacjentek zwraca uwagę m.in. na ograniczenie niezależności chorych poprzez stosowanie kontraktu behawioralnego.

**anorexia nervosa
therapy
adolescent ward**

Summary: The article displays methods of therapy of female patients diagnosed with anorexia nervosa at the UM Child and Adolescent Psychiatry Ward. The outlined therapeutic model was worked out, corrected and elaborated on during over thirty years of work with patients. The currently proposed therapy bases on a complementary usage of the behavioural, cognitive and system approach, within the limits of the conducted group, individual and family therapy and the contract. The article presents the specification, rules and dilemmas of working with the ill, who both contradict the illness and identify with the symptoms. The author takes notice, that the development of studies concerning eating disorders might inspire further research and presenting the ill with a wider and more individually suited therapeutic offer.

Wstęp

Jedną z motywacji skłaniających do podzielenia się doświadczeniami wyniesionymi z pracy terapeutycznej z chorymi na jadłowstręt psychiczny, stosowanej w ramach oddziału stacjonarnego, był artykuł opisujący specyfikę, zasady oraz dylematy terapii prowadzonej w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM CM w Poznaniu [1].

Zasady pracy z chorymi na jadłowstręt psychiczny mają na naszym oddziale wieloletnią historię, ich początki empirycznie wypracowywane były w okresie tworzenia się oddziału dziecięco-młodzieżowego blisko czterdzieści lat temu. Początkowo praca oparta była na zasadach terapii behawioralnej i psychoedukacyjnej, która następnie poszerzona została o podejście poznawcze; w ostatnich piętnastu latach również znaczącą rolę odgrywa praca

w paradygmacie systemowym [2, 3]. W zespole pracującym w klinice staramy się nie wartościować stosowanych podejść terapeutycznych, nie nadając żadnemu z nich dominującego znaczenia. Jak wynika z naszych doświadczeń, każde odgrywa istotną i pomocną rolę w terapii chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego [4], natomiast w różnych fazach terapii oraz w zależności od formy stosowanej pracy terapeutycznej — różne podejścia znajdują szczególne zastosowanie. W początkowym okresie hospitalizacji, w ramach zawieranego kontraktu, bazujemy na podejściu behawioralnym. Potem, w ramach prowadzonej terapii indywidualnej oraz grupowej, korzystamy z podejścia poznawczego, a pod koniec hospitalizacji, prowadząc terapię rodzinną, pracujemy w paradygmacie systemowym.

Napotykać różnego rodzaju trudności, a niejednokrotnie też porażki w pracy z pacjentkami, które w większości przypadków nie przejawiają motywacji do leczenia, staramy się wprowadzać zmiany i wypracowywać szerszą, w sensie ilościowym, oraz bogatszą, w sensie jakościowym, ofertę terapeutyczną.

Specyfika pracy

Od dwudziestu lat klinika dysponuje 20 łózkami, w ramach oddziału hospitalizowani są pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi, zaburzeniami nastroju, zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami rozwoju psychicznego, zaburzeniami zachowania i emocji oraz zaburzeniami odżywiania się. W trakcie pobytu chorych w klinice przeprowadzane są badania diagnostyczne, zarówno psychiatryczne, jak i psychologiczne, a także konieczne konsultacje specjalistyczne. Po hospitalizacji, gdy istnieją wskazania, pacjenci kierowani są do placówek ambulatoryjnych lub pozostają pod opieką poradni przyklinicznej. Pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego stanowią zwykle grupę od kilku do kilkunastu osób na oddziale, a po wypisaniu ze szpitala przez co najmniej pół roku objęte są opieką poradni przyklinicznej, w ramach której prowadzona jest terapia rodzinna.

Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji tworzą podgrupę chorych, której funkcjonowanie na oddziale różni się od pozostałych hospitalizowanych osób. Różnice te opisać można z różnych perspektyw. Jedną z nich określić można jako zewnętrzną, gdyż dotyczy funkcjonowania chorych w ramach zasad ustalanych przez personel, związanych głównie z zawieraniem kontraktu behawioralnym. Drugą perspektywę określić można jako wewnętrzną, wynika bowiem ze specyficznych zachowań chorych na oddziale. Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji tworzą podgrupę, która dość szybko, choć pozornie, jednoczy się, tworząc często tzw. drugie życie, polegające na zachowaniach, które ze względów zdrowotnych są przeciwwskazane lub zabronione, do jakich zaliczyć można: ćwiczenia fizyczne, stosowanie środków przeczyszczających czy nadmierne picie płynów przed przewidywanym ważeniem. Innym przejawem specyficznego funkcjonowania grupy chorych z rozpoznaniem anoreksji jest brak motywacji do leczenia, u którego podłoża leżeć może m.in. zaprzeczanie chorobie przy jednoczesnym akceptowaniu objawów. Przy czym nie tyle sam fakt zaprzeczania chorobie i niechęci do leczenia jest specyficzny dla pacjentów z rozpoznaniem anoreksji, gdyż taką postawę obserwować można również u chorych z innymi zaburzeniami, ile specyficzne jest jego prawdopodobne egosyntoniczne podłoże, charakteryzujące podgrupę chorych z rozpoznaniem anoreksji [5, 6].

Personel kliniki składa się z lekarzy psychiatrów, psychologów, fizjoterapeutów, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych i pedagogów. Obecnie w klinice pracuje pięciu lekarzy

psychiatrów ze specjalizacją, pięciu lekarzy w trakcie specjalizacji (w tym osoby na studiach doktoranckich oraz rezydenturze), trzech psychologów (w tym jeden w niepełnym wymiarze godzin), fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, dwóch pedagogów oraz zespół personelu pielęgniarskiego.

Pacjenci kliniki korzystać mogą z nauki szkolnej na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjalnej i liceum ogólnokształcącego. Lekcje odbywają się w budynku kliniki, nauczyciele prowadzący zajęcia często współpracują z personelem, udzielając cennych informacji o funkcjonowaniu poznawczym oraz emocjonalnym chorych w trakcie zajęć szkolnych.

Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji korzystają ze wszystkich form zajęć terapeutycznych organizowanych w klinice, ale także biorą udział w zajęciach przewidzianych tylko dla tej grupy chorych. Do dodatkowych form oddziaływań terapeutycznych, oferowanych wyłącznie chorym z rozpoznaniem anoreksji, należą: behawioralny kontrakt, praca z ciałem oraz terapia grupowa dla chorych z zaburzeniami odżywiania się jako jeden z wariantów terapii grupowej obejmującej wszystkich hospitalizowanych pacjentów.

Chore z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, pomimo charakteryzujących je podobieństw, stanowią zróżnicowaną grupę. Do różnic, wpływających na efektywność oddziaływań terapeutycznych, zaliczyć można długi czas chorowania, który powodować może utrwalenie się objawów, a także adaptację pacjentki oraz jej rodziny do funkcjonowania z chorobą. Kolejnym czynnikiem różniącym chore i wpływającym na efekty terapii są funkcje, jakie objawy anoreksji pełnić mogą w rodzinie, a także dysfunkcjonalność rodzin. Ważnym czynnikiem różnicującym i wpływającym na skuteczność terapii są czynniki osobowościowe.

W pracach badawczych, poświęconych zaburzeniom osobowości w zaburzeniach odżywiania się, opisano m.in. trzy podgrupy pacjentek z jadłowstrętem psychicznym: podgrupę dobrze funkcjonującą/perfekcjonistyczną, podgrupę z zaburzeniami regulacji emocji oraz podgrupę z osobowością unikającą [za: 7].

Autorzy badań prowadzonych w zespole Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [7] wyodrębniają cztery podgrupy pacjentek różniących się patologią osobowości. Oceniali różne aspekty rozwojowe, objawowe oraz osobowościowe chorych na anoreksję:

1 — stan fizyczny pacjentek, dotychczasowy przebieg leczenia, stopień poprawy w trakcie leczenia, 2 — przystosowanie przedchorobowe, 3 — obciążenia rozwojowe, 4 — nasilenie objawów depresyjnych, 5 — nasilenie lęku jako stanu i lęku jako cechy, 6 — nasilenie natręctw, 7 — nasilenie objawów zaburzeń jadłowstrętu psychicznego wraz ze specyficznymi cechami osób z zaburzeniami odżywiania się (EDI), 8 — ogólne funkcjonowanie, 9 — preferencje dotyczące psychoterapii [7]. Na podstawie uzyskanych wyników wyodrębnili cztery podgrupy pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego różniących się patologią osobowości. Opisali je jako podgrupy: z osobowością perfekcjonistyczno-zależną; z osobowością narcystyczną z oporem; z osobowością unikającą oraz z osobowością dobrze funkcjonującą.

Wyniki badań wskazują, że wyodrębnione i opisane cechy osobowości mogą mieć wpływ m.in. na ogólne funkcjonowanie, przystosowanie przedchorobowe, nasilenie objawów depresyjnych, lęku, natręctw, a także na przebieg i rokowanie choroby podstawowej [7].

Koncentrując się wybiórczo na szeroko opisanych wynikach badań — uwagę zwracając związki cech osobowości z efektami leczenia. Wyniki wskazują m.in., że pacjentki z dobrze funkcjonującą osobowością charakteryzowały się krótszym czasem hospitalizacji, natomiast pacjentki z osobowością unikającą — m.in. większym nasileniem objawów depresyjnych, lęku jako stanu i jako cechy, dłuższym czasem hospitalizacji i gorszym efektem leczenia. Z kolei pacjentki z osobowością narcystyczną z oporem charakteryzowały się gorszym ogólnym funkcjonowaniem, słabszymi związkami z ludźmi i trudniejszą adaptacją w późnej adolescencji, a pacjentki z osobowością perfekcjonistyczno-zależną m.in. większą nieufnością w relacjach międzyludzkich oraz największymi spadkami masy ciała.

Podsumowując swoje badania, autorzy zwracają uwagę, że pacjentki z osobowością unikającą często identyfikowane są jako schizoidalne lub prepsychotyczne, częściej wymagają też leczenia neuroleptykami [7].

Natomiast badania dotyczące czynników genetycznych i cech osobowości w jadłowstręcie psychicznym, przeprowadzone przez F. Rybakowskiego [8] w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu, ukazują m.in., że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym oraz osoby z grupy kontrolnej różnią się pod względem cech osobowości mierzonych za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru (TCI). TCI jest testem wykorzystywanym do oceny wymiarów osobowości i był jedną z metod zastosowanych w badaniach F. Rybakowskiego. W TCI wyróżnia się cztery wymiary temperamentu oraz trzy skale oceniające „charakter”, czyli właściwości osobowości nabywane w trakcie rozwoju osobniczego [8, 9].

Wyróżnione w TCI wymiary temperamentu to:

- „poszukiwanie nowości” (novelty seeking — NS), definiowane jako tendencja do aktywnego reagowania na nowe bodźce,
- „unikanie szkody” (harm avoidance — HA) — oznacza tendencję do zahamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne,
- „zależność od nagrody” (reward dependence — RD) określana jest jako skłonność do podtrzymywania zachowania w odpowiedzi na pozytywne wzmocnienie,
- „wytrwałość” (persistence — P) — definiuje się jako zdolność do samodzielnego podtrzymywania danego rodzaju aktywności.

Natomiast skale oceniające charakter opisują:

- „samokierowanie” (self-directedness — SD) — wymiar zdolności danej osoby do kontrolowania, regulowania i dostosowania własnego zachowania w celu dostosowania się do sytuacji,
- „skłonność do współpracy” (cooperativeness — C) — zdolność do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób,
- „autotranscendencję” (self-transcendence — ST) — duchowość i poczucie integracji danej osoby ze wszechświatem [8].

Rybakowski donosi, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym uzyskują istotnie wyższe wyniki w skalach temperamentu: „unikania szkody” i „wytrwałości”, oraz niższy wynik w skali charakteru: zdolności do „samokierowania”, że osoby z dużym nasileniem „unikania szkody” cechuje ostrożność, lękowość, pesymizm, nerwowość, astenia, natomiast osoby z dużym nasileniem „wytrwałości” charakteryzują takie cechy, jak: ambicja, pilność, perfekcjonizm, wytrwałość w działaniu pomimo frustracji i zmęczenia. Dodaje,

że — zgodnie z teoretycznym założeniem Cloningera — cechy temperamentu ujawniające się we wczesnym okresie życia mogą w stały sposób wpływać na przebieg rozwoju i kształtowanie się charakteru oraz ewentualne powstawanie podatności na zaburzenia psychiczne [8].

Stwierdził też różnice między pacjentkami, zależne od podtypu ich jadłowstrętu. Osoby z jadłowstrętem psychicznym typu restrykcyjnego (AN-R) cechowały się większą zdolnością do „samokierowania” oraz mniejszą zdolnością do „autotranscendencji” niż osoby z jadłowstrętem psychicznym typu bulimicznego (AN-B). Osoby z wysoką punktacją w skali „samokierowanie” ocenił jako odpowiedzialne, efektywne i solidne, a osoby z wysoką punktacją w skali „autotranscendencji” — jako bezpretensjonalne, spełnione, kreatywne, natchnione; osoby o niskiej „autotranscendencji” cechowała mała wyobraźnia, nastawienie materialistyczne, brak tolerancji dla dwuznaczności oraz dążenie do uzyskania większej kontroli [8].

Zdaniem autorki artykułu poza wybiórczo streszczonymi wynikami badań, interesujące w kontekście terapeutycznym są opisane w pracy F. Rybakowskiego podwymiary temperamentu i charakteru w psychobiologicznym modelu osobowości. Wyodrębnione podwymiary określonych wymiarów temperamentu to m.in.: ciekawość poznawcza, impulsywność, pesymizm, lęk przed niepewnością, lęk społeczny, męczliwość i astenia, przywiązanie, zależność, wytrwałość. Natomiast przykładowe podwymiary poszczególnych skal charakteru to: empatia, wyrozumiałość, zintegrowane sumienie, odpowiedzialność, samoakceptacja, kreatywność czy akceptacja duchowości [8].

Wyniki opisanych badań, pozwalające różnicować cechy osobowości młodzieżowych pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, stanowić mogą inspirację do szukania różnych sposobów pracy terapeutycznej, dostosowanych do cech osób chorujących na anoreksję. Analiza prezentowanych wyników badań skłaniać może do stawiania nowych hipotez terapeutycznych w pracy indywidualnej, grupowej i rodzinnej, zarówno w paradygmacie dynamicznym, poznawczym, jak i systemowym.

Formy pracy terapeutycznej

1. Kontrakt behawioralny
2. Społeczność terapeutyczna
3. Praca skoncentrowana na ciele
4. Fizjoterapia z relaksacją
5. Terapia grupowa
6. Terapia indywidualna
7. Terapia rodzinna
8. Terapia zajęciowa
9. Wychowawcze zajęcia pozalekcyjne.

Jednym z kryteriów wymienionej kolejności oddziaływań terapeutycznych jest kolejność ich wdrażania w pracy z pacjentką w trakcie jej pobytu w klinice. Wiele oddziaływań od samego początku hospitalizacji stosowanych jest równolegle — wyjątkiem są dynamiczne zajęcia ruchowe prowadzone w ramach fizjoterapii, praca skoncentrowana na ciele oraz terapia rodzinna. Dynamiczne zajęcia ruchowe wprowadzane są, zgodnie z zawartym kontraktem, po uzyskaniu przez pacjentkę odpowiedniej masy ciała, natomiast

praca z ciałem prowadzona jest w pierwszych dniach hospitalizacji. Z kolei terapia rodzinna wdrażana jest pod koniec pobytu chorej na oddziale, zwykle tuż przed wypisaniem jej ze szpitala z myślą o ułatwieniu rodzinie wspólnego funkcjonowania.

Większość z wymienionych form terapii stosowana jest nie tylko wobec chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, ale również wobec innych pacjentów hospitalizowanych w klinice. Do form terapii specyficznej dla chorych z jadłowstrętem psychicznym należą: kontrakt behawioralny oraz praca z ciałem.

Ad. 1. Kontrakt behawioralny

Kontrakt zawierany jest z rodzicami i chorą przy przyjęciu jej na oddział, przez lekarza, który obejmuje nad nią opiekę. Dotyczy m.in. zaplanowania odwiedzin rodziców u córki w szpitalu, kryteriów przejścia z tzw. obserwacji ścisłej na tzw. obserwację zwykłą, wychodzenia na spacerzy poza teren szpitala, przygotowywania posiłków, możliwości uczestniczenia w zajęciach gimnastycznych oraz terminu wyjścia na przepustkę, a także kryteriów wagowych warunkujących wypisanie pacjentki ze szpitala.

Pierwszym punktem kontraktu jest ustalenie z rodzicami odroczenia ich wizyt w szpitalu oraz ustalenie razem z nimi i pacjentką wysokości wagi, po której uzyskaniu odwiedziny będą możliwe. Z naszych doświadczeń wynika, że zawarcie tego typu kontraktu pełni kilka ważnych i pomocnych funkcji w leczeniu. Po pierwsze, poprzez zawieszenie spotkań chorej z rodzicami przerwana zostaje ambiwalentna relacja między nimi, a czas zawieszenia kontaktów daje możliwość jej stopniowego odbudowywania, bez fiksacji na temacie jedzenia. Po drugie, chęć szybkiego uzyskania możliwości kontaktów z rodzicami staje się dla chorej jedną z głównych motywacji do spożywania posiłków. Po trzecie, przerwanie nie tylko ambiwalentnej, ale często też symbiotycznej więzi z rodzicami stwarza pacjentce przestrzeń do nawiązania kontaktów z rówieśnikami na oddziale. Punkt kontraktu dotyczący zmiany formy obserwacji polega na ustaleniu kolejnego etapu wzrostu wagi, pozwalającego przejść z tzw. obserwacji ścisłej, czyli wymogu chodzenia pacjentki w tym czasie w pidżamie, na tzw. obserwację zwykłą, polegającą na noszeniu przez pacjentkę prywatnych ubrań. Z przejściem na „obserwację zwykłą” związana jest również możliwość wychodzenia z grupą pacjentów na spacerzy, pod opieką fizjoterapeuty lub pedagoga. Zapis kontraktu dotyczący jedzenia zawiera uzgodnienia co do samodzielnego przygotowywania przez chorą posiłków oraz możliwości zamiany produktów żywnościowych.

Kolejny etap kontraktu, związany z postępującym wzrostem wagi, dotyczy możliwości udziału chorej w zajęciach gimnastycznych prowadzonych przez fizjoterapeutę. Jest to etap, na którym w szczególnie sposób zależy pacjentkom z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, gdyż z jednej strony może stanowić dla nich subiektywne „poczucie powrotu do przeszłości”, gdy dużo ćwiczyły i ruszały się, a z drugiej — dawać „nadzieję” na przyspieszenie spalania kalorii. Następne etapy kontraktu zawierają ustalenia kryterium wagowego, związanego z wyjściem na pierwszą przepustkę oraz wypisaniem ze szpitala. W realizację kontraktu zaangażowane są zarówno pacjentki, jak i personel pielęgniarski. Bez pomocy zespołu pielęgniarek trudno byłoby chorym realizować kolejne etapy kontraktu.

Ad. 2. Społeczność terapeutyczna

W ramach pracy oddziału młodzieżowego szczególną rolę odgrywa społeczność terapeutyczna. Specyfiką okresu adolescencji jest rozwojowa potrzeba przynależności do grupy, tworzenie koalicji rówieśniczych oraz liczenie się z opiniami rówieśników. Dlatego też społeczność na młodzieżowym oddziale stacjonarnym pełnić może funkcje terapeutyczne, w zakresie potrzeb zarówno integracji, identyfikacji, akceptacji, jak i niezależności, indywidualności oraz separacji. W klinice raz w tygodniu odbywają się zebrania społeczności terapeutycznej, na których wybierany jest samorząd, tzn. przewodniczący i jego zastępca. W ramach społeczności pacjenci współdecydują o formach spędzania czasu oraz podejmują różnego rodzaju obowiązki. Do pełnienia obowiązków pacjenci zgłaszają się sami, a w niektórych przypadkach są one im przydzielane. Na zebraniach społeczności ustalane są bieżące zasady i reguły funkcjonowania oraz rozwiązywane są problemy dotyczące wspólnego przebywania na oddziale. Na zebraniach omawiane są też relacje pacjentów z personelem, co wydaje się szczególnie ważne, aby nie doprowadzać do tłumienia napięć czy też tworzenia koalicji przeciw personelowi oraz aby nie przenosić i tego typu tematów na terapię grupową. Pacjentki z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego wyróżnia bardzo chętnie podejmowanie obowiązków, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, do których należą różnego rodzaju prace porządkowe na oddziale, w tym też w stołówce oddziałowej.

Jak wynika z obserwacji i doświadczeń autorki artykułu, funkcjonowanie społeczności terapeutycznej na oddziale młodzieżowym może być w niektórych sytuacjach trudne dla pacjentów. Trudności te wynikać mogą z konfliktu lojalności odczuwanego przez pacjentów młodzieżowych, co związane jest z typową dla wieku potrzebą przynależności oraz identyfikacji z grupą rówieśniczą. W sytuacjach, w których poczucie identyfikacji i przynależności do grupy jest sprzeczne z wymaganiami personelu czy obowiązującym regulaminem, pacjenci mogą przeżywać dylematy związane z wyborem: czy koalicyjnie ukrywać zachowania zabronione i jednocześnie szkodliwe dla innych pacjentów, czy też zgłosić je na zebraniu społeczności. Dylematy takie często dotyczą nieprzestrzegania jednego z punktów regulaminu, jakim jest zakaz palenia papierosów przez pacjentów na terenie kliniki. W przypadku pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego dylematy lojalnościowe związane są ze szkodliwymi dla nich zachowaniami takimi, jak: stosowanie nadmiernych ćwiczeń fizycznych, ukrywanie jedzenia czy picie nadmiernej ilości wody przed ważeniem.

Ad. 3. Praca skoncentrowana na ciele

Do specyficznych form terapii stosowanych u chorych z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego należy terapia skoncentrowana na ciele. Zaburzona percepcja ciała oraz nieprawidłowe odczuwanie schematu budowy i funkcjonowania ciała jest jednym ze specyficznych objawów jądłowstrętu psychicznego. Nieprawidłowe przeżywanie swojego wizerunku może być spowodowane różnymi czynnikami, do których zalicza się m.in. procesy neurofizjologiczne, czyli aspekty percepcyjne i poznawcze. Odczuwanie własnego ciała może też być związane z czynnikami psychologicznymi takimi, jak: obraz ciała, pojęcie granic, stosunek do własnego ciała.

Praca z ciałem proponowana jest pacjentkom w pierwszych dniach pobytu na oddziale. Jest to metoda oparta na podejściu Probstta i wsp. [10], która stosowana jest u nas od piętnastu lat, po modyfikacji dokonanej przez fizjoterapeutkę pracującą w klinice [4].

Zajęcia mają charakter grupowy i prowadzone są przez fizjoterapeutkę oraz filmowane, za zgodą pacjentek, przez drugiego fizjoterapeutę. Przebieg zajęć składa się z dwóch etapów. Pierwszy etap to ćwiczenia dynamiczne, izometryczne, oddechowe, rozciągające oraz masaż relacyjny, automasaż, a także przeglądanie się w lustrze. Celem masażu relacyjnego — prowadzonego w parach — jest doświadczanie wrażeń dotykowych i odczuć, zarówno w roli osoby masowanej, jak i w roli osoby masującej. Drugi etap polega na oglądaniu przez chore filmu z przeprowadzonych ćwiczeń. W ramach tego etapu pacjentki, w obecności fizjoterapeutki, dzielą się swoimi spostrzeżeniami, refleksjami oraz odczuciami, dotyczącymi spostrzeżenia siebie oraz innych pacjentek. Przebieg takiej pracy często wywołuje silne emocje związane z konfrontacją własnych wyobrażeń o wyglądzie, wynikających z zaburzenia jego spostrzeżenia, z możliwością zobaczenia swojego ciała z perspektywy obserwatora filmu.

W terapii skoncentrowanej na ciele, poza ćwiczeniami i masażem relacyjnym, stosowana jest wizualizacja prawidłowej wagi.

Celem terapii skoncentrowanej na ciele jest korekta zaburzonego obrazu ciała oraz zbudowanie jego realistycznego wizerunku, a także rozwijanie zdolności odczuwania zadowolenia ze swego wyglądu. Pozostałe cele to: poprawa samooceny, ograniczenie nadaktywności oraz impulsywnego ćwiczenia. Praca skoncentrowana na ciele stosowana jest na oddziale w homogennej grupie chorych z jądłowstrętem psychicznym [11].

Ad. 4. Fizjoterapia z relaksacją

Fizjoterapia i relaksacja to formy zajęć proponowane pacjentom hospitalizowanym w klinice. Relaksacja prowadzona jest od początku pobytu na oddziale dla wszystkich pacjentów, natomiast wprowadzanie zajęć ruchowych, w przypadku chorych z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego, związane jest z zawartym kontraktem behawioralnym dotyczącym wagi. Początek oraz zakres wdrażania ćwiczeń ruchowych jest więc indywidualnie zakontraktowany i każda pacjentka wie, kiedy może liczyć na możliwość udziału w nich. Zajęcia ruchowe prowadzone są w formie gimnastyki porannej oraz ćwiczeń gimnastycznych i gier zespołowych w sali gimnastycznej znajdującej się na terenie budynku kliniki. Gimnastyka poranna dla wszystkich pacjentów prowadzona jest codziennie przed śniadaniem. W miesiącach wiosenno-letnich ćwiczenia odbywają się na tarasie lub w ogrodzie przyklinicznym, natomiast jesienią i zimą na korytarzu kliniki. W pierwszym etapie wdrażania ćwiczeń gimnastycznych dla chorych z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego proponowane są ćwiczenia izometryczne i rozciągające, w drugim wprowadzane są ćwiczenia bardziej dynamiczne, a w trzecim — istnieje możliwość udziału w grach zespołowych na sali gimnastycznej. Natomiast relaksacja odbywa się dwa razy w tygodniu i prowadzona jest głównie w formie treningu autogennego z podkładem muzycznym oraz elementami wizualizacji i ćwiczeń oddechowych. W ramach zajęć ruchowo-rekreacyjnych, pacjenci mają również możliwość wychodzenia na zorganizowane spacerunki do ogrodu przy klinice lub też poza teren szpitala. Fizjoterapia, relaksacja oraz spacerunki rekreacyjne prowadzone są przez fizjoterapeutkę.

Ad. 5. Terapia grupowa

Terapia grupowa prowadzona jest na oddziale od dwudziestu lat — w tym okresie opracowany został program autorski, stosowany w pracy terapeutycznej z pacjentkami z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego. Dbając o proces indywidualizacji, a jednocześnie o tendencje do afiliacji z grupą rówieśniczą, w prowadzonej terapii hołdujemy zasadzie: „zmiany bez przekraczania granic” [11].

Ogólne zasady terapii grupowej określone zostały z myślą o pracy zarówno w grupach heterogennych, jak i homogennych. Celem terapii grupowej, stosowanej w obu grupach pacjentów, jest praca nad problemami w taki sposób, aby nie naruszać granic rozwijającej się indywidualizacji oraz aby konstruktywnie wzmacniać proces separacji. Jest to możliwe wówczas, gdy adolescent czuje się traktowany podmiotowo, może swobodnie wyrażać swoje opinie i poglądy oraz nie czuje się oceniany lub ograniczany. Terapia grupowa na oddziale prowadzona jest w konwencji poznawczej, z zastosowaniem takich technik, jak: próba zmiany myśli automatycznych oraz poznawcze przeformułowanie. W psychoterapii chorych z jądłowstrętem psychicznym szczególna uwaga zwracana jest na zmianę dycho-tomicznego sposobu myślenia oraz przeformułowanie przekonań dotyczących samooceny. Pracujemy na tzw. metatreściach poznawczych, które stanowią interpretację schematów poznawczych i mogą przyczyniać się do utrwalania zaburzeń [11].

W ramach opracowanego programu dla pacjentów z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego, wyodrębnione zostały następujące cele terapii grupowej:

- identyfikacja problemu,
- konfrontacja wagi i wyglądu w grupie,
- praca nad relacjami z rówieśnikami,
- urealnienie poziomu aspiracji,
- poprawa samooceny i samoakceptacji,
- bilans korzyści i strat związanych z chorobą,
- wizualizacja przyszłości,
- analiza planów i obaw po powrocie do domu i szkoły [11].

Realizując program, rozpoczynamy pracę od identyfikacji problemu, zwracając uwagę na znaczenie, jakie dla pacjentki ma fakt chorowania na jądłowstręt psychiczny oraz jaką funkcję w jej życiu pełnią objawy choroby.

W trakcie terapii grupowej proponujemy konfrontację wiedzy i wyobrażeń o wadze i wyglądzie chorej z poglądami rówieśników. Choć stosowana konfrontacja nie skutkuje bezwarunkowym zaakceptowaniem przez chorą opinii rówieśników, to jednak stanowi często pierwszy i ważny czynnik autoanalizy spostrzegania swojego ciała.

Praca dotycząca relacji z rówieśnikami prowadzona jest pod kątem dwóch celów: pierwszym jest uaktywnienie zasobów pacjentek lub zdobycie przez nie nowych umiejętności w zakresie nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych; drugim — nauczanie zaznaczania granic własnej autonomii i niezależności w grupie, z elementami zachowań asertywnych.

Pracując nad poziomem aspiracji zwracamy uwagę na urealnienie i dostosowanie potrzeby osiągnięć do możliwości chorej. Urealnienie jej własnych oczekiwań, dotyczących ocen szkolnych, polega na uzmysłowieniu chorej jej predyspozycji poznawczych — huma-

nistycznych lub matematyczno-fizycznych czy artystycznych. Pacjentki z pomocą grupy próbują również odróżnić własne aspiracje od oczekiwań i aspiracji osób znaczących [11, 12].

Praca nad samooceną skoncentrowana jest na poznawaniu, docenianiu i wykorzystywaniu przez chore własnych zasobów oraz poszerzeniu repertuaru ról, w jakich funkcjonują, w celu poprawy samooceny. Chore z jądłowstrętem psychicznym charakteryzuje zaniżona samoocena oraz nieadekwatny obraz własnej osoby [13]. W tym zakresie praca terapeutyczna dotyczy pełniejszego spostrzegania przez nie obrazu własnej osoby, opartego na ich psychospołecznych rolach.

Podczas pracy nad bilansem korzyści i strat, pacjentki z pomocą grupy identyfikują subiektywne korzyści wynikające z choroby. Proponowane jest szukanie rozwiązań, jak zachować korzyści i przywileje uzyskane w związku z chorobą, ale bez objawów anoreksji.

Kolejny cel pracy dotyczy wizualizacji przyszłości — polega ona na wyobrażeniu sobie „rozstania” z chorobą i zakończenia funkcjonowania w roli chorej. Pacjentki wizualizują swoje życie w przyszłości w dwóch wariantach: w wersji bycia osobą zdrową oraz w wersji bycia chorą na jądłowstręt psychiczny. Dokonują również bilansu ograniczeń i swobód wynikających z chorowania i zdrowia.

Kolejnym etapem pracy grupowej jest analiza obaw oraz planów związanych z powrotem do domu. Szacowane jest prawdopodobieństwo osiągnięcia celów oraz obiektywne możliwości realizacji planów w określonej perspektywie czasowej. Dzięki wsparciu grupy i możliwości poszerzenia repertuaru ról psychospołecznych, chore korygują swoje dotychczasowe cele związane z osiągnięciami.

Ostatnim etapem jest podsumowanie terapii przez pacjentkę oraz pożegnanie jej przez grupę. Grupa udziela chorej informacji zwrotnych, dotyczących zmian w jej funkcjonowaniu w trakcie terapii. Pacjentka oraz uczestnicy grupy dokonują również rokowania co do perspektyw życia bez objawów. Ostatni etap terapii jest zwykle przez pacjentów oczekiwany, gdyż często dostarcza wielu indywidualnych sugestii oraz wzmocnień pozytywnych. Pacjenci młodzieżowi są ciekawi informacji zwrotnych oraz odbioru swoich zachowań przez innych uczestników grupy. Natomiast dla pacjentów z jądłowstrętem psychicznym, dla których w okresie choroby główną gratyfikacją emocjonalną są oceny szkolne, otrzymanie wzmocnień nie związanych z osiągnięciami szkolnymi wydaje się znaczącym doświadczeniem [11].

Sesje terapii grupowej przeznaczonej dla chorych z jądłowstrętem psychicznym odbywają się dwa razy w tygodniu — raz w grupach homogennych, drugi raz w grupach heterogennych. W spotkaniach grup heterogennych uczestniczą pacjenci hospitalizowani w klinice z takimi zaburzeniami, jak: zaburzenia nerwicowe, zaburzenia afektywne oraz schizofrenia i zaburzenia schizotypowe, natomiast grupy homogenne przeznaczone są dla chorych z zaburzeniami odżywiania się. Grupy liczą zwykle 6—12 osób. Każde spotkanie trwa godzinę. Grupy funkcjonują w trybie otwartym. W trakcie terapii grupowej stosowane są następujące formy pracy: rozmowy, psychodramy, psychorysunki, ćwiczenia encounter. Zajęcia prowadzone są przez jednego lub dwóch psychologów, czasami z udziałem obserwatora [11].

Doświadczenia kliniczne autorki artykułu, umożliwiające obserwowanie funkcjonowania chorych w grupach homogennych i heterogennych, pozwoliły dostrzec plusy

i minusy obu form terapii. Różnice dotyczą m.in. motywacji do pracy i zaangażowania chorych z jądłowstrętem psychicznym, ich otwartości, a także integracji lub alienacji w grupie rówieśniczej. W grupach homogennych chore okazują sobie wzajemnie wiele akceptacji i zrozumienia, co powoduje, że czują się bezpieczniej, dlatego też chętniej oraz z większym zaangażowaniem omawiają swoje problemy. Natomiast grupy heterogenne pokazują pacjentkom szerszy kontekst relacji społecznych i mogą efektywniej modelować funkcjonowanie w różnych rolach społecznych. Z kolei praca w trybie grup otwartych wiąże się z określonymi korzyściami i ograniczeniami. W terapii pacjentów z jądłowstrętem psychicznym otwartość grup pozwala bazować na różnych etapach pracy terapeutycznej, co umożliwia wykorzystanie modelowania i siły oddziaływania grupy rówieśniczej. W praktyce oznacza to, że chora wchodząca do grupy ma kontakt z pacjentkami, które przeszły już ten sam etap choroby i dlatego czuje się rozumiana, a jednocześnie — obserwując zachowania i współpracę innych pacjentek oraz poznając ich doświadczenia — przekonuje się, że wyzdrowienie jest możliwe. Psychoterapia grupowa chorych z jądłowstrętem psychicznym daje wiele możliwości oddziaływań terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania rozwojowej tendencji do integrowania się i potrzeby przynależności do grupy oraz identyfikowania się z poglądami grupy rówieśniczej [11].

Ad. 6. Terapia indywidualna

Terapia indywidualna prowadzona jest na oddziale głównie w podejściu poznawczym przez lekarzy psychiatrów oraz psychologów. Częstotliwość sesji oraz zakres omawianych tematów dobierane są indywidualnie i zależą zarówno od potrzeb pacjentki, jak i wskazań sugerowanych przez lekarza prowadzącego. W początkowym okresie hospitalizacji pacjentki najczęściej próbują przekonywać personel o „niepotrzebnej hospitalizacji” oraz „błędzie diagnostycznym” dotyczącym rozpoznania, a także renegować zawarty kontrakt. Potrzeba poruszania przez nie w rozmowach indywidualnych wyłącznie tematów dotyczących subiektywnego poczucia zdrowia wynika z egosyntoniczności jądłowstrętu psychicznego, przejawiającej się m.in. poprzez zaprzeczanie chorobie oraz akceptowanie objawów. Dlatego też w pierwszym okresie leczenia na oddziale, w indywidualnych rozmowach terapeutycznych, trudno jest prowadzić zaplanowane oddziaływania, gdyż egosyntoniczne potrzeby chorych znacznie utrudniają lub uniemożliwiają poruszanie tematów odbiegających od oczekiwań pacjentek. W późniejszym okresie hospitalizacji, gdy pacjentki stopniowo dostosowują się do zawartego kontraktu oraz do wymogów panujących na oddziale, możliwe jest prowadzenie terapii w sposób bardziej zaplanowany i efektywny. W ramach pracy indywidualnej omawiane są m.in. takie zagadnienia, jak: stosowane mechanizmy obronne oraz ich ewentualna korekta, relacje rodzinne, o których pacjentki chcą rozmawiać przed rozpoczęciem terapii rodzinnej, zagadnienia dotyczące samooceny i poziomu aspiracji, lęki, obawy itp., oraz tematy, które wymagają dodatkowej pracy poza terapią grupową. W rozmowach indywidualnych omawiane są również relacje z rówieśnikami, a także bieżące problemy związane z pobytem na oddziale.

Stosunkowo nową w naszej klinice formą indywidualnych oddziaływań terapeutycznych jest wprowadzany od dwóch lat przez jednego z psychologów trening usprawniania poznawczego (cognitive remediation therapy — CTR) [14]. Podstawą stosowanej metody są

badania i obserwacje poznawczego funkcjonowania chorych z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego oraz sugestie dotyczące zmniejszającej się elastyczności przy zwiększającej się sztywności myślenia pacjentek. Sugestie te wiązane są z egosyntonicznym charakterem zaburzenia. Przyjmuje się, że ideą treningu usprawniania poznawczego jest „uplastycznienie” funkcjonowania poznawczego w celu przygotowania „systemu poznawczego” chorej na oddziaływania psychoterapeutyczne [14, 15, 16]. Założone cele prowadzonego treningu to: wprowadzanie zmian w sposobie myślenia, motywowanie do refleksji nad własnym stylem myślenia, dostrzeganie możliwości i ograniczeń dotychczasowych strategii poznawczych. W założeniu trening usprawniania poznawczego pozwala poznać nowe strategie poznawcze oraz ułatwia samodzielne podejmowanie decyzji i planowanie działań [16].

Ad. 7. Terapia rodzinna

Terapia rodzinna od kilkunastu lat jest prowadzona w naszej klinice w podejściu systemowym. W ciągu pierwszych ośmiu lat terapeuci pracowali w zespole czterech osób: dwóch mężczyzn psychiatrów i dwóch kobiet psychologów. Terapia prowadzona była zazwyczaj w zespołach damsko-męskich, co było bardzo korzystne, gdyż pozwalało odzwierciedlać i modelować m.in. komunikację w podsystemach małżeńskich.

Zdaniem autorki był to okres bardzo kreatywnej współpracy, w ramach której terapeuci, stale szkoląc się w terapii systemowej, poszukiwali i wprowadzali nowe metody pracy z rodzinami.

Jednakże praca w tak funkcjonującym zespole wiązała się również z pewnymi dylematami, związanymi m.in. z pełnieniem przez terapeutów różnych ról na oddziale, np. takich, jak rola lekarza opiekującego się pacjentkami czy psychologa zajmującego się badaniami diagnostycznymi i prowadzącego terapię grupową. Ponieważ, ze względów ograniczonych możliwości kadrowych, nie mogliśmy rozdzielić roli terapeuty grupowego od roli terapeuty rodzinnego, dbaliśmy o to, aby nie łączyć roli lekarza bezpośrednio opiekującego się chorą z rolą terapeuty prowadzącego terapię rodzinną.

Obecnie, na skutek zmian personalnych, terapia rodzinna prowadzona jest przez jednego terapeutę systemowego, nie zaangażowanego w leczenie indywidualne pacjentki. Sytuacja taka, z jednej strony, jest korzystna, gdyż, nie biorąc udziału w procesie diagnostyczno-terapeutycznym chorej, terapeuta rozpoczyna pracę nie znając pacjentki i jej rodziny, co ułatwia zachowanie neutralności, z drugiej jednak strony wiąże się to z pewnymi ograniczeniami. Jednocześnie, samodzielne prowadzenie terapii nie oznacza jednoosobowej pracy z rodziną, gdyż dzięki możliwości korzystania z lustra weneckiego terapeuta może współpracować z obserwatorami sesji. Lustro weneckie i możliwość obserwowania sesji przez członków zespołu leczącego, superwizorów czy osoby szkolące się, jest stosowane w terapii od początku jej prowadzenia na oddziale. Możliwość obserwowania sesji nasuwa jednak pewne dylematy, gdyż z jednej strony daje wiele korzyści w pracy terapeutycznej i szkoleniowej, lecz z drugiej — może wpływać na przeżywany przez rodziny dyskomfort lub nawet stres i w konsekwencji ograniczać swobodę wypowiedzi czy otwartość w omawianiu problemów. Stosowaną przez nas procedurą jest informowanie rodzin o lustrze weneckim oraz obecności obserwatorów za szybą. Każda z rodzin jest pytana, czy wyraża zgodę na udział obserwatorów w sesji, jak też informowana jest o tym, kim oni są, oraz

ma możliwość udania się do sąsiedniego gabinetu, aby ich poznać. W ciągu minionych dziesięciu lat tylko w sporadycznych przypadkach rodziny nie zgadzały się na udział obserwatorów, którymi byli pracownicy kliniki lub stażyści, co zawsze było uwzględnione przez zespół terapeutów, natomiast znacznie częściej nie zgadzały się na obserwowanie sesji przez studentów.

W pracy terapeutycznej z pacjentkami z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego i ich rodzinami wykorzystujemy różne ujęcia systemowe, m.in. transgeneracyjne czy narracyjne, dobierając je do potrzeb i problemów konkretnej rodziny. Wybór modelu pracy stanowi wypadkową stawianych i kolejno weryfikowanych hipotez, w ramach których choroba rozpatrywana może być m.in. w kontekście wiązania, delegowania i idei poświęcania się czy też jako wynik gry rodzinnej [3]. Autorka artykułu, prowadząc terapię rodzinną i pracując m.in. nad granicami i podsystemami, zwraca szczególną uwagę na relacje w podsystemie rodzeństwa oraz rolę rodzeństwa w funkcjonowaniu rodziny z chorą na jądłowstręt psychiczny. Z moich klinicznych doświadczeń wynika, że rola rodzeństwa chorej na jądłowstręt psychiczny, może być szczególna nie tylko ze względu na wiek rodzeństwa i etap życia rodziny, ale również ze względu na włączanie rodzeństwa w proces chorowania i leczenia [por. 17].

Terapia rodzinna proponowana jest pacjentkom z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego pod koniec ich pobytu na oddziale, tuż przed wypisaniem z kliniki, z myślą o ułatwieniu rodzinie wspólnego funkcjonowania. Rodzina przyjeżdża na sesje raz w miesiącu i ma możliwość wykorzystania sześciu sesji, czyli terapia kontynuowana jest przez pół roku. Sześć miesięcy przeznaczonych na terapię jednej rodziny jest czasem umownie ustalonym i wynika z ograniczonych możliwości kadrowych; chodzi o to, aby umożliwić korzystanie z terapii możliwie jak największej liczbie rodzin. W uzasadnionych przypadkach czas udziału rodziny w terapii ulega przedłużeniu. W razie dalszej konieczności leczenia, pacjentki i ich rodziny przekazywane są pod opiekę Poradni Zdrowia Psychicznego.

Ad. 8—9. Terapia zajęciowa i wychowawcze zajęcia pozalekcyjne

W klinice prowadzone są wychowawcze zajęcia pozalekcyjne oraz terapia zajęciowa. Zajęcia prowadzone są przez zespół pedagogów oraz terapeutę zajęciowego. Część zajęć ma charakter świetlicowy i odbywa się na terenie kliniki, a część związana jest z zajęciami poza oddziałem.

W ramach oddziaływań terapeutycznych proponowane są: elementy muzykoterapii i arteterapia, podczas której pacjenci rysują, malują, rzeźbią lub lepią, m.in. w masie solnej. Są to zajęcia, które zarówno pozwalają poznać różne formy sztuki, jak i stymulują umiejętności manualne czy koordynują sprawności grafomotoryczne. Poza aktywnością o charakterze świetlicowym, organizowane są spotkania z tzw. ciekawymi ludźmi oraz cykliczne zajęcia pod hasłem „Spotkania ze sztuką”. Należą do nich m.in. spotkania pt. „Muzeum bez ścian”, na które zapraszani są pracownicy muzeum prezentujący swoją pracę i omawiający wystawy muzealne. Inną formą cyklicznych „Spotkań ze sztuką” są zajęcia pt. „Muzyka lekarstwem duszy”, w ramach których odbywają się koncerty i spotkania z muzykami.

Zajęcia wychowawcze polegają nie tylko na stymulowaniu i rozwijaniu zdolności muzycznych, plastycznych, manualnych czy koordynacji wzrokowo-ruchowej, ale również na integrowaniu pacjentów oraz modelowaniu współpracy i tolerancji.

Podsumowanie

Leczenie pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego stanowi często wyzwanie dla osób zajmujących się chorymi. W proces terapii zaangażowane są osoby reprezentujące różne zawody: pielęgniarki, lekarze, terapeuci, psychologzy, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, pedagodzy.

Pomimo wieloletnich doświadczeń w leczeniu chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego na naszym oddziale oraz wprowadzaniu zmian i poszerzaniu oferty terapeutycznej, zdarzają się pacjentki, które kilkakrotnie wracają do kliniki. Nie zawsze udaje nam się określić przyczyny powrotów do szpitala, ale możemy założyć, iż wynikać one mogą m.in. z cech osobowości, utrwalonego braku motywacji do leczenia, sytuacji rodzinnej czy funkcji choroby, których nie udało się zidentyfikować. Optymistyczne jest jednak to, iż opisany model terapii okazuje się skuteczny u zdecydowanej większości chorych zarówno z restrykcyjną, jak i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego. W pojedynczych i uzasadnionych przypadkach stosowany program terapii wymaga również dodatkowego leczenia farmakologicznego. Dotyczy to głównie pacjentek ze schizoidalnymi lub prep-sychotycznymi cechami osobowości czy ze współistniejącymi objawami obsesyjno-kompulsyjnymi lub depresyjnymi [7, 18].

Opisane w artykule formy terapii mogą również budzić i wątpliwości. Autorka artykułu zakłada hipotezę, że już samo zawieranie kontraktu behawioralnego może być powodem zarówno dylematów, jak i kontrowersji, dotyczących m.in. ograniczania niezależności oraz autonomii chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Z drugiej jednak strony można założyć, że zawarcie kontraktu może dać chorej poczucie wpływu i współdecydowania o swojej sytuacji i czasie pobytu na oddziale. Zdaniem autorki za zawieraniem kontraktu przemawia również możliwość szybszego uzyskania masy ciała odpowiedniej dla wieku i wzrostu chorej, a tym samym wcześniejszy powrót do zdrowia i domu. Gdy z różnych powodów zdarzało nam się odstępować od kontraktu, obserwowaliśmy, że rodzice prawie codziennie odwiedzali córkę na oddziale, spędzając z nią wiele godzin, co powodowało, iż całkowicie izolowała się ona od rówieśników i nie integrowała ze społecznością terapeutyczną. Ponadto relacje rodzinne sprzed hospitalizacji, niekiedy wyzwajające bądź wzmacniające objawy, nie ulegały zmianie. Trzymanie się kontraktu bywa trudne dla personelu pielęgniarskiego, który jest bezpośrednio zaangażowany w dbanie o regularne posiłki chorych i inne zadania. Sytuacje związane z jedzeniem i kontrolą mogą u pacjentek i personelu wyzwalać postawy przeniesieniowe oraz przeciwprzeniesieniowe. Wypełnianie punktów kontraktu może też być trudne dla osób, które w ramach stażu w klinice pełnią rolę lekarza opiekującego się pacjentkami, wymaga to bowiem określenia jasnych kryteriów i konsekwentnego trzymania się ich.

Dylematy budzić również może udział chorych z jadłowstrętem psychicznym w dwóch grupach terapeutycznych, tzn. w grupie homogennej i w grupie heterogennej. Z perspektywy pacjentów jest to brak symetrii w ofercie terapii grupowej, ponieważ chore z jadłowstrętem psychicznym uczestniczą w terapii dwa razy w tygodniu, natomiast pozostali pacjenci korzystają z niej raz w tygodniu. Taka sytuacja sprzyjać może spostrzeganiu chorych z jadłowstrętem psychicznym jako subgrupy, która ma przywilej korzystania z dodatkowej terapii grupowej. To z kolei przyczyniać się może do alienacji chorych z zaburzeniami

odżywiania się w społeczności terapeutycznej. Zdaniem autorki rozwiązaniem tego dylematu mogłaby być oferta drugiej w tygodniu terapii grupowej dla pacjentów z innymi zaburzeniami, ale przy aktualnych możliwościach kadrowych byłoby to trudne.

Z kolei prowadzenie terapii indywidualnej implikuje dylematy związane z łączeniem roli terapeuty z rolą lekarza bezpośrednio opiekującego się chorą, a więc również zawierającego kontrakt. Łączenie ról terapeutycznych może być czynnikiem utrudniającym zachowanie neutralności oraz realizowanie programu terapii. Natomiast terapeuta rodzinny, nie będąc zaangażowany w proces diagnostyczno-terapeutyczny na oddziale, nie pełni innych ról terapeutycznych, co sprzyja zachowaniu neutralności. Nie uwalnia to jednak terapii rodzinnej od innego rodzaju dylematów, nie tylko w kontekście pracy merytorycznej, ale także dydaktycznej i organizacyjnej. Takimi są np. wątpliwości związane z obserwacją terapii rodzinnej. W części opisującej terapię rodziną wspomniałam, że rodziny wyrażają zgodę na obserwowanie sesji przez członków personelu oraz osoby będące na stażu, natomiast pojedyncze propozycje dotyczące obserwowania terapii przez grupy studentów w wielu rodzinach budziły opór i brak zgody. Jest to zrozumiałe, szczególnie przy założeniu, że terapia rodzinna jest pracą intymną, dotyczącą relacji, triangulacji, koalicji i tajemnic rodzinnych, nie tylko w teraźniejszości, ale również w przeszłości transgeneracyjnej. Tak więc dylematem jest pogodzenie etycznych standardów terapii, polegających m.in. na zapewnieniu rodzinie dyskrecji i poczucia bezpieczeństwa, z projektami dydaktycznymi placówki.

Reasumując, terapia pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego jest pracą wymagającą komplementarnego stosowania różnych metod i współdziałania członków zespołu leczącego, przy jednoczesnym braku motywacji i współpracy ze strony chorej. Wymaga również szczególnej uwagi, aby w zmaganiach z egosyntoniczną chorobą nie naruszać godności chorej.

Piśmiennictwo

1. Pilecki M. Specyfika, zasady i dylematy terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego na młodzieżowym oddziale stacjonarnym. *Psychoter.* 2008; 4 (147): 17–29.
2. Namysłowska I. *Terapia rodzin.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
4. Talarczyk M, Michalak E, Nowakowska I, Rajewski A. Zasady postępowania terapeutycznego w przypadku chorych z jadłowstrętem psychicznym w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu. *Biul. Inf. Okręg. Izby Pielęgn. Położn. Poznań* 1997; 2: 7–8.
5. Starzomska M. Egosyntoniczność jako patognomoniczny objaw anoreksji. *Psychoter.* 2008; 3 (146): 61–74.
6. Talarczyk M. Godne życie ... zaburzenia odżywiania się. *Psychoter.* 2009; 1 (148): 77–89.
7. Żechowski C, Namysłowska I, Brągoszewska J, Prusik M, Skiepmo M, Witkowska M. Różne podgrupy jadłowstrętu psychicznego – obraz kliniczny i przebieg. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2009; 1: 77–78.
8. Rybakowski F. *Czynniki genetyczne i cechy osobowości w jadłowstręcie psychicznym.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2007.

9. Zakrzewska M, Samochowiec J, Rybakowski F, Hauser J, Pełka-Wysiecka J. Polska wersja Inwentarza Temperamentu Charakteru (TCI): analiza rzetelności. *Psychiatr. Pol.* 2001; 35(3): 455–465.
10. Probst M, van Coppenolle H, Vandereycken W, Goris M. Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of videodistortion: reliability study. *J. Psychosom. Res.* 1992; 36: 89–97.
11. Talarczyk M. Psychoterapia grupowa chorych z jadłowstrętem psychicznym – program autorski. *Psychoter.* 2007; 4 (143): 67–79.
12. Talarczyk M, Rajewski A. Potrzeba osiągnięć u chorych z jadłowstrętem psychicznym. *Wiad. Psychiatr.* 1999; 4: 399–404.
13. Talarczyk M, Rajewski A. Poziom samoakceptacji u chorych z jadłowstrętem psychicznym. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia.* Kraków: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000, s. 123–128.
14. Gillberg C, Gillberg C, Rastam M. The cognitive profil of anorexia nervosa: comparative study including community based sample. *Compr. Psychiatr.* 1996; 37, 1: 23–30.
15. Davies H, Tchanturia K. Cognitive remediation therapy as an intervention for acute anorexia nervosa: case report. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2005; 13: 311–316.
16. Cwojdzńska A, Markowska-Regulska K, Rybakowski F. Terapia usprawniania poznawczego w młodzieńczym jadłowstręcie psychicznym – opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2009; 1: 115–125.
17. Namysłowska I, Siewierska A. Znaczenie i rola rodzeństwa w terapii rodzin. *Psychoter.* 2009; 2 (149): 45–57.
18. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.

Adres: Małgorzata Talarczyk
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
e-mail: talarczyk@o2.pl