



You have downloaded a document from  
**RE-BUŚ**  
repository of the University of Silesia in Katowice

**Title:** Przegląd wybranych koncepcji etiopatogenezy zaburzeń odżywiania : przedstawienie modelu psychoterapii kobiet chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną(doświadczenia własne)

**Author:** Bernadetta Izydorczyk

**Citation style:** Izydorczyk Bernadetta. (2006). Przegląd wybranych koncepcji etiopatogenezy zaburzeń odżywiania : przedstawienie modelu psychoterapii kobiet chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną(doświadczenia własne). "Psychiatria Polska" (2006, nr 1, s. 65-74).



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.

**Przegląd wybranych koncepcji etiopatogenezy zaburzeń odżywiania się. Przedstawienie modelu psychoterapii kobiet chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną (doświadczenia własne)**

**Review of certain conceptions on eating disorders. Suggestions on psychotherapy for women with anorexia and bulimia nervosa (the authors' own experience).**

Bernadetta I z y d o r c z y k <sup>1</sup>, Barbara C z e k a j <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach  
Kierownik: prof. dr hab. J. M. Stanik

<sup>2</sup> Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach  
Kierownik: mgr J. Skorupa

**Summary.** The article is a review of the selected theoretical concepts of eating disorder etiological factors and the authors' experience in the field of psychotherapy of women with anorexia and bulimia nervosa. The authors describe various psychological and psychoanalytical concepts, for instance the theory of object relations by R. Spitz, D. Winnicott and H. Bruch's the theory of development. They indicate the importance of primary mother-child relations in the genesis of eating disorders as well as the process of the child's separation, his becoming independent and the basis of forming the child's attitude towards eating. They also show the difficulties during the course of psychotherapy for women with eating disorders.

*Słowa klucze:* teoria, psychoterapia zaburzeń odżywiania się

*Key words:* theories, psychotherapy of eating disorders

### **Wstęp**

W literaturze przedmiotu wątek patogenezy i patomechanizmu zaburzeń odżywiania się rozpatrywany jest w sposób zróżnicowany i wieloaspektowy. Były i są one opisywane z perspektywy wielu koncepcji teoretycznych, wśród których dominują psychoanalityczne, rozwojowe, systemowe i socjokulturowe. Poglądy na temat źródeł mechanizmów tych zaburzeń zmieniały się w zależności od teoretycznego podejścia do ich rozwoju i genezy. W prezentowanym artykule pozwalamy sobie przedstawić zarys, naszym zdaniem znaczących, teoretycznych założeń, wyjaśniających genezę i patomechanizm zaburzeń odżywiania się u współczesnych kobiet. Wśród głównych

teoretycznych wątków wyodrębniono znaczenie wczesnodziecięcej relacji dziecka z matką i kształtującej się od wczesnego dzieciństwa postawy matki i dziecka wobec karmienia, jedzenia, jak i obiektów pośredniczących w rozwoju mechanizmów zaburzeń odżywiania się (D. Winnicott, R. Spitz, B. Brazelton, T. Berry, B. Cramer). Istotne znaczenie przypisano również rozwojowym koncepcjom kształtowania się mechanizmu tych zaburzeń, tzw. fobii tłuszczu (H. Bruch, P. Wilson, M. Sperling) [1]. Wymienione koncepcje posłużyły nam do wyznaczenia głównych, teoretycznych drogowskazów terapii, realizowanej w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach.

## **I. Etiopatogeneza zaburzeń odżywiania się w świetle literatury przedmiotu (krótki przegląd głównych, teoretycznych założeń)**

### 1. Teorie relacji z obiektem (wybrane wątki)

#### *Koncepcja R. Spitza i wątek znaczenia jedzenia we wczesnym rozwoju dziecka*

Nawiązując do relacji pomiędzy znaczeniem jedzenia a fazami wczesnodziecięcego rozwoju, Spitz w swojej koncepcji opisywał związek pomiędzy ustami (nazywając je jamą pierwotną) a źródłem osobowości. Autor nadawał duże znaczenie zależności pomiędzy wagą doświadczeń (szczególnie wczesnodziecięcych), związanych z jamą pierwotną (ustami) a dorosłym życiem. Twierdził, iż u dziecka poziom postrzegania to poziom doświadczeń związanych z jamą ustną, która stanowi świat dający najgłębsze poczucie bezpieczeństwa, jakiego może ono doznać po narodzinach, i w którym wypoczywa otoczone spokojem. Ucieka do niego, gdy czuje się zagrożone, a także, gdy ego staje się bezradne w skrajnie niesprzyjających warunkach [2, 3, 4]. Sytuacja żywienia łączy się z twarzą i głosem matki. To subiektywne doświadczenie wpływa także na formowanie się u dziecka poczucia własnego ja uzależnionego od matki. Ponieważ większość tych doświadczeń odnosi się w początkowej fazie rozwoju dziecka do momentu karmienia, istnieje konieczność integracji jednoczesnego postrzegania twarzy matki i stanu satysfakcji. W tym kontekście dziecko zaczyna kształtować wyobrażenie samego siebie oraz wczesne pojęcie bycia złym lub dobrym. Następnie potrzeba wyrzucenia z siebie tego, co „złe”, wymaga odizolowania tych złych rzeczy lub później ich stłumienia. Jest to normalny proces, który przyczynia się do pojawienia poczucia własnego ja i superego. Dziecko, którego rodzice nie akceptują i nie pomagają mu zaakceptować pewnych jego wad, dorasta w psychicznej izolacji i rozwija się w nieodpartej niechęci do bycia oglądanym (takie dziecko ma wiele ulubionych miejsc, w których się chowa, chce się tam kryć, może też uczyć się ukrywać psychicznie, będąc posłusznym bez satysfakcji z samoakceptacji lub zdolności do przyjęcia pochwał od rodziców). Efektem końcowym takiego rozwoju jest wzrost żądań superego, które nie dają poczucia wartości, ale za to nieustanną listę obowiązków będących ciężarem. Rodzice, którzy są zasadniczo zadowoleni z posłusznego dziecka – chwałą jego wygląd i zdolności, samo zaś dziecko przyjmuje pochwały bez szczególnej radości. Często w swoim dorosłym życiu właśnie takie dzieci widzą siebie oczami innych, co wyraża się w ich spontanicznym języku (mówiąc o sobie używają często zaimka „ona”).

*Wątek znaczenia więzi z matką a patologia zaburzeń odżywiania się (M. Klein, D. Winnicott, B. Brazelton, T. Berry, B. Cramer)*

Główne tezy teorii relacji z obiektem prowadzą do stwierdzenia, że dziecko szuka miłości dorosłego, ponieważ nie może bez niej żyć. Kocha swoich rodziców i potrzebuje ich bliskości, przywiązania i czułości. Swoje starania może rozwijać tylko w ramach, które określili na początku jego życia dorośli [5]. T. Berry, B. Brazelton, B. Cramer, pionierzy psychoterapii diady matka–dziecko, w swojej książce *The earliest relationship*, wydanej w 1991 roku, pokazują, jak przekształcają się uczucia matki w ciąży w przywiązanie do nie narodzonego jeszcze dziecka [5]. Siła i „kompetencja” nowo narodzonego dziecka wywołują fantazje rodzicielskie, pragnienia i oczekiwania, co tworzy początki więzi między rodzicami a dziećmi. Opisując interakcję rodzic–dziecko, autorzy przypisują decydującą rolę mechanizmom projekcji i projekcyjnej identyfikacji. Siła i natura tych projekcji decyduje, do jakiego stopnia rodzice są zdolni do uznania indywidualności własnego dziecka.

*Koncepcja D. Winnicotta – wątek znaczenia obiektów pośredniczących w rozwoju i leczeniu zaburzeń odżywiania się*

Opisane przez Winnicotta w 1953 roku obiekty pośredniczące zostały określone jako zjawiska typowo rozwojowe, pojawiające się w okresie niemowlęcym, to jest w fazie przechodzenia z pierwotnie nie zintegrowanego self do pierwszych przejawów tożsamości, kiedy to dziecko zaczyna rozróżniać siebie i zewnętrzny świat (kształtuje się wówczas jego ego). Obiekty te pomagają radzić sobie z doświadczeniem chwilowej separacji od matki, spełniają rolę pocieszyciela, gdy dziecko pozostaje samo, narażone na frustrację swych potrzeb [4, 6]. W pewien sposób zastępują chwilowo matkę. Dziecko zawsze odbiera je jako bardzo ważne dla siebie. Mogą mieć one zróżnicowany charakter. Są to czasami: ciało dziecka, przedmioty najbliższego otoczenia, ale też zjawiska pośredniczące, takie jak: głos, dźwięk, przedmioty i zjawiska sfery estetyki, sztuki i kultury. Samo jedzenie również może być utożsamiane z matką i stanowić obiekt pośredniczący [6, 7]. Uznaje się również, iż takim obiektem pośredniczącym mogą być wymioty i napady objadania się, wspólne bulimii i anoreksji psychicznej. Wydaje się, iż „odebranie” takiego właśnie objawu, bez wcześniejszej zamiany go na coś innego, może mieć destrukcyjny wpływ na przebieg leczenia, taka sytuacja prowadzi bowiem do pojawienia się silnego nieświadomego oporu i często (jak wynika i z naszych klinicznych doświadczeń) do zerwania terapii. Obiektami pośredniczącymi mogą stać się również ludzie. Jak wynika z założeń tej koncepcji, pacjentka z anoreksją funkcjonuje w swojej rodzinie jako obiekt pośredniczący matki lub kogoś będącego w roli matki, sama zaś jako obiekt czuje się wewnętrznie pusta i musi być zapełniana przez pragnienia i popędy innych osób. Giovacchini [7] sugeruje, iż pacjentki te żyją w fiksacji, w przestrzeni pośredniczącej, ponieważ jako dzieci były obiektami pośredniczącymi swoich matek. Obiekty pośredniczące odgrywają bardzo ważną rolę szczególnie w początkowej fazie terapii, ponieważ pełnią funkcję uspokajającą i chroniącą przed intensywnymi lękami projektowanymi na innych ludzi (np. na grupę terapeutyczną). Pozbawiona obiektu pośredniczącego (np. wymiotów i innych objawów

anorektycznych) pacjentka nie istnieje lub jest jak niemowlę w depresji analitycznej bez kontaktu, usztywniona, pozbawiona ekspresji uczuciowej. Dlatego najczęściej na początku terapii milczy, przejawia negatywizm do działania i kontaktu. Kiedy jednak nabiera zaufania, zaczyna rozwijać inne formy przeniesienia, a jej pierwotny obiekt pośredniczący nie musi być już tak chroniony (przynosi na sesje lalki, misie, zaczyna zaplatać czy farbować włosy, zaczyna opowiadać o objawach itp.). Dlatego wydaje się, iż nie należałoby w terapii zbyt wcześnie zabierać pacjentce takiego obiektu, jakim jest objaw chorobowy, albowiem nie będzie ona mogła wejść w kolejną fazę rozwojową i leczenia się z zaburzenia, nie wykształci się bowiem pierwotne zaufanie do grupy. Jak już pisano, obiektem może być pożywienie. Gromadzenie pokarmu może mieć funkcje uspokajające i wypełniające odczuwaną wewnętrzną pustkę. Odebranie objawu (za pomocą np. przedwczesnej interpretacji) może być odczuwane przez samą pacjentkę jako atak na nią samą, pogłębiając tym samym proces chorobowy.

## 2. Rozwojowa koncepcja Hildy Bruch

W swojej koncepcji Bruch szczególne znaczenie w kształtowaniu się zaburzeń odżywiania przypisuje wewnętrznemu i zewnętrznemu uczeniu się, wskazując też na znaczenie relacji dziecka z matką oraz karmienia dla rozwoju ich patogenezy [patrz: 1, 2, 3]. W relacji karmienia ciało dziecka przesyła sygnały dotyczące jego potrzeb. Potrzeby te są przyjmowane bądź niezauważane przez matkę. Autorka uważa, iż niemowlę jest w stanie wysyłać i dawać wskazówki opiekunowi, a ten z kolei może je odebrać z obowiązku, niedbale, zakazująco, ulegle, odpowiednio itp. Według autorki ta relacja jest prekursorem późniejszych relacji interpersonalnych. W swojej koncepcji opisuje swoistą teorię „porażki w doświadczeniu uczenia się”. Jeśli dziecko jest uczone przez matkę odróżniania głodu od innych potrzeb, to jako adolescent(tka) odróżni potrzebę jedzenia od innych potrzeb i różnicuje adekwatnie wewnętrzne sygnały płynące z ciała [patrz: 1, 3]. Bruch wskazała, iż percepcja apetytu i głodu jest w dużym stopniu wyuczona w zależnej relacji dziecka z matką. Główne obszary zakłóceń w anoreksji łączą się według niej z rozproszonymi granicami ciała, zakłóceniami zarówno w rozeznaniu wewnętrznych i uczuciowych doświadczeń, jak i w kształtowaniu się zaburzeń autonomii self. Istotne jest też zaprzeczanie wychudzeniu z jednoczesnym lękiem przed otyłością i brzydota. Wyobrażony, zniekształcony obraz własnego ciała i self tworzy psychologiczną sylwetkę funkcjonowania osób z anoreksją psychiczną. W chorobie tej pojawiają się, nasilające się z czasem, zamieszanie w myśleniu, chwilowe przerwy w kontakcie z realnością, zakłócenie w percepcji i poznawczej interpretacji bodźców z ciała (zaprzeczenie i nierozpoznanie głodu, apetytu, zmęczenia, słabości, zimna), przeczyszczanie się i wymioty prowokowane w celu kontroli ciała. Poczucie nieskuteczności i nieefektywności może być przesłonięte przez opór, bunt i negatywizm. Bruch, nawiązując do wyników swoich wieloletnich doświadczeń, wskazuje, iż kobiety te mają podstawowe złudzenie nieposiadania własnej identyfikacji, autonomii, nie umieją też rozpoznawać sygnałów głodu [patrz: 1, 2, 3]. Autorka wiąże to z restrykcyjną postawą matek „wiedzących lepiej”, jakie są potrzeby dziecka [za: 2]. Jej zdaniem dla sukcesu w leczeniu potrzebne jest rozpoznanie i korekta pomyłek

percepcyjnych dotyczących ciała i roli społecznej. Potrzebna jest pomoc w dotarciu do własnych emocji, impulsów i tożsamości. Bardzo pomaga w leczeniu stałość terapeuty i modelowanie. Po osiągnięciu pewności siebie i bezpieczeństwa osoby te są gotowe, by przewartościować swój rygorystyczny i sztywny system moralny [patrz: 2, 3].

### 3. Koncepcja „fobii tłuszczu” (ang. fear of being fat) i jej znaczenie dla rozwoju patologii odżywiania się (P. Wilson)

Melitta Sperling i C. Philip Wilson, dzieląc się swoimi wynikami badań i doświadczeniem klinicznym, wskazują, iż anoreksja z definicji powinna być traktowana jako „fobia tłuszczu, fobijny lęk przed tłuszczem”. Autorzy wskazują, iż jednym z czynników predysponujących do rozwoju psychopatologii zaburzeń odżywiania się u dziewcząt i kobiet jest lęk przed otyłością [za: 8]. Lęk ten jest szeroko rozpowszechniony w naszej kulturze. U pewnych osób osiąga poziom fobii i doprowadza do wyniszczenia (anoreksja). Często osoby te próbują doprowadzić się do skrajnej chudości, ale nie są w stanie kontrolować swojej żarłoczności i poddają się impulsowi objadania się. By utrzymać wagę ciała, wymiotują i przeczyszczają się (osoby z bulimią). Potwierdza to też Howard L. Schwartz, używając terminu „fat fobia” [za: 8]. Lęk ten sięga do konfliktów z faz: preedypalnej, edypalnej, adolescencji i dorosłości. Jak wskazują autorzy, lęk przed otyłością maskuje szereg konfliktów wewnętrznych, np. związanych z regresją, karzącym superego, z lękiem przed ciążą, zamkniętą postawą wobec miesiączki i seksualnych odczuć [2, 8].

Podsumowując teoretyczną i kliniczną wiedzę na temat zaburzeń odżywiania się, można powiedzieć, iż patogeneza tego zjawiska rozumiana jest wielotorowo. Ważne jest uwzględnienie fazy cyklu życia, osobistej i wielopokoleniowej linii życiowej, relacji w rodzinie pomiędzy matką a ojcem, konfliktowych i wolnych od konfliktów obszarów świadomych i nieświadomych, traumy, wzorów zachowań i reakcji psychosomatycznych.

## II. Model psychoterapii stosowanej wobec kobiet z zaburzeniami odżywiania się (doświadczenia własne)

Biorąc pod uwagę wieloletnie doświadczenia i obecne doniesienia literatury przedmiotu na temat wielotorowego kształtowania się patogenezy i patomechanizmu zaburzeń odżywiania się, staraliśmy się, nie lekceważąc doniosłego znaczenia innych teorii, opierać na ustawicznym pogłębianiu wiedzy teoretycznej tłumaczącej genezę i patomechanizm tychże zaburzeń, szczególnie tej z kręgu teorii psychoanalitycznych, na czele z koncepcjami relacji z obiektem (M. Klein), znaczenia rozwoju obiektów pośredniczących (D. Winnicott), znaczenia więzi emocjonalnej w relacji matka–dziecko (R. Spitz) i z rozwojową koncepcją (H. Bruch). Główne założenia tych koncepcji były i nadal są dla nas teoretycznymi drogowskazami na drodze do konstruowania ciągle jeszcze wypracowywanego i doskonalonego własnego modelu psychoterapii dla dziewcząt i kobiet z diagnozą zaburzeń odżywiania się, jaki same stosujemy w swojej codziennej psychoterapeutycznej pracy.

W psychoterapii kobiet chorujących na zaburzenia odżywiania się ważna jest diagnostyka takich obszarów ich psychicznego i fizycznego funkcjonowania, jak: system rodzinno-społeczny, struktura osobowości i zróżnicowanych aspektów struktury Ja (self), struktura Ja cielesnego i poziomu zniekształceń w zakresie obrazu własnego ciała, struktura i nasilenie zaburzeń somatycznych, metabolicznych i poziomu wyniszczenia organizmu (aspekt opieki medycznej).

Główne cele terapeutyczne, jakie stawiamy sobie wobec kobiet pozostających w procesie leczenia, to:

- dawanie oparcia, zwolnienie z nadmiernej odpowiedzialności, omnipotencji, perfekcjonizmu;
- przyzwolenie na wyrażanie ambiwalentnych uczuć do obiektu, wspomaganie procesu uzyskiwania emocjonalnego i intelektualnego wglądu (uświadamiania sobie przez chore mechanizmów zaburzeń), rozwijanie u nich umiejętności pomieszczenia w sobie różnych (w tym negatywnych) emocji i rozwiązywania wewnętrznych konfliktów;
- zniesienie tabu dotyczącego istnienia konfliktów w rodzinie i uwolnienia ekspresji w warunkach funkcjonowania systemu rodzinnego, umożliwienie rozwijania się u chorych procesu separacji;
- poprawa kontaktu z ciałem (uświadomienie napięć, emocjonalnych bloków w ciele, uwolnienie energii płynącej z ciała, zbudowanie realnego obrazu swego ciała, nauka przeżywania przyjemności w związku ze swoim ciałem, zwiększanie świadomości granic ciała, pobudzenie świadomości sensorycznej, pozwalającej na właściwe reagowanie na sygnały płynące z ciała (uczucie głodu i sytości), rozwinięcie umiejętności społecznych, dzięki świadomej nauce posługiwania się „językiem ciała”, urealnienie obrazu siebie, przywrócenie równowagi cielesnej i metabolizmu (odzyskanie wagi ciała i miesiączkowania);
- przejście przez chorą kobietę odpowiedzialności za swoją wagę i oparcia oferowanego przez działający system leczenia.

Realizacja zadań terapeutycznych odbywa się poprzez kontakt indywidualny i – głównie – grupowy. Stosowane są następujące formy działań:

- kompleksowa opieka medyczna, dietetyczna i psychologiczna w poradni i na oddziale dziennym; diagnostyka psychiatryczna: ocena wskazań do leczenia w systemie ambulatoryjnym i stacjonarnym; diagnostyka psychologiczna struktury osobowości, eksponowanych mechanizmów zaburzeń, systemu rodzinnego i możliwości uczestnictwa w procesie psychoterapii; konsultacje dietetyczne w kierunku odbudowy, kształtowania nawyków prawidłowego odżywiania się i wagi ciała.
- grupa pracy z ciałem (homogenna dla kobiet i dziewcząt, realizująca terapeutyczne zadania, dotyczące kształtowania prawidłowego obrazu ciała, spotykająca się raz w tygodniu przez cały okres leczenia na oddziale dziennym);
- homogenna pod względem zaburzeń i płci grupa zaburzeń odżywiania się (realizacja zadań terapeutycznych specyficznie związanych z objawami zaburzeń odżywiania się, np. radzenie sobie z nawrotami objawów, treningi radzenia sobie ze stresem, psychoedukacja);
- 12-tygodniowe grupy psychoterapeutyczne (heterogenne pod względem zaburzeń i płci), prowadzone przez dwóch różnej płci terapeutów (z dominacją psychodynamicznego rozumienia podłoża zaburzeń i terapią wglądową);

– grupy homogenne (pod względem płci) o charakterze zamkniętym dla młodzieży (dziewczeta w wieku 14–16 lat i 17–20 lat); jeden cykl pracy grupy trwa 10 miesięcy (spotkania dwa razy w tygodniu); grupę prowadzi dwóch psychoterapeutów różnej płci; terapia wspomagająca rozwój i korygująca psychologiczne mechanizmy zaburzeń i dysharmonii w rozwoju;

– poradnictwo rodzinne, terapia systemowa rodzin i grupy wielorodzinne (organizowane okresowo dla całych rodzin cyklem spotkań o charakterze edukacyjno-poznawczym, wspomagające prawidłową komunikację w rodzinach);

– psychoterapia indywidualna jako uzupełnienie dominującej terapii grupowej na oddziale dziennym.

Osoby prowadzące opisywaną działalność terapeutyczną w ośrodku to: dwóch lekarzy specjalistów psychiatrów z certyfikatem psychoterapeuty, specjalista psychologii klinicznej z certyfikatem psychoterapeuty, trzech psychologów w trakcie i po ukończonym szkoleniu przygotowującym do certyfikatu z psychoterapii, pielęgniarka, konsultujący dietetyk. Pozwalamy sobie na przedstawienie krótkiej charakterystyki naszych doświadczeń w zakresie przebiegu prowadzonej psychoterapii pacjentek z zaburzeniami odżywiania się.

W ośrodku pacjentki mogą się leczyć około 9 miesięcy: początkowo przez 12 tygodni, chodzą codziennie na spotkania grupy terapeutycznej, którą wspomagają zajęcia terapeutyczne w homogennej grupie zaburzeń odżywiania się (jeden raz w tygodniu). Uczestnictwo w tej grupie może być kontynuowane jeszcze 6 miesięcy po pierwszej części terapii, z częstotliwością spotkań raz na tydzień. Pierwsza faza leczenia, w której najważniejsze wydaje się zwolnienie pacjentek z poczucia samowystarczalności, nadmiernej odpowiedzialności i bycia „grzeczną dziewczynką”, trwa różnie długo i zależy od indywidualnej konstrukcji zaburzenia i historii życia leczonej osoby. W tej fazie bywa konieczne przyjęcie postawy dość autorytarno-matkującej, by ukazać bezsilność i pułapkę, w której jest pacjentka, i to, że sobie nie radzi. Naszym zadaniem nie należy wzmacniać jej omnipotencji i pozornej siły. Ważne jest, by w miarę trwania terapii pacjentki poczuły, że mogą dać się prowadzić przez kompetentnego terapeutę i nie muszą dbać o jego potrzeby i komfort, i o to, by czuł się dobrym terapeutą. Takie doświadczenie uczy pacjentki, że przyjęcie pomocy i wsparcia od innych osób jest „w porządku”, że można być akceptowanym nawet jeśli wyraża się swoje potrzeby i różne emocje. W tej fazie leczenia mówimy też, jaka waga ciała jest zdrowa i normalna, udzielamy rad co do odżywiania się i innych trudności. Gdy pojawi się zaufanie i zgoda na oparcie w nas i w grupie, stajemy się stopniowo modelami. Pacjentka jest informowana, że, gdy waga wróci do normy, będzie mogła stopniowo przejmować kontrolę nad sobą. Początkowo skupiamy się bardziej na interwencjach empatycznych oraz interpretacjach dotyczących relacji w diadzie, pozostawiając nawiązywanie do historii życia na później, tak, aby pacjentka przeszła ze związków z częściowymi obiektami do związków z całymimi obiektami. W części psychoterapeutycznej zwracamy uwagę na psychologizowanie objawu, pacjentki bowiem dość długo nie łączą problemów jedzenia ze stanem swoich wewnętrznych przeżyć. Dążymy do tego, aby zrezygnowały z perfekcjonizmu, nadmiernej kontroli i karaniania się za błędy oraz z dominacji, w codziennym stosowaniu, słów i reguł typu: „zawsze” i „nigdy”. Chcemy też nauczyć je, jak radzić sobie z realiami życia i własnymi, wewnętrznymi ograniczeniami, jak rozpoznawać w sobie prawdziwe potrzeby, jak można je zaspokajać i znajdować własne stanowisko wobec presji społecznej dotyczącej wyglądu, roli kobie-



ty w życiu. Ponadto podkreśla się znaczenie poszukiwania innych „nagród” dla siebie niż zadowalanie innych. Nie bez znaczenia jest też trening pacjentek wychodzenia z pasywności i uległości w relacjach społecznych. Jak zauważamy, po fazie idealizacji terapii nadchodzi często czas buntu, negacji grupy i terapeutów, który musi zostać wspólnie „przetwany i przepracowany”, by mogły być osiągnięte dalsze cele leczenia. Część pacjentek nie jest w stanie zrezygnować z wyidealizowanego wizerunku samych siebie oraz innych, w następstwie czego rezygnuje w tym czasie z terapii. Pacjentki potrzebują jakiegokolwiek sukcesu w terapii (o co nieraz nie jest łatwo), ważne wydaje się więc skupienie się na terażniejszości, odzyskiwaniu poczucia kompetencji w życiu, co w widoczny sposób przyczynia się do zmniejszenia objawów choroby.

Praca w grupie daje możliwość identyfikacji z innymi osobami o podobnym problemie, przełamania wstydu i poczucia potępienia za chorobę. Nawiązanie kontaktów z innymi daje możliwość wyjścia z izolacji społecznej, doświadczenia wsparcia w tworzeniu zdrowszej wizji siebie, uczy umiejętności przegrywania i znoszenia frustracji życiowych.

Grupa wspólnie poszukuje innych strategii własnego rozwoju niż „pielęgnowanie wyglądu”.

### Podsumowanie i wnioski

Nasze doświadczenia wskazują, że istnieje konieczność zapewnienia pacjentkom indywidualnej drogi leczenia, z jednoczesnym położeniem nacisku na pewne, główne nurty, takie jak: modyfikacja zachowań, skupienie się w pierwszej fazie leczenia na rozpracowywaniu nadmiernie nasilonej potrzeby kontroli. W warunkach struktury oddziału (zasady, ograniczenia), przy przyjęciu przez terapeutów postawy rodzicielsko-autorytarnej, pacjentki mają naszym zdaniem większą szansę „odbarczenia” się z potrzeby samowystarczalności i perfekcyjności. W takiej empatycznej relacji „prowadzenia za rączkę” (trochę tak jak matka prowadzi swoje małe dziecko) mogą przestać liczyć tylko na siebie i poczuć się słabe, co w tym wypadku daje efekty terapeutyczne. Nie należy wzmacniać u nich poczucia mocy. Ten etap ma służyć nawiązaniu relacji terapeutycznej i budowie zaufania. Jako terapeuci „matkujemy” przedwcześnie dojrzałym dzieciom, jesteśmy dla nich autorytetem i „nie możemy dać się nabierać” na eksponowaną pozę „grzecnej dziewczynki”, która chce, żebyśmy byli z niej zadowoleni. W ten sposób tworzymy warunki pod późniejszą terapię dotyczącą konfliktów nieświadomych. Cały czas dbamy o dość ustrukturalizowane środowisko i kontrolę wagi. Z naszych doświadczeń wynika, że etap ten łączy się często z przeżywaniem przez terapeutów wielu emocjonalnych i związanych z odpowiedzialnością za leczenie trudności. Z jednej strony jesteśmy obiektem przeniesień (jak na rodziców) i kontenerowania (pomieszczania i akceptowania) uczuć pacjentek (w tym również negatywnych, takich jak: złość, zazdrość, rywalizacja), z drugiej zaś – często swoim zachowaniem budzą one wśród całego personelu (terapeutów, lekarzy, pielęgniarek) bardzo silne, a zarazem sprzeczne emocje. Trudność polega na tym, iż emocje te, mimo istnienia ogólnie spójnego planu terapii w ośrodku, często mniej czy bardziej świadomie różnicują obraz widzenia przez terapeutów i inny personel leczący stanu pacjentek, ich potrzeb i postępowania wobec nich. Często staje się to źródłem narastających konfliktów i rozbieżności w podejmowanych terapeutycznych działaniach, szczególnie w sytuacji, kiedy brak jest stałego i otwartego przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi osobami prowadzącymi cykl terapii (lekarze, terapeuci, pielęgniarki).

Nasze obserwacje i własne porażki wskazują, iż praca w grupie wymaga szczególniego porozumienia i zgodności pomiędzy terapeutami w zakresie rozumienia zaburzenia pacjentek, etapu leczenia, jak też uwzględnienia własnych cech osobowości. Niczym nowym nie będzie stwierdzenie, iż w postawie psychoterapeuty od samego początku terapeutycznych działań ważna jest cierpliwość, intuicja i własna superwizja (uruchamiają się bowiem preedydalne obrony u osób z zespołu leczącego). Istotną jest więc stała praca nad przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem. Trudnością w procesie leczenia są nawroty objawów, długi czas terapii i zmęczenie występujące u pacjentek. W takich sytuacjach ratunkiem są doświadczenia pacjentek kończących terapię, które są żywym dowodem dla pozostałych, że warto zmierzyć się z kryzysami występującymi podczas leczenia. Co do skuteczności terapii prowadzonej u nas – obserwujemy poprawę w zakresie objawów po pierwszym roku terapii i ich ustąpienie u większości pacjentek po ukończeniu kompleksowego cyklu leczenia (zwykle ok. 2 lat). Oczywiście mają miejsce również terapie długie, np. 4–5-letnie u osób z głębszymi zaburzeniami.

Podsumowując nasze rozważania na temat specyfiki psychoterapii tej grupy pacjentek, można wskazać na ważność w jej przebiegu wielowątkowego myślenia o zaburzeniach odżywiania się, o heterogeniczności ich podłoża i homogeniczności objawów, uwzględniania specyfiki czynnika rozwojowego (wieku chorującej dziewczyny i kobiety), potrzeby indywidualizacji, a zarazem interdyscyplinarnego leczenia tych zaburzeń i tworzenia w pierwszej fazie leczenia raczej grup homogennych pod względem płci i wieku.

**Обзор избранных теоретических концепций этиопатогенеза нарушений питания.  
Представление модели психотерапии женщин, болеющих анорексией и булимией  
психического характера (собственные наблюдения)**

**Содержание**

В обзоре авторы представляют избранные теоретические концепции понимания этиопатогенеза нарушения питания, а также предложения прикладной психотерапии, используемой у женщин с психической анорексией и булимией кроме того, в статье приведены данные о некоторых психоаналитических и релятивных концепциях Р. Шпитца, Д. Винникотта, Г. Бруха.

В описываемом материале исследований авторы указывают на важность и ведущее значение в формировании нарушений питания связи ребенка в раннем детстве с матерью. Обсуждены также такие вопросы как течение процесса сепарации и индивидуализации, так и формирующиеся проблемы у ребенка по отношению к питанию и кормлению.

Авторы представляют также трудности, с какими встречаются психотерапевты во время проведения психотерапии женщин с нарушениями питания.

**Übersicht der gewählten theoretischen Konzeptionen zur Ätiopathogenese der Essstörungen. Modell der Psychotherapie der Frauen, die an Anorexia und Bulimia nervosa krank sind (eigene Erfahrungen)**

**Zusammenfassung**

Im Artikel besprechen die Autorinnen die gewählten theoretischen Inhalte aus der Idee der Ätiopathogenese der Essstörungen und schlagen eine Psychotherapie für Frauen mit Bulimie und Anorexia nervosa vor. Sie besprechen die Grundideen aus den gewählten psychoanalytischen Ideen und Entwicklungsideen (R. Spitz, D. Winnicott, H. Bruch). In dem beschriebenen Material weisen sie auf die Wichtigkeit und führende Bedeutung in der Gestaltung der Essstörungen

der frühkindlichen Verbindung mit der Mutter, Verlauf der Trennung und Individualisierung und der sich beim Kind gestaltenden Haltung gegenüber dem Essen und Nahrung hin. Die Autorinnen teilen auch ihre Probleme mit, die sie während der Psychotherapie der Frauen mit Essstörungen erfahren.

**La revue des conceptions théoriques concernant l'étiopathogénie des troubles d'alimentation. La présentation du modèle de la psychothérapie des femmes souffrant de l'anorexie et de la boulimie (basée sur l'expérience des auteurs)**

**Résumé**

Les auteurs de cet article présentent le revue des conceptions choisies de l'étiopathogénie des troubles d'alimentation et elles proposent leur modèle de la psychothérapie des femmes souffrant de l'anorexie et de la boulimie. Elles présentent avant tout les conceptions de R.Spitz, de D.Winnicott, de H. Bruch en soulignant l'importance des relations avec les mères, du processus de la séparation et de l'individuation des enfants pour le développement des troubles d'alimentation ainsi que pour l'attitude des enfants concernant l'alimentation et le manger. Les auteurs décrivent aussi les difficultés qui accompagnent la thérapie des troubles d'alimentation chez les femmes.

**Piśmiennictwo**

1. Emmett SW. *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Brunner/Mazel; 1980.
2. Sours J. *Starving to death in the sea of objects*. New York: Jason Aronson; 1980.
3. Bruch H. *Death in anorexia nervosa*. *Psychosom. Med.* 1971; 33, 2.
4. Żechowski C. *Referat wygłoszony na XVI Sympozjum Psychiatrów Dzieci i Młodzieży* 10.1996 r. w Puszczykowie koło Poznania.
5. Berry T, Brazelton B. Cramer B. *The earliest relationship*. Addison-Wesley. Publishing Company Inc.; 1991.
6. Winnicott D. *Transitional objects and transitional phenomena*. W: *Through pediatrics psychoanalysis collected papers*. New York: Brunner/Mazel. Inc.; 1992.
7. Giovacchini P. *Developmental disorders. The transitional space in mental breakdown and creative integration*. New York: Jason Aronson Inc.; 1986.
8. Wilson CP. *Fear of being fat. The treatment of anorexia and bulimia*. New York: Jason Aronson Inc.; 1985.

Otrzymano: 27.09.2004  
Zrecenzowano: 12.04.2005  
Przyjęto do druku: 5.09.2005

Adres: Katedra Psychologii Klinicznej  
Uniwersytetu Śląskiego  
40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 53

*Badania nie były sponsorowane.*