

Są piękne i zgrabne jak modelki, ale w lustro patrzą z obrzydzeniem. Głodzą się albo objadają, by wszystko zwymiotować. Wiele z nich trafia na terapię w zaawansowanym stadium choroby lub dopiero po próbie samobójczej. Jak wygląda leczenie kobiet z zaburzeniami odżywiania? Czego uczą się podczas terapii grupowej?

NIE DAM CI SIĘ NAJEŚĆ

tekst:
ZUZANNA KASTELANIEC,
MAŁGORZATA ZARYCZNA

„Jesteś kurwą, nienawidzę cię, nie zasługujesz na nic, nigdy nie dam ci się najeść...”, powtarzała Anna, jedna z uczestniczek grupy pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Przemawiała do tej swojej strony, której nienawidzi, którą chciałaby zniszczyć, zabić... i która dominuje na obecnym etapie jej życia. Odbieranie siebie w ten sposób, silna nienawiść i nagminne zachowania autodestrukcyjne to właściwie codzienność osób, które cierpią na zaburzenia odżywiania.

Coraz więcej pacjentów – zwłaszcza młodych kobiet – z zaburzeniami odżywiania zgłasza się do lekarzy. Osoby pełnoletnie decydujące się na terapię zazwyczaj znajdują się w zaawansowanym stadium choroby. Uczestników terapii grupowej można podzielić na trzy grupy. Pierwszą tworzą osoby takie jak Anna – choroba zdominowała ich życie. Często są to dziewczyny, które przerwały studia, zrezygnowały z pracy i samodzielności, życia na własną rękę. Wracają do domu rodzinnego i... wycofują się z życia. Anna ma za sobą trudne doświadczenia: od dziecka chorowała, mia-

ła widoczną nadwagę, rówieśnicy naśmiewali się z niej i upokarzali. Brakowało jej oparcia w rodzicach, ich miłości. Szukając akceptacji, jako kilkunastoletnia dziewczynka dała się wciągnąć w relację z nauczycielem i doświadczyła z jego strony nadużyć seksualnych. Terapię rozpoczęła jako młoda kobieta. Związek z partnerem, seks przywołały wiele bolesnych i upokarzających wspomnień. Anna przestała się spotykać z przyjaciółmi, wychodzić z domu, przestała również jeść. Odmowa jedzenia przerodziła się w anoreksję. W ten sposób kobieta zaprzeczała swojej seksualno-

ści i kobiecości. Przez rok próbowała sama poradzić sobie z chorobą, chciała popełnić samobójstwo, aż wreszcie trafiła na terapię z objawami bulimii. Codziennie ma trzy ataki bulimiczne. Już nic nie jest dla niej ważne, nienawidzi siebie – w terapii upatruje ostatniej nadziei na wyzdrowienie.

Drugą grupę tworzą dziewczyny i kobiety z dużą niedowagą, cierpiące na tak zwaną bulimię atypową. To zaburzenie zdiagnozowano u Ewy – jest niezwykle szczupła i panicznie boi się przytyć. Stara się jeść, ale kiedy zdarzy jej się zjeść za dużo o dwie czy trzy łyż-



ki zupy, idzie do łazienki, by wymiotować. Bardzo chciałaby wyzdrowieć i zupełnie nie rozumie, skąd u niej ta choroba. Często wydaje jej się, że jest już zdrowa. Tak jak Anna poprzez bycie szczupłą usilnie poszukuje miłości i akceptacji. Choroba daje jej również złudne poczucie kontroli i siły. Może panować nad swoim wyglądem, nad swoją wagą. Choruje od okresu dojrzewania, a obecnie ma 25 lat. Boi się, że nie będzie mogła mieć dzieci, bo od lat nie miesiączkuje. Matka, wykładowca na wyższej uczelni, dowiedziała się o chorobie córki, kiedy Ewa miała 14 lat. Została wówczas wezwana przez dyrektorkę do szkoły, ponieważ pielęgniarka była zaniepokojona chorobliwie niską wagą Ewy. Matka była zdziwiona, bo sądziła, że szczupłość córki wynika z uwarunkowań genetycznych, a nie z choroby. Nie zauważyła jej problemów, ponieważ od lat sama nie radziła sobie z depresją po odejściu męża. Ewa starała się nie przysparzać kłopotów i tak już cierpiącej matce, ale jednocześnie czuła, że jest dla niej niewidzialna. Zaczęła odmawiać sobie jedzenia, tak jak matka odmawiała jej bliskości – „emocjonalnego pokarmu”.

Charaktery

KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ

– spożywanie dużej ilości jedzenia pod wpływem impulsu, który osoba chora odczuwa jako niemożliwy do powstrzymania. Objadanie się najczęściej kończy się wymiotami lub przyjmowaniem środków przeczyszczających.

Trzecia grupa to pacjentki takie jak Zosia. Jest bardzo tęga, cierpi na kompulsywne objadanie się. Od początku leczenia bardzo zależy jej na częstych spotkaniach z terapeutą. Mówi, że sesje są dla niej niezmiernie ważne. Do terapii podchodzi zadaniowo, nie chce zawieść terapeutów. Rodzice zawsze byli bardzo surowi wobec Zosi, czuła, że nie jest w stanie wystarczająco ich

zadowolić. Matka stosowała wobec niej przemoc fizyczną i psychiczną. Wraz z młodszą córką, z którą miała lepszy kontakt, naśmiewała się z tuszy Zosi, upokarzając ją nawet przy obcych. Siostra za przyzwoleniem matki nazywała ją pasztetem, świnia, olbrzymem. Matka Zosi też była tęgą, nie akceptowała własnego ciała. Powtarzała córce, że roztyła się po ciąży z nią, i to przez Zosię nigdy nie udało jej się powrócić do wagi z młodości.

Co czułaś, co czujesz?

Czym charakteryzuje się terapia grupowa pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania? Zdecydowana większość pacjentek ma strukturę osobowości typu borderline – stosują specyficzne mechanizmy obronne, co utrudnia pracę terapeutyczną. Szczególnie niebezpieczne są zachowania typu „acting out”, poprzez które nieuświadomione impulsy wyrażane są bezpośrednio. Tego typu zachowania pojawiają się, kiedy pacjenci przeżywają silne uczucia w terapii, a nie potrafią ich wyrazić. Wyładowują więc emocje na zewnątrz, często w szkodliwy dla siebie sposób.

W terapii grupowej osób z zaburzeniami odżywiania jedną z technik jest łączenie podejścia psychodynamicznego z terapią poznawczo-behawioralną. Sesje psychodynamiczne umożliwiają powrót do trudnych wspomnień, jednocześnie przeżywanie ich w bezpiecznej atmosferze grupy, przy wsparciu terapeutów. Dzięki temu pacjenci uświadamiają sobie, jakie uczucia towarzyszyły im w przeszłości i co przeżywają obecnie. Podczas trwania terapii grupowej pojawia się dużo cierpienia, smutku, złości, a często również poczucia beznadziei i bezradności. Pacjenci uczą się oddzielania realnych sytuacji odrzucenia, porażki czy ataku od tych, które są jedynie kliszą dawnych przeżyć, a mimo to nadal silnie rzucają na ich sposób budowania relacji, two-

Ośrodki terapii

WARSZAWA: Oddział XX Dzienny Psychiatryczny „Gawra”, ul. Dolna 42; Centrum Psychoterapii Mago, ul. Lwowska 9/43; Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9; Centrum Zdrowia Psychicznego, ul. Modzelewskiego 27; Centrum Psychologiczno-Medyczne MABOR, ul. św. Bonifacego 104.

KRAKÓW: Zakład Terapii Rodzin CMUJ, ul. Kopernika 21a; Wojewódzki Ośrodek Leczenia Nerwic, ul. Lenartowicza 14; Krakowskie Centrum Psychodynamiczne, ul. Westerplatte 12/1.

POZNAŃ: Ambulatorium Terapii Zaburzeń Odżywiania, ul. F. Łubieckiego 1.

WROCŁAW: SP ZOZ Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży, ul. Białowieska 74a; Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień przy Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, ul. Wybrzeże Korzeniowskiego 18.

SZCZECIN: Poradnia Zdrowia Psychicznego NZOZ, ul. Staromłyńska 21.

żenia więzi. Dodatkowym atutem bycia w grupie jest możliwość podzielenia się z innymi – często po raz pierwszy w życiu – tą swoją częścią, która zanurzona jest w depresji i smutku. Ta możliwość bycia prawdziwym, autentycznym – bez ciągłego noszenia maski i udawania, że świetnie dają sobie radę – wielu pacjentom już od początku terapii przynosi wielką ulgę. Dotyczy to zarówno dzielenia się przeżyciami i doświadczeniami z przeszłości, jak i omawiania obecnych objawów chorobowych, którymi pacjenci nigdy z nikim się nie dzielili. Niektóre osoby w grupie opowiadają o sposobach ukrywania swojej choroby przed bliskimi.

Dzięki terapii na światło dzienne wychodzą skrywane dotąd historie przemocy fizycznej, psychicznej, nadużyć, braku zainteresowania, miłości i poczucia ważności w okresie dzieciństwa. Pacjenci próbowali zagłuszyć psychiczny ból poprzez odmawianie sobie jedzenia, objadanie się lub objadanie i prowokowanie wymiotów. Gdy pojawiają się niepokojące sygnały – brak miesiączki, choroby zębów i dżia-

seł, wypadanie włosów, kołatanie serca, opuchnięte ślinianki – które przybierają na sile i wręcz uniemożliwiają funkcjonowanie, chorzy uznają, że dłużej tak nie chcą żyć i zaczynają szukać pomocy.

Usłyszeć siebie...

Czasami pacjenci zgłaszają się w stanie zupełnej dezintegracji. Mają myśli samobójcze, mówią, że terapia jest ostatnią deską ratunku i jeśli ona im nie pomoże, to nie chcą już dłużej żyć. W ten sposób próbują oddać terapii odpowiedź za swoje życie. Taki sposób patrzenia na terapię jest omawiany w trakcie konsultacji, aby z jednej strony urealnić oczekiwania pacjenta, a z drugiej – zbudować z nim przymierze terapeutyczne, co da mu nadzieję na poprawę funkcjonowania. Dodatkową wartością terapii grupowej jest to, że pacjenci mogą spotkać ludzi, którzy walczą z podobnymi trudnościami. W grupie tworzą się bliskie więzi, maleje poczucie obcości, inności, wstydu, który towarzyszy codziennemu ukrywaniu choroby. Czasami relacje bywają też trudne – w pewnym momencie, w związku z uczuciami przeniesieniowymi, pacjenci zaczynają postrzegać grupę jako coś wrogiego, rodzą się między nimi konflikty. Początkowa idealizacja terapeutów często przechodzi

UCZUCIA PRZENIESIENIOWE pojawiają się w sytuacjach, kiedy pacjenci w relacji z terapeutami lub innymi pacjentami w grupie przeżywają uczucia podobne do tych, które wiązały się z innymi ważnymi osobami z ich życia, zazwyczaj z rodzicami.

w silne, negatywne uczucia. Pacjenci jednak uczą się radzić sobie z tą sytuacją, dostają dużo wsparcia od innych członków grupy, którzy pełnią rolę luster odzwierciedlających ich uczucia i pomagają dostrzec, co realnie wydarzyło się w relacji, a co jest wynikiem wtłaczania pewnego schematu widzenia sytuacji. Terapia w takiej formie umożliwia bardziej świadome wchodzenie w relacje z innymi. Pacjenci uczą się wyrażać uczucia i realizować potrzebę bycia kochanym i cenionym za inne rzeczy niż te związane z wyglądem. W ramach terapii mają też stały kontakt z dietetykiem, który pomaga im zracjonalizować sposób odżywiania i uczy odczytywania sygnałów płynących z organizmu, informujących o głodzie lub sytości. Pacjenci zaczynają dostrzegać, że objadanie się lub odmawianie sobie posiłku wiąże się różnymi przeżyciami nie zaś z realną potrzebą zaspokojenia głodu.

Terapia poznawczo-behawioralna w takich grupach koncentruje się wokół zaburzonego postrzegania i oceny własnej wartości (utrwalonych lękiem przed przybraniem na wadze, zaniżoną samooceną, zniekształconym postrzeganiem swojego ciała) oraz odzyskania kontroli nad jedzeniem. Obejmuje psychoedukację mającą umożliwić zrozumienie mechanizmu powstawania zaburzenia i podtrzymujących je czynników. Zaczyna się od podstaw rozpoznawania i nazywania emocji, wiedzy na temat lęku i jego objawów, wpływu emocji na ciało, samopoczucie – pacjenci uczą się łączyć ze sobą czynników, które wcześniej rozdziela. Dla chorych rozpoczynających pracę terapeutyczną chęć objadania się czy zwymiotowania jest „silniejsza od nich”, bierze się „znikąd”, nie mają na nią wpływu, czują się bezsilni wobec „tajemniczej siły”, która każe im jeść i wymiotować. Niektóre pacjentki nie widzą żadnego związku między trudnymi wydarzeniami w ich życiu a epizodami

BULIMIA – zespół przejawiający się okresowymi nawrotami żarłoczości i nadmiernym kontrolowaniem wagi ciała. Typowe jest prowokowanie wymiotów lub zażywanie środków przeczyszczających po epizodzie przejedzenia się. Zaburzeniu towarzyszy przekonanie o nadmiernej wadze oraz koncentracja na wyglądzie i ocenie przez innych.

objadania się czy ograniczania jedzenia. Odczuwają silne emocje, ale nie rozumieją ich, co powoduje, że tracą poczucie bezpieczeństwa i szukają ulgi. Odmawiając sobie jedzenia, próbują odzyskać równowagę i poczucie sprawstwa – same stają się wówczas dla siebie jedyną „ostoją”, dowodem na to, że mają siłę i dadzą sobie radę. Taką ulgę przynosi również objadanie się i wymioty – zajądanie emocji rozprasza uwagę, odciąga myśli od wydarzenia, które wywołało nieprzyjemne uczucia, a wymioty pozwalają „pozbyć się” ładun-

ku emocji. Zmęczenie towarzyszące przeczyszczaniu się również przynosi ukojenie – chore są zbyt wyczerpane, by odczuwać emocje, jednocześnie poprzednie uczucia są zastępowane przez poczucie winy, nienawiść i złość na siebie za „kolejną porażkę”. Ta złość wielu pacjentom wydaje się prostsza, bezpieczniejsza od konfrontacji z innymi, często niezrozumiałymi uczuciami, których obecność inicjuje atak obżarstwa.

Emocje w dzienniczku

Zmianę przynosi już samo zrozumienie mechanizmu pojawienia się zaburzenia, sytuacji wywołujących objawy – pacjentki dostrzegają, że nie są „słabe” i miotane przez niezrozumiałe dla nich moce z zewnątrz, że mogą wpływać na swoje życie, dokonywać wyboru. Rozpoznanie emocji, wiązanie ich

Charaktery



Stowarzyszenie "OD-DO"

01-204 Warszawa, ul. Siedmiogrodzka 5 kl. II
tel./fax: 22 632-09-09
e-mail: od-do@od-do.org

Stowarzyszenie „OD-DO”

zaprasza

terapeutów, psychologów, pedagogów, wychowawców
w placówkach opiekuńczych i doradców zawodowych
zamieszkałych i zatrudnionych
w woj. mazowieckim na nieodpłatne szkolenie:

„W stronę profesjonalizacji pracy z MDDA”

współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu
Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

W ramach projektu zrealizowany zostanie autorski projekt
szkoleniowo-doradczy, kompleksowo przygotowujący uczestników
do systemowej pomocy psychologicznej
dla Młodych Dorosłych Dzieci Alkoholików (MDDA).
Jest to pierwsza tego typu oferta szkoleniowa na regionalnym rynku,
będąca wynikiem wieloletnich doświadczeń terapeutów
ze Stowarzyszenia „OD-DO”.

Termin składania zgłoszeń: do 2 lutego 2011

Zapisy on-line na stronie: <http://www.od-do.org/>



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

„W stronę profesjonalizacji pracy z MDDA” projekt realizowany
w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
współfinansowany
ze środków Europejskiego Funduszu
Społecznego.

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



reklama

z konkretnymi objawami z ciała i konfrontacja ze swoimi myślami to dla pacjentek najtrudniejsza część terapii. Skupienie na ograniczaniu jedzenia, objadaniu się czy wymiotach pozwala pacjentkom odwrócić uwagę, uniknąć stawiania czoła własnym myślom – generują one tak potężne emocje, że pacjentki nie widzą innego sposobu, jak tylko odwrócić swoją uwagę, zmęczyć ciało, żeby już nie odczuwać.

Dla zaburzeń odżywiania najbardziej charakterystyczne jest perfekcjonistyczne myślenie, pojawia się również postrzeganie wydarzeń w sposób czarno-biały („wszystko albo nic”) i umniejszanie znaczenia. W myśleniu tych pacjentek nie ma miejsca na błędy, porażki, odpuszczenie sobie: „Jeśli wytrzymam 5 dni bez jedzenia, jest w porządku, jeśli tylko 4 – jestem do niczego”, „Nieważne, że udało się wytrzymać tydzień bez wymiotów. Dziś nie dałam rady, jestem beznadziejna”, „Jeśli jestem silna, powinnam trzymać dietę”, „Jeśli przytyję kilogram, będę brzydka i gruba”. Do pracy z analizą myśli i emocji stosuje się tzw. dzienniczek objawów, w którym oprócz zapisu myśli i emocji związanych z jedzeniem znajduje się codzienny zapis posiłków. Taki zapis pozwala pacjentkom uświadomić sobie istotę problemu i prześledzić procesy, które składają się na powstawanie i rozwój objawów – dopiero wtedy dostrzegają, że odmawianie sobie jedzenia w ciągu dnia najczęściej kończy się wieczornym atakiem obżarstwa i wymiotów; że co drugi dzień objadają się czekoladą, choć są przekonane, że nie jedzą czekolady, bo jest na ich liście „produktów zakazanych”; że mają atak zawsze po wyjściu z pracy lub szkoły, wizycie u rodziców itd. Zapisy w dzienniczku są niezbędne do ustalenia konkretnych czynników zaburzenia i zmuszają pacjentów do konfrontacji z ich rzeczywistym funkcjonowaniem – pomagają

BULIMIA ATYPOWA – w zaburzeniu tym występują pewne objawy charakterystyczne dla bulimii, jednak całość obrazu chorobowego nie usprawiedliwia takiego rozpoznania. Stwierdza się na przykład nawracające epizody przejadania i nadużywanie środków przeczyszczających, ale bez istotnej zmiany wagi ciała, może też nie występować typowe, nadmierne zainteresowanie kształtem i wagą ciała.

zobaczyć, co naprawdę robią, a nie co wydaje im się, że robią.

Drugim filarem pracy poznawczo-behawioralnej jest nauka kontroli impulsów (objadania się/ograniczenia jedzenia/przeczyszczania), czyli rozpoznawania trudnych sytuacji, a w rezultacie – radzenia sobie z objawami. Ta część pracy skupia się na treningu rozpoznawania „dzwonków alarmowych” – sytuacji, w których wiadomo już, że chory może mieć trudność i odczuwać chęć ograniczenia jedzenia bądź objedzenia się i zwymiotowania. To również trenowanie różnych technik rozpraszania uwagi, dialogu ze swoimi myślami. Dla pacjentów przekonanych o swej niemocy odzyskanie poczucia kontroli, wpływu na swoje życie jest niezwykle ważne i motywujące. Pacjenci uczą się weryfikować swoje sposoby myślenia i interpretacji wydarzeń za pomocą tzw. eksperymentów behawioralnych, czyli wspólnie stworzonych i omówionych na sesji planów działania. Takie eksperymenty związane są głównie ze zmianą w zakresie zwyczajów żywieniowych (regulacja posiłków, rozszerzanie menu, stopniowe włączanie do diety produktów z listy „zakazanych”, spożywanie posiłków w towarzystwie,

zmniejszenie częstotliwości ważenia/mierzenia się itp.) oraz zmianą zachowań podtrzymujących objawy (odnowienie kontaktów, weryfikacja przekonań na temat swojego funkcjonowania w grupie i poza nią, wyrażanie emocji, wzmocnienie więzi z otoczeniem, analiza trudnych sytuacji związanych z komunikacją, ćwiczenie asertywności, wzmocnienie poczucia własnej wartości i więzi z własnym ciałem itp.).

Silniejsi grupą

Uczestnictwo w grupie nie rozwiązuje całości kłopotów pacjentów. Nie jest to magiczne miejsce, po opuszczeniu którego jest się zdrowym, a choroba odchodzi w niepamięć. Zdarzają się pacjenci, którzy po terapii grupowej świetnie radzą sobie sami – bez objawów. Inni potrzebują dalszej terapii, ale już mniej intensywnej, bo z grupy wychodzą zmienieni, silniejsi i bardziej świadomi, na czym polega choroba, jak z nią walczyć i z wiarą, że życie może wyglądać inaczej. Udział w grupie bywa dla niektórych pacjentów pierwszym w życiu pozytywnym doświadczeniem, kiedy poculi się ważni, widziani takimi, jacy są, rozumiani w przeżywanym bólu. Tak jak dziecko w trudnych chwilach tworzy reprezentację dobrej, kochającej matki, co pozwala na ukojenie w trudnych chwilach, tak niektórzy pacjenci przywołują w myślach więź nawiązaną z innymi pacjentami oraz z terapeutami i ona staje się dla nich bazą, do której mogą się odwołać w momentach zachwiania... 

ZUZANNA KASTELANIEC jest psychologiem. Pod kierunkiem Tomasza Wyrzykowskiego, Moniki Barwińskiej i Małgorzaty Zarzycznej odbywała staż w grupie pacjentów z zaburzeniami odżywiania w XX Oddziale Psychiatrycznym „Gawra” w Warszawie. Pracuje w Centrum Psychoterapii Mago, prowadzi warsztaty związane ze wspieraniem rozwoju osobowości i pracuje jako wykładowca akademicki na Wydziale Psychologii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania oraz w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej.

MAŁGORZATA ZARZYCZNA jest psychologiem, certyfikowanym terapeutą poznawczo-behawioralnym PTPB oraz seksuologiem. Prowadzi terapię indywidualną i par. Wykłada w SWPS oraz na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej i Polskiego Stowarzyszenia Integracji Psychoterapii.