

**ANOREKSJA, BULIMIA
- CHOROBY PSYCHICZNE XXI WIEKU**

Spis treści

Wstęp	2
Rozdział I Anoreksja	3
1.1 Przyczyny anoreksji.	3
1.2 Modele anoreksji	4
1.3 Wpływ na psychikę.	7
1.4 Rokowania w zaburzeniach anorektycznych.	8
Rozdział II Leczenie zaburzeń anorektycznych.	10
2.1 Biologiczne metody leczenia anoreksji.	10
2.2 Terapia poznawczo-behawioralna.	11
2.3 Terapia rodzinna.	12
2.4 Terapia skoncentrowana na ciebie.	13
Rozdział III Bulimia.	16
3.1 Przyczyny bulimii.	16
3.2 Efekt psychologiczny.	17
3.3 Rokowania w zaburzeniach bulimicznych.	18
Rozdział IV Sposoby leczenia bulimii.	20
4.1 Biologiczne metody leczenia bulimii.	20
4.2 Terapia poznawczo-behawioralna.	21
4.3 Psychoanalityczna terapia rodzinna.	22
Zakończenie	24
Bibliografia	25

Wstęp

Jeszcze na początku XX wieku w kulturze zachodu otyłość uważano za oznakę zdrowia i dostatku. Wystarczy spojrzeć na malarstwo tamtych czasów: obfite kształty kobiet Renaua; pulchne dzieci Cassatta; tęgie gruborękie w wieśniaczki Pissarra, zbierające widłami zboże w Eragny; tancerki Dogasa, którym obca była smukłość.

Co się stało w XX stuleciu z wizerunkiem ciała? Zarówno medycyna, jak i środki masowego przekazu twierdzą z pełnym przekonaniem, że tłuszcz jest zbędny i szkodliwy. Lekarze bezustannie przypominają, iż jeżeli utrzymamy w ryzach naszą wagę i będziemy dbać o rozwój mięśni – możemy zmniejszyć niebezpieczeństwo zachorowań na raka, nadciśnienie, cukrzyce i wiele innych plag współczesności.

Podczas powszechnego zwrotu w kierunku coraz szczuplejszego ideału pojawiły się dwa niepokojące zjawiska: procent dzieci otyłych w ciągu ostatnich dwudziestu lat uległ podwojeniu, a rozmiary występowania anoreksji i bulimii wśród nastolatków i ludzi rozpoczynających dorosłe życie osiągnęły punkt, w którym zaczyna się mówić o epidemii.

Zrozumienie, że problemy anoreksji, bulimii kompulsywnego jedzenia nie sprowadza się jedynie do kwestii pożywienia czy wagi i wymiarów ciała, choć tak by się mogło wydawać. Zaburzenia w przyjmowaniu pokarmu są nierozdzielnie związane z konfliktami wewnętrznymi. Jedzenie staje się po prostu formą walki z licznymi problemami natury psychologicznej, jakie trapią nastolatków i ludzi u progu dorosłości. U podłoża tych zaburzeń leżą problemy uczuciowe, naturalna w młodym wieku potrzeba określenia własnej tożsamości, negatywny obraz własnej osoby, paradoks jednoznacznego odczuwania miłości i nienawiści do swojej rodziny, rozwój seksualny oraz niektórych wypadkach, nieprawidłowości seksualne we wczesnym dzieciństwie.¹

¹ M. M. Jablow, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, s. 13-15.

Rozdział I Anoreksja

Pierwszym niepokojącym sygnałem anoreksji jest utrata kontroli nad odchudzaniem przejawiająca się przesuwaniem granicy pożądanej wagi w dół. Mimo chudości dziewczyna wciąż uważa, że nie jest jeszcze wystarczająco szczupła.

Z każdym dniem, każdym tygodniem trwania choroby coraz trudniej jest powrócić do normalnego jedzenia i normalnej wagi. Myśl, że może przytyć choćby kilka gramów zaczyna napawać ją przerażeniem i wzbudza paniczny lęk.

Pojawienie się anoreksji to nie jeden nagły punkt zwrotny, lecz długotrwały proces.

Anoreksja jest dość ciężką chorobą psychiczną i tak też powinna być traktowana. W praktyce oznacza to, że nie każda bardzo chuda osoba cierpi na anoreksję, ale też nie każda anorektyczka jest bardzo chuda. Błędem jest, zatem ocenianie stanu psychicznego tylko po masie ciała. Charakterystyczną cechą anoreksji jest to, że chore charakteryzuje znaczna rozbieżność pomiędzy uczuciami i myślami. Wiedzą, że są chude, słyszą, że wszyscy je tak oceniają, ale mimo to czują, że niektóre części ciała są za grube. Dotyczy to zwłaszcza brzucha i ud.¹

1.1 Przyczyny anoreksji.

Anoreksja budzi coraz większe zaniepokojenie, przyczyn powstania tak poważnych zaburzeń u nastolatków. Ze studiów nad rodziną oraz z badań nad bliźniętami, wynika, że rozwój anoreksji jest w znacznym stopniu uwarunkowany genetycznie. Jednakże w opinii wielu fachowców, źródeł anoreksji należy szukać w nie radzeniu sobie z napięciami związanymi z dojrzewaniem.

Powstrzymanie miesiączkowania, utrzymanie kościstej budowy charakterystycznej dla młodego wieku i opóźniony rozwój drugorzędnych cech płciowych to z pewnością efekt wygłodzenia. Hipoteza o problemach z dojrzewaniem znajduje poparcie w fakcie, że wiele dziewcząt cierpiących na anoreksję ma tendencje do ubierania się w dziecinny sposób. Być może w ten sposób ujawniają pragnienie pozostanie dziećmi. W analizach klinicznych lęk przed dorastaniem jest uważany za wspólną cechę chorych na anoreksję, jeśli choroba pojawia się przed czternastym rokiem życia, natomiast u starszych dziewcząt cierpiących na to schorzenie cechą dominującą jest pragnienie bycia szczupłą.

¹ <http://slimak.sciaga.pl/prace/prace/8866.htm>

Różnica ta znajduje odzwierciedlenie w reakcjach na terapię. U osób, u których problem pojawił się młodszym wieku najlepsze rezultaty daje terapia rodzinna, która skupia się na relacjach rodzinnych i procesie dojrzwania. Jeśli zaś problem pojawia się w późniejszym okresie dojrzwania, najczęściej można osiągnąć, stosując terapię indywidualną.

Niezależnie od źródeł problemu wiadomo, że ryzyko anoreksji jest większe w niektórych zawodach. Dotyczy to tancerzy baletowych, gdzie odsetek chorych jest znacznie wyższy niż u ogółu populacji, jak również modelek. Nie ma w tym nic dziwnego, jeśli wziąć pod uwagę ogromną presję na utrzymanie szczupłej figury i uniknięcia tycia. Warto się jednak zastanowić, czy te grupy doświadczają intensywniej tego samego, co każdy chory na anoreksję, czy mamy do czynienia z odmiennym mechanizmem powstawania zaburzenia – niezbędne do utrzymania dobrej formy zasady postępowania stają się na skutek przyzwyczajenia – celem samym w sobie. Zainteresowanie tym problemem jest tak powszechne, że z pewnością nie będzie trzeba długo czekać na odpowiedzi na podobne pytania.²

1.2 Modele anoreksji

Zaburzenia jedzenia należą do chorób, których liczna w ostatnich latach gwałtownie wzrasta. Wśród nich chorobą, jak się wydaje najlepiej poznaną, a przynajmniej najczęściej badaną, jest anoreksja.

Sposoby wyjaśnienia powstania zaburzeń składających się na anoreksję można podzielić na cztery grupy. Pierwszą stanowią czynniki biologiczne, drugą – cechy osobowości, trzecia grupa uwypukla wpływ czynników społeczno-kulturalnych, a czwarta, najmłodsza, upatruje przyczyn w funkcjonowaniu rodziny.

Wśród przyczyn biologicznych wymienia się najczęściej czynniki genetyczne, opierając się na badaniach częstości występowania anoreksji wśród rodzeństwa, a szczególnie wśród bliźniąt oraz bliskich krewnych. Sprawą sporną pozostaje sposób dziedziczenia: genetyczny czy kulturalny? Liczne badania wskazują na zaburzenia hormonalne, towarzyszące jadłowstrętowi psychicznemu, nie jest jednak sprawą jasną, czy są one pierwotne czy wtórne w stosunku do zaburzeń jedzenia. Ostatnim, czynnikiem biologicznym są zaburzenia opróżniania żołądka, który to proces jest regulowany przez mechanizmy zarówno neurologiczne, jak i chemiczne. Czynniki biologiczne w powstaniu anoreksji odgrywają niewątpliwie znaczącą rolę, trudność polega na tym, że wciąż brak przekonujących i metodologicznych w pełni poprawnych badań potwierdzających te hipotezy.

² J. Elliot, M. Place, *Dzieci i młodzież w kłopotcie*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne – Spółka Akcyjna, Warszawa 2000, s. 83-84.

Liczne są w literaturze próby opisanego czech osobowości chorych na anoreksję. Bruch zwraca uwagę na następujące u nich zaburzenia obrazu własnego ciała, percepcji i poczucia braku skuteczności własnego działania. Gollatin opisuje ich jako „modelarne” dzieci – posłuszne, współpracujące, perfekcjonistyczne, drobiazgowo, silnie związane z domem i prowadzące aktywny tryb życia. Orwid i Pietruszewski zwracają uwagę na lęk przed przybywaniem na wadze, poczucie kontroli nad popędami, silną koncentrację na tym, co dotyczy jedzenia i wyglądu. Bomba, Mamrot i Orwid wskazują na matowość nastroju, unikanie kontaktów z innymi, solidność, pilność, ambitność i skoncentrowanie się w życiowych planach na zdobyciu wykształcenia.

Wielu autorów zajmujących się zaburzeniami jedzenia podkreśla duży wpływ czynników społecznych i kulturowych. W świetle tych analiz staje się jasne, dlaczego choroba ta dotyczy przede wszystkim kobiet, do nich bowiem, w stopniu większym niż do mężczyzn, skierowane są wymagania dotyczące wyglądu, sprawności fizycznej, zdrowia, samokontroli i samodzielności. Współczesne społeczeństwo zasypuje kobiety hasłami typu: „być szczupłą = być seksowną = być wolną = być szczęśliwą”. Kobiety, które nie podporządkowują się tym wymaganiom są spostrzegane niemal jako chore. Jadłowstręt psychiczny można traktować jako krańcową formę realizacji norm kulturalnych, w których chore zaprzeczają swojej biologii (np. płodności), swoim prawą, potrzebą czy wreszcie własnemu ja, zyskując w oczach innych poczucie wartości i autonomię. Czynniki społeczno-kulturowe z pewnością odgrywają bardzo ważną rolę w powstaniu jadłowstrętu, co wskazuje fakt, iż nie wszystkie dziewczęta, poddane jej społecznej presji, zaczynają przejawiać objawy choroby.

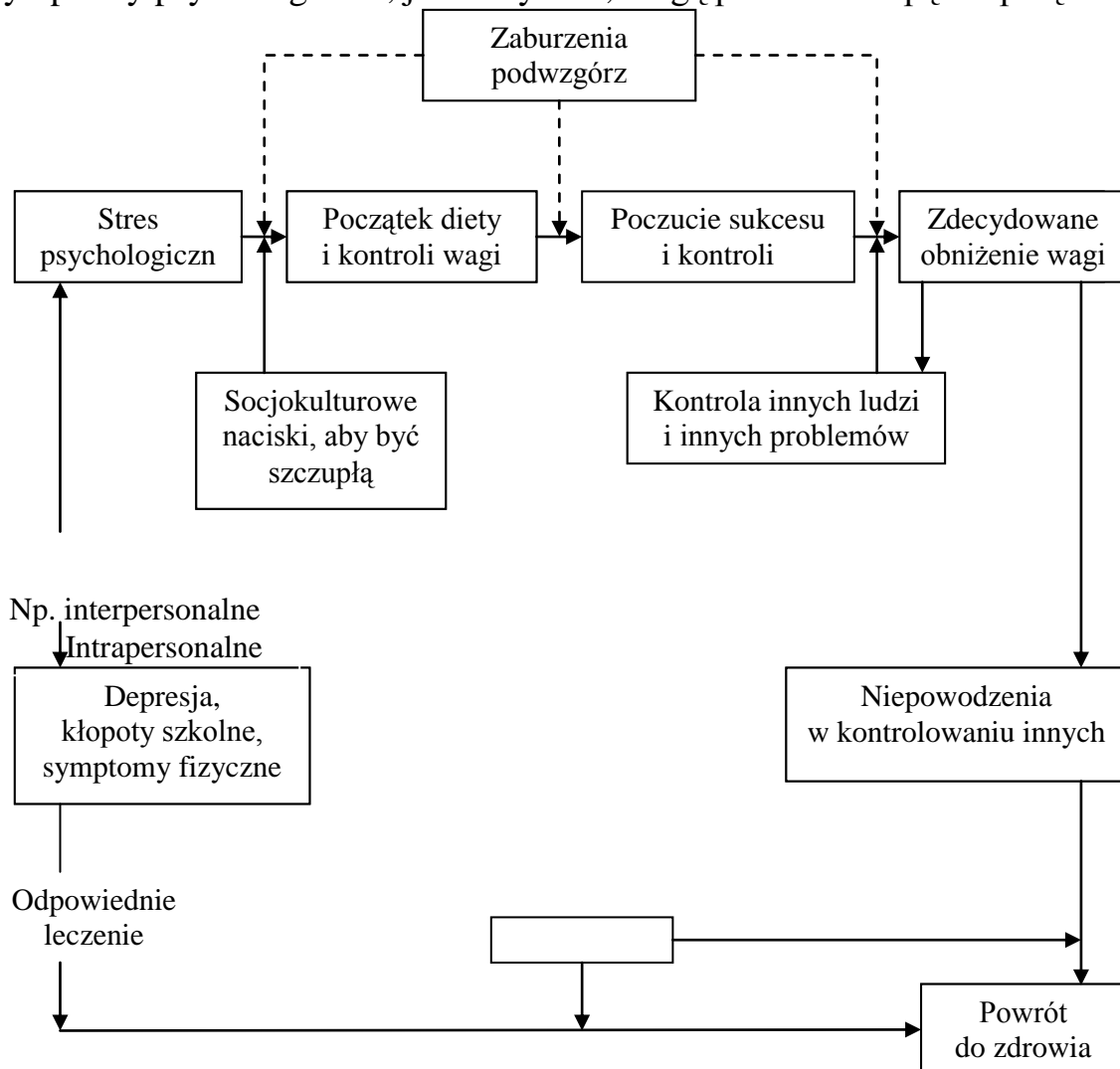
Rosman i Baker, zaliczają rodziny z pacjentem anorektycznym do grupy rodzin psychosomatycznych, opisując je jako: uwikłane, nad opiekuńcze, nieznające efektywnych sposobów rozwiązywania konfliktów, sztywne. Selvini Polazzoli powstanie anoreksji łączy z prowadzoną przez rodziców grą, polegającą na wzajemnym prowokowaniu się i umożliwieniu adekwatnej odpowiedzi.

Model anoreksji, który zaproponowali Lask i Bryant-Waugh [1986]. Analizując różne teorie, próbując wyjaśnić powstanie i rozwój zaburzeń jedzenia, sami widzą ich przyczynę w oddziaływaniu różnych czynników, które, nie zahamowane, doprowadzają do rozwoju choroby. Wzajemne oddziaływanie tych czynników przedstawia schemat (Rysunek 1.).

Konsekwencją zaistnienia takiego łańcuch wydarzeń jest zdecydowane obniżenie wagi ciała, charakterystyczne dla anoreksji. Model ten ujmuje również inne problemy, które są ujawnione obok tych bezpośrednio związanych z chorobą (np. depresja i kłopoty szkolne, symptomy fizyczne).

Inną propozycją jest model Slade’a, oparty na „analizie funkcjonalnej”, badaniach empirycznych i obserwacji klinicznej. W modelu tym autor koncentruje się nie tylko na wydarzeniach z przeszłości, które są

odpowiedzialne za chorobę, lecz również bierze po uwagę skutki zachowań jednostki w różnych stadiach rozwoju choroby. Skutki te, istnieją zarówno jako symptomy psychologiczne, jak i fizyczne, mogą powodować pętle sprzężeń



Rysunek 1. Możliwy łańcuch wydarzeń prowadzący do wzoru zdecydowanego obniżenia wagi.

zwrotnych lub popychać jednostkę do kolejnych etapów choroby. Takie podejście uwzględnia dynamiczne zmiany zachodzące pomiędzy jednostką a otoczeniem. Tym samym model ten wyróżnia się spośród innych, kładących nacisk przede wszystkim na czynniki poprzedzające występowanie choroby.

Punktem wyjścia w tym modelu jest rozpoczęcie diety i spowodowanych tym spadkiem wagi ciała. Za czynniki spustowe autor uważa specyficzne bodźce psychospołeczne. Rozpoczęcie diety jest pozytywnie wzmocnione przez poczucie sukcesu i sprawowania kontroli oraz negatywnie przez strach przed przybraniem na wadze i unikanie konfrontacji z innymi problemami. Jeśli wzmocnienia są wystarczające, dieta zostaje zaostrożona, co powoduje powstanie pętli sprzężeń zwrotnych. Spadek masy ciała wraz z zaburzeniami hormonalnymi prowadzi w końcu do pełno objawowej anoreksji.³

³ G. Iniewicz, *W stronę integracji podejść – modele anoreksji*, „Psychoterapia”, 1998 nr. 2, s. 29-34.

Podsumowanie

Podsumowując rozważania nad modelami, trzeba stwierdzić, iż ich autorzy podjęli się zadania niewątpliwie bardzo trudnego. Ujęcie w jedną całość czynników, z których część uwikłana jest we własną terminologię i swoisty dla danej koncepcji teoretycznej sposób rozumienia opisywanych zjawisk, nie należy do zadań łatwych. Polietiologiczne podejście do zaburzeń jedzenia wymaga jednak tworzenia takich modeli, bo służą one lepszemu zrozumieniu współdziałania różnych czynników.

1.3 Wpływ na psychikę.

Wyniszczająca głodówka może poważnie wypaczyć psychikę młodego człowieka. Głodowanie wywiera wielki wpływ na psychikę. Niedożywienie powoduje zmiany biochemiczne, które oddziałują na myśli, uczucia i zachowania. Typowymi objawami są rozdrażnienia albo apatia, ponieważ organizm zużył zapasy tłuszczu, łącznie z tymi, które znajdują się w mózgu. W związku z tym nastolatka staje się krnąbrna, nie przyznaje się do choroby i odmawia leczenia.

We wczesnym stadium anoreksji młode kobiety często mówią o nastroju euforii. Przypomina to jazdę wagonikiem szybkiej kolejki w lunaparku, kiedy to po momentach strachu i przerażenia przychodzi odprężenia i radość. Jest w tym element ekscytacji: „Nareszcie coś ode mnie zależy” – mówi do siebie dziewczyna, zmniejszając coraz bardziej racje żywnościowe i zwiększając obciążenie treningowe.

Niektóre dziewczęta mówią, że zatrzymani miesiączki daje im poczucie siły i panowania nad rzeczywistością. Są dumne z tego, że udaje im się odwrócić procesy biologiczne; mają do swojej dyspozycji „guzik”, z którego naciśnięciem zatrzymują swój organizm na etapie wieku dziecięcego, opóźniając tym samym wejście w tajemniczy, niepewny i niebezpieczny świat kobiecości.

Początkowa euforia często przechodzi w poczucie wyższości moralnej. Aby czuć się tak samo wartościowa jak koleżanki, dziewczyna cierpiąca na anoreksję musi stać się „lepszą”. Sądzi, że jeżeli potrafi im sprostać, będzie się „nadawała”. Ostry reżim nałożony na jedzenie i wagę ciała daje jej poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości.

Pod powierzchnią euforii i poczucia wyższości czai się strach. W miarę jak dziewczyna traci na wadze, coraz bardziej się lęka, czy nie je za dużo. „Jeżeli opuszczę sobie dietę choćby na sekundę, choćby dla jednego krakers, stracę nad wszystkim kontrolę, zacznę objadać się jak świnia” – mówi sobie.

Dlatego wciągnie dojada, zabezpieczając się w ten sposób na wypadek, gdyby chciała ulec pokusie. Choćby wygląda to na paradoks, jej przywiązanie do głodowania zostaje wzmocnione zarówno fizjologicznie, jak i psychologicznie.

Od czasu do czasu osoba cierpiąca na anoreksję urządza sobie wielką ucztę – wielką według własnego, wypaczonego mniemania. Jest to po prostu reakcja organizmu na głodówkę. Kiedy się obje, może próbować doprowadzić na powrót niesforne ciało do właściwych kształtów za pomocą środków przeczyszczających lub moczopędnych, pigułek dietetycznych albo intensywnych ćwiczeń fizycznych.

Miejsce euforii może w końcu zająć depresja, inny efekt niedożywienia, im większa strat na wadze i im dłużej choroba jest nie leczona, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się depresji. Dziewczyna rozpaczliwie trzyma się tej formy niezależności, jaką zapewniła sobie dzięki głodówce i reżimowi treningowemu, i coraz bardziej się boi, że ją utraci. Prześladowuje ją myśl, że jeżeli upadnie choć jedna cegła z budowli, na której oparła i zorganizowała swoje życie, to wszystko się zawali i świat pograży się w chaosie i przypadkowości. Im dłużej trwa anoreksja, tym bardziej dziewczyna staje się niespokojna, przygnębiona i przerażona. Nie tylko jej ciało jest wycieńczone i wyczerpane, ale i jej wola prowadzi nieustającą walkę z samą sobą.⁴

1.4 Rokowania w zaburzeniach anorektycznych.

Jak często występuje anoreksja? Różne badania podają różne dane – od jeden na osiemset, nawet od jednej na sto dziewcząt między 12 a 18 rokiem życia. Jedną z przyczyn tych rozbieżności może być fakt, że badania prowadzono w rozmaitych grupach społecznych. Anoreksja częściej występuje w rodzinach z klasy średniej; stąd wyniki badań prowadzonych wśród dziewcząt w szkołach publicznych całego kraju będą niższe niż obejmujące dziewczęta uczęszczające do prywatnych i państwowych szkół średnich.

Stopień śmiertelności – na skutek powikłań zdrowotnych albo samobójstw – należy do najwyższych pomiędzy zaburzeniami psychicznymi. Ocenia się, że około 2-5% osób z chroniczną anoreksją popełnia samobójstwo. Według innych badań śmiertelność wynosi 5-18%. Są podstawy, by sądzić, że istnieje związek między stwierdzonym stopniem śmiertelności, a długości okresu, podczas którego dany pacjent znajdował się w orbicie zainteresowań placówek medycznych. W badaniach, które śledziły rozwój choroby u danych pacjentów przez ponad dziesięć lat, stopień śmiertelności wynosi 10% i więcej.

Pomimo tych ponurych statystyk musimy wiedzieć, że wcześniej rozpoczęte, intensywne leczenie, połączone z psychoterapią, może przynieść dobre rokowania.

⁴ M. M. Jablow, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, s. 50-52.

John Sorqend ze Szpitala Dziecięcego w Filadelfii mówi: „Jeżeli leczenie rozpocznie się w pierwszym roku trwania choroby i będzie ono połączone z odpowiednią terapią rodzinną i indywidualną, to w czterech przypadkach na pięć kończy się powodzeniem.

Jeżeli leczenie rozpocznie się po roku trwania choroby, to jedna osoba na dwie wyzdrowieje, a u tej drugiej objawy choroby przybiorą postać chroniczną. Po dziesięciu latach około 10-15% tych, którzy nie rozpoczęli leczenia po roku trwania choroby i u których przybrała ona postać chroniczną, umiera na anoreksję”.

Te statystyki podkreślają jeszcze bardziej znaczenie jak najwcześniej rozpoczętego intensywnego leczenia. Anoreksja ma to do siebie, że sama siebie potęguje. Im szybciej wykryje się tą chorobę i zacznie zwalczać, tym lepsze są rokowania.⁵

⁵ S. Abraham, D. Llewellyn-Jones, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Wyd. PWN, Warszawa 2001, s. 52-54.

Rozdział II Leczenie zaburzeń anorektycznych.

Zaburzenia zachowań żywieniowych i problemy nadwagi stały się przedmiotem licznych zabiegów terapeutycznych odwołujących się do różnych modeli ich rozumienia. W praktyce jednak leczenie rzadko ogranicza się do jednej metody. Zależnie od potrzeby sięga się –kolejno lub równolegle – do różnych technik terapeutycznych.¹

2.1 Biologiczne metody leczenia anoreksji.

Leczenia biologiczne anoreksji ma charakter oddziaływania objawowego i składa się z następujących elementów:

- Terapii ratującej życie przeciwdziałającej odwodnieniu, zaburzeniom elektrolitowym i wyniszczeniu,
- Restytucji wagi,
- Farmakoterapii wspomagającej,
- Leczeniu i przeciwdziałaniu późnym powikłaniom anoreksji.

Na pierwszym etapie w zależności od stwierdzonych zaburzeń elektrolitowych czy odwodnieniu chore powinny otrzymywać albuminy, plazmę, krew, płyny elektrolitowe.

Wchodzące w skład etapu pierwszego przeciwdziałanie wyniszczeniu, oraz restytucji wagi stanowią element leczenia dietetycznego.

Przeciwdziałanie wyniszczeniu ma na celu poprawę zagrażającego życiu stanu somatycznego pacjenta. Restytucja wagi prowadzona jest u pacjenta, który pierwszy etap leczenia ma za sobą i w mniejszym lub większym stopniu współdziała z osobą prowadzącą leczenie dietą, negocjując z nią warunki tego leczenia.

W okresie początkowym dieta przyjmowana przez pacjenta z zaburzeniami odżywiania zawierać powinna średnio około 1200-1500 kalorii dziennie i być zwiększana o około od 500 do 750 kalorii dziennie aż do wartości 3500 kalorii dziennie. Tygodniowy przyrost wagi ciała pacjentów powinien przynosić od 0,5 do 1,5 kg.

Dieta powinna być początkowo ubogotłuszczowa i ubogolaktazowa w celu przeciwdziałania początkowym zaburzeniom gastroenterologicznym spowodowanym odżywianiem wyniszczonego i odwykłego od prawidłowej podaży pokarmów organizmu. Waga do której się dąży, nie powinna przekraczać 80-95% wagi odpowiedniej dla wieku, wzrostu i budowy ciała.

¹G. Apfeldorfer, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Wyd. Domino „Książnica”, Katowice 1999, s. 56.

Błędne taktowanie anoreksji jako choroby związanej z zaburzeniem poczucia łaknienia skłania niektórych klinicystów do stosowania leków „pobudzających apetyt”. Brak apetytu nie jest jednak stałym objawem choroby, a dla niektórych pacjentów w początkowym okresie choroby głód może być wręcz dokuczliwy.

W wypadku pojawienia się u pacjentów stanów lękowych, bezsenności czy zmian nastroju rozważyć należy włączenie stosowanych leków anksjolitycznych czy przeciwdepresyjnych. Ich wpływ na przebieg schorzenia jest jednak pośredni i statystycznie niewielki.

U pacjentek, u których nie dochodzi do powrotu miesiączki mimo uzyskania prawidłowej wagi ciała, wskazane jest przeciwdziałanie hipogonadyzmowi odpowiedzialnemu pośrednio za wiele groźnych powikłań zdrowotnych. Metodą znaną od dawna są krótkotrwałe i kilkumiesięczne terapie estrogenowo-progesteronowe. Metodą nowszą jest pulsacyjne podawanie za pomocą mikropompy syntetycznego analogu neurohormonu LH-RH. W metodzie tej ważne jest ustalenie odpowiedniej dawki skorelowanej z właściwą dla danego wieku aktywnością endokrynną podwzgórza, gdyż podanie dawki za dużej może mieć skutek paradoksalny.

W wypadku powiązanych z zaburzeniami hormonalnymi powikłań kostnych i z uwagi na dyskutowaną możliwość samoistnego ich odwrócenia, oprócz terapii estrogenowo-progesteronowej konieczne może być stosowanie preparatów wapnia, fosforantów oraz w ograniczonym zakresie fluorków.

Terapia hormonalna powinna być stosowana po normalizacji ciężaru ciała, i jak się wydaje, w połączeniu z psychoterapią. Powrót miesiączki przed poprawą funkcjonowania psychologicznego może mieć dla pacjentek efekt wręcz traumatyzujący.²

2.2 Terapia poznawczo-behawioralna.

Metod terapii poznawczo-behawioralnej wymaga współpracy chorego. W wypadku pacjentów z anoreksją często brak jest takiej współpracy, mimo iż w terapii poznawczo-behawioralnej anoreksji stosuje się wiele należących do tego podejścia technik, to w początkowym okresie terapii najczęściej stosowane są oparte na zasadach warunkowania sprawczego behawioralne techniki wzmocnień pozytywnych, negatywnych oraz wygaszania wzmocnień.

Techniki oparte na klasycznym warunkowaniu podejmowane są najczęściej u pacjentów wyciszonych lub mających znaczne ubytki wagi. Chory staje się odizolowany od rodziny. Pozwala to ograniczyć możliwość interakcyjnych wzmocnień przez oddanie pacjenta w całkowitą „władzę” lekarza prowadzącego oraz spowodować wdrażanie kolejnych technik. Pacjent

² M. Pilecki, *Biologiczne metody leczenia zaburzeń odżywiania się*, [w:], Anoreksja i bulimia psychiczna, B. Józefik (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999 s. 122-124.

poddany zostaje ścisłemu reżimowi, w którym przyrost wagi jest „nagradzany”, a jej strata „karana”. Nagradzające wzmocnienia pozytywne znajdują swój wyraz najczęściej w technice „polityce żetonów”. W miarę poprawy pacjent dostępuje pewnych ustalonych z góry „przywilejów”:

- Może otrzymać list lub go wysłać,
- Może dzwonić do rodziny,
- Mogą odwiedzać go znajomi,
- Może uzyskać przepustkę,
- Może zmienić sobie dietę ze szpitalnej na bardziej mu odpowiadającą,
- Może pozostać tylko pod kontrolą ambulatoryjną.

Do wzmocnień awersyjnych zalicza się najczęściej:

- „karę łóżka” – u pacjentów prowokujących wymioty lub wykonujących ćwiczenia fizyczne po jedzeniu zastosowany zostaje po posiłkach przymus pozostawania w łóżku lub nawet związany ze stosowaniem kaftana bezpieczeństwa przymus bezpośredni,
- „kara zakazu wstępu do łazienki” – u pacjentów, u których podejrzewa się stosowanie wymiotów, wprowadza się zakaz przebywania w łazience przez okres dwóch godzin po posiłku,
- „kara odebrania przywilejów” – odebranie już zdobytych przywilejów w wyniku niestosowania się do poleceń lub spadku wagi.

Pomiar wagi pacjenta odbywa się codziennie o ustalonej godzinie, najczęściej rano. W wypadku częstych wahań masy ciała w planowaniu strategii terapeutycznych bierze się pod uwagę średnią z trzech dni lub, co trzeci wynik.

W wypadku występowania u pacjenta poprawy stanu somatycznego i psychicznego osoby prowadzące terapię dążą do ustanowienia więzi terapeutycznej, zwykle we wcześniejszym okresie nieosiągalnej. Wtedy też podejmowane są inne techniki poznawczo-behawiorystyczne oraz odmienne rodzaje psychoterapii indywidualnej, rodzinnej i grupowej. Mimo postawienia rozpoznawania anoreksji w terapii poznawczo-behawioralnej jadłowstrętu psychicznego stosowane są też procedury wypracowane w leczeniu fobii i zachowań kompulsyjnych.³

2.3 Terapia rodzinna.

Terapia rodzinna prowadzona jest zazwyczaj w trybie ambulatoryjnym. Konieczny jest taki stan somatyczny pacjenta, który nie stanowi zagrożenia dla

³ M. Pilecki, *Podstawy terapii poznawczo-behawioralnej zachowań odżywiania się*, [w:] Anoreksja i bulimia psychiczna, B. Józefik (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 133-134.

jego życia. Precyzyjne ustalenia zasad, na jakich będzie prowadzona opieka somatyczna, jest ważnym aspektem kontraktu terapeutycznego.

Większość terapeutów już w trakcie przyjmowania zgłoszenia wstępnego stawia pierwsze hipotezy na temat kontekstu rodzinnego i społecznego, w jakim pojawiły się objawy. Rodzina podaje w niej podstawowe informacje na temat problemu. Istotne jest to, kto zgłasza problem, kto zamierza wziąć udział w spotkaniu. Uzyskuje się w ten sposób informacje na temat „systemów problemowych”, tzn. innych osób włączonych w rozwiązywanie problemów. Najczęściej na pierwsze spotkanie zapraszana jest rodzina – nuklearna – rodzice i rodzeństwo pacjenta lub inne osoby mieszkające razem.

Sesje terapeutyczne odbywają się z różną częstotliwością – w pierwszym okresie terapii co 2 tygodnie, później rzadziej – raz na 3-5 tygodni. Jest to oparte na założeniu, że rodzina powinna mieć czas na zmiany, jakich chciałaby dokonać.

Proces terapii przebieg w kilku fazach. Początkowo więcej uwagi poświęca się objawom pacjenta i sposobom, w jakie rodzina radzi sobie z trudną sytuacją. Znaczącym aspektem tej fazy jest zmniejszenie poczucia winy rodziców zazwyczaj przeżywanego przez nich w związku z chorobą dziecka. W tej fazie terapii ważne jest zwracanie uwagi na uczucia, jakich rodzina doświadcza w związku z leczeniem, jego celem i przebiegiem.

W następnym okresie terapii pracuje się nad problemami związanymi z aktualną strukturą rodziny, wzrostami komunikacji oraz przekaraniami płynącymi z przekazów pokoleniowych. Konstruowany jest genogram rodziny ułatwiający poznanie różnorodnych wzorów relacji. Możliwa jest praca w subsystemach, w tym – w subsystemie rodziców.

Indywidualne spotkania z pacjentem w końcowej fazie terapii mogą być korzystne dla przyspieszenia procesu uzyskiwania niezależności, poprawy obrazu siebie, zwiększenia poczucia własnej wartości i sprecyzowania celów życiowych.⁴

Podsumowanie

Systemowa terapia rodzin jest jedną z podstawowych metod leczenia zaburzeń odżywiania się w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W terapii osób dorosłych jakkolwiek jej stosowanie jest ograniczone, spotkania rodzinne mogą być wskazane w przypadku osób mieszkających z rodziną pochodzenia. Dla osób posiadających własne rodziny zalecane jest, obok innych form pomocy, terapia lub konsultacja małżeńska.

2.4 Terapia skoncentrowana na ciebie.

⁴B. Józefik, R. Ułasińska, *Terapia rodzin zaburzeń odżywiania się*, [w:] Anoreksja i bulimia psychiczna B. Józefik (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 140-141.

Jednym z istotnych objawów anoreksji jest lęk przed przytyciem oraz zaburzona percepcja i nieprawidłowe przeżywanie schematu budowy i funkcjonowanie ciała. Pacjentki nawet ekstremalnie wychudzone wyrażają przekonanie, że są grube i że tak postrzega je otoczenie.

Terapia skoncentrowana na ciebie korzysta ze wszystkich form psychoterapii, których celem jest poprawa psychicznego funkcjonowania poprzez pracę z ciałem. Odwołuje się do podejścia behawiorystycznego, poznawczego i psychodynamicznego. Jej celem jest:

- zbudowanie realistycznego obrazu ja,
- ograniczenie nadaktywności, impulsywnego ćwiczenia, rozwijania umiejętności radzenia sobie z napięciem poprzez korzystanie z technik relaksacyjnych,
- rozwijanie umiejętności społecznych poprzez poprawę samooceny, trening asertywności,
- rozwijanie zdolności przeżywania przyjemności związanych z własnym ciałem.

Realizacja tych zadań oparta jest na wykorzystaniu rozmaitych technik, wśród których należy wymienić relaksację i ćwiczenia oddechowe, masaże, odgrywanie ról, techniki oparte na tańcu i ruchu, trening zwiększający świadomość percepcji zmysłowej, wizualizację, trening zwiększający percepcje ja.

Wśród technik relaksacyjnych stosowany jest trening autogenny Schultza, metod progresywnej relaksacji Jacobsona, a także techniki medytacyjne, takie jak joga.

Odgrywanie ról ma pogłębić emocjonalne przeżywanie przez uczestnictwo w grupie. Kontakt z innymi pacjentami w sytuacji niewerbalnej komunikacji. Ułatwia to wyrażanie doświadczanych w przeszłości konfliktów. Stosuje się dwie formy ćwiczeń. W pierwszej o nazwie „dublowanie” terapeuta lub inny pacjent imituje postawę, pozycję pacjenta. Ćwiczenie to jest nastawione na zwiększenie świadomości tego aspektu funkcjonowania ciała pacjenta. Następnie pacjenta ćwiczy rolę „jestem szefem” poprzez postawę ciała, gesty, sposób poruszania się. Drugi typ ćwiczeń to „odwrócenie ról”. Zadaniem pacjenta jest przedstawienie, poprzez odwołanie się do technik niewerbalnych osoby realnej lub wyobrażonej. Technika ta pogłębia świadomość ja, sprawdza na ile pacjent adekwatnie spostrzega inne osoby, pozwala także ćwiczyć nowe zachowania w bezpiecznym środowisku.

Zadaniem technik opartych na tańcu i ruchu jest zwiększenie zdolności do wyrażania uczuć smutku, zaleźności, wstydu, złości, bezpieczeństwa i radości. Pacjenci są zachęceni do używania swojego ciała jako środka ekspresji. Wykorzystuje się ćwiczenia rytmiczne, elementy aerobiku, tańca ludowego i etnicznego oraz pantomimy.

Trening zwiększający świadomość percepcji zmysłowej (intercepcji) nastawiony jest na rozpoznawanie wewnętrznych doznań, co ułatwić ma proces identyfikowania przeżywanych uczuć. Poprzez delikatny dotyk pacjent może doświadczać granic swojego ciała. Obrysowywanie ciała, „podróż wokół ciała”, jest dotykowym ćwiczeniem eksplorującym zewnętrzną istotę ciała poprzez odczuwanie granic swojej cielesności. Zwiększenie świadomości wewnętrznej percepcji dotyczy procesu oddychania, bicia serca, doznań związanych z odczuwaniem głodu, zmęczeniem. Podczas „podróży w głąb ciała” pacjent jest proszony o wyobrażenie sobie kolejnych etapów wędrówki w głąb własnego ciała i relacjonowanie uczuć, jakie temu towarzyszą.

Trening zwiększający percepcję ja i percepcję ciała oparty jest na ćwiczeniach wykorzystujących lustro i nagrania wideo. W ćwiczeniach z lustrem pacjent jest zachęcany do przyglądania się sobie. Pomaga to w kształtowaniu bardziej stabilnej, zintegrowanej reprezentacji ciała, wpływa na zdolność oceny jego wielkości.⁵

⁵ B. Józefik, *Inne formy terapii*, [w:], Anoreksja i bulimia psychiczna, B. Józefik (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 151-153.

Rozdział III Bulimia.

Do nie dawna uważano, że bulimia psychiczna jest częścią anoreksji psychicznej, ponieważ obserwowano, iż około 40% pacjentek z anoreksją okresową traci panowanie nad sobą i niepohamowanie się objada. Obecnie uważa się bulimię psychiczną za oddzielną jednostkę chorobową, która jednak ma wiele cech wspólnych z anoreksją. Bywa też, że u niektórych pacjentek z bulimią rozwija się anoreksja. Częstość bulimii w populacji nastolatek i młodych kobiet, jest nieznana. Wcześniejsze szacunki oparte na bardziej liberalnych kryteriach mówiły o 3-7%. Prawdziwa częstość może być wyższa, ponieważ rozpoznanie choroby możliwe jest tylko u tych kobiet, które zwracają się o pomoc. W przeszłości większość osób poddających się napadom bulimii otrzymywała pomoc dopiero ze względu na nadmierny przyrost lub ubytek wagi, albo z powodu próby samobójstwa. Teraz, dzięki artykułom w czasopismach kobiecych, wiele kobiet cierpiących na bulimię zwraca się w czasopismach o pomoc wcześniej.

3.1 Przyczyny bulimii.

Napady bulimii zwykle zaczynają się między 15 a 24 rokiem życia, po okresie zwiększonej troski o swoją sylwetkę, wagę, podczas którego kobieta postanowiła odchudzić się stosując dietę, albo przynajmniej „pilnować swojej wagi”. Ponad 90% chorych na bulimię mówi, że nawet przed wystąpieniem choroby był czas, kiedy przejadały się, a po tym, starają się nie przytyć, stosowały rygorystyczną dietę. Niektórym udało się przez jakiś czas kontrolować swoją wagę sensowną dietą odchudzającą i osiągały całkiem zadowalające wyniki. U innych pożądany ubytek wagi nie następował, mimo stosowania postów i „modnych” lub „zwariowanych” diet.

Kobieta taka staje się przesadnie troskliwa o swoją sylwetkę i wagę, co prowadzi ją do okresów bardziej rygorystycznego odchudzania się, z epizodami niepohamowanego przejadania się, gdy chwilowo traci panowanie nad ilością spożywanego jedzenia.

Początek bulimii psychicznej może być związany ze stresami, które nie mają związku z troską o swoją sylwetkę lub wagę. Kłótnia domowa, choroba albo śmierć bliskiej osoby, stres związany z egzaminami, zmiana pracy, rozpad związku, rozwód lub ciąża, mogą spowodować pierwszy napad bulimii. Charakter wydarzenia ma związek z wiekiem kobiety. Problemy rodzinne lub niemożność wyzwolenia się spod kontroli rodziców są najczęstszymi przyczynami, jeżeli mówimy o nastolatkach; problemy małżeńskie i trudności we wzajemnych stosunkach z bliskimi osobami występują najczęściej, jeśli kobieta ma więcej niż 20 lat. Wiele kobiet cierpiących na bulimię psychiczną

ma normalną osobowość bez oznak psychopatii, ale niektóre pacjentki mają zaburzenia osobowości powodujące trudności w życiu codziennym. Nie wiadomo dokładnie, czy cechy charakteru osób poddających się napadom bulimii mają związek z ich chorobą, ponieważ te same cechy występują również u kobiet, które nie zapadają na bulimię.

Jest bardzo ważne, aby sobie uświadomić, że problemy lub stresy, które przyczyniły się do wywołania początków bulimii, mogą być zupełnie inne od tych, które występują podczas trwania choroby. Fakty te mogą odgrywać rolę w wyborze sposobów postępowania.¹

3.2 Efekt psychologiczny.

Bulimia wywiera różnorodny wpływ na psychikę. Najpierw jednak należy wspomnieć o rzeczy optymistycznej: bulimik nie popada w stany apatii albo rozdrażnienia, ponieważ w przeciwieństwie do wycieńczonego anorektyka nie zużywa zapasów tłuszczu z mózgu i całego organizmu. Najprawdopodobniej z tego właśnie powodu jest też mniej krnąbrny od anorektyka i łatwiej namówić go na leczenie. Wiele bulimików przyznaje się do swojej choroby przed samym sobą. Zdają sobie sprawę, że potrzebują pomocy.

Kiedy objadanie się i przeczyszczanie jest częste i utrwalane, osoba cierpiąca na bulimię nagle dostrzega, że całe jej życie obraca się wokół jedzenia – co ma być „podane” na następną ucztę, kiedy i jak ją zorganizować, aby nikogo nie było w pobliżu. Cykl objadania i przeczyszczania staje się podstawą organizacji każdego dnia.

Bulimik sprawia często wrażenie osoby towarzyskiej, w rzeczywistości czuje się bardzo samotny. Pod pogodnym uśmiechem kryje się rozczarowanie i ogromne wysiłki zatajenia dziwacznych i zupełnie, jak uważa, niespotykanych objawów. Niektórzy sądzą, że są jedynymi, którzy postępują w ten sposób i to sprawia, że czują się wybrykami natury; dla innych natomiast „dziwaczne” zachowanie jest źródłem poczucia dumy z własnej wyjątkowości.

W przeciwieństwie do dziewczyny chorującej na anoreksję, które niekiedy odsuwa od siebie kobiecość, zatrzymując miesiączkę i utrwalając sylwetkę dziecka, jej rówieśniczka cierpiąca na bulimię może przeżywać rozterki, co do pozycji kobiety we współczesnym społeczeństwie. Niekiedy bywa zawziętą feministką, walczącą o równość i niezależność. Zarazem jednak pragnie bliskich związków z innymi ludźmi, chce być przez nich akceptowana, co może prowadzić do flirtów, a czasem nawet do rozwiązłości. Tak, więc możliwości stwarzane przez feminizm są mieczem obusiecznym – sprawiają, że młoda kobieta czuje przerażenie i ma zamęt w głowie.

¹ S. Abraham, D. Llewellyn-Jones, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Wyd. PWN. Warszawa 2001, s. 121-124.

Wielu chorych na bulimię mówi, że w czasie objadania się traci zupełnie panowanie na sobą. Odczuwają takie nieprzeparne pragnienie obżerania, jakby rządziła nimi jakaś zewnętrzna siła. Gdy tylko uczta się zaczyna, osoby cierpiące na bulimię „znajdują się w jakimś bajkowym kraju... jakby były pijane... w odrętwieniu... nic się nie liczy poza pochłanianym pożywieniem”.

Niektórzy mówią o uczuciu „ekstazy” towarzyszącym utracie panowania nad sobą i kapitulacji przed jedzeniem. W przeciwieństwie do anoreksji, w której usiłuje się zaprowadzić sztywną, obwarowaną karami kontrolę nad zachowaniem własnym i innych, bulimia rozkwita w atmosferze braku kontroli. Napływa wielka fala obżarstwa i chory na bulimię zatracą się w niej bez reszty.

Według DSM-III-R bulimii bardzo często towarzyszy przygnębienie. Lekarze zaobserwowali również takie jej cechy, jak impulsywność i zmienność nastrojów. Osoby cierpiące na bulimię prawdopodobnie odczuwały bezradność, niezdolność zapanowania nad własnym zachowaniem na długo przed tym, zanim wystąpiły pierwsze objawy choroby. To poczucie bezradności i braku kontroli przyczynia się do powstania bardzo niskiej samooceny, tworząc w ten sposób błędne koło.

Niektórzy bulimicy są nałogowcami uzależnionymi od środków uspokajających: amfetaminy, kokainy czy alkoholu. Badania wykazują, że aż 50% kobiet cierpiących na bulimię popada dodatkowo w nałóg. W wypadkach nadużywania alkoholu problem jest szczególnie złożony, ponieważ wzmacnia on bulimię. Kobieta pije, martwi się kaloriami zawartymi w alkoholu, boi się utyc i mówi sobie: „Może nie powinnam jeść”. Po czym jednak je na skutek obecności alkoholu w organizmie, wymiotuje więcej, niż zjadła. Natomiast amfetamina czy kokaina zastępuje przeczyszczanie: na kilka dni wypierają poczucie głodu.

3.3 Rokowania w zaburzeniach bulimicznych.

Bulimia przybiega w ukryciu, trudno ocenić precyzyjnie częstość zachorowań. Badania nad nią zaczęły się nie dawno i są w toku; dostępne wyniki różnią się między sobą znacznie i nierzadko dotyczą wąskich grup ludności. Pochodzące z roku 1980 badanie studentów pierwszego roku wskazuje, że około 4,5% dziewcząt i około 0,5% chłopców miało w swym życiorysie, co najmniej pojedyncze doświadczenie z bulimią. Wydaje się też, iż częstotliwość występowania tej choroby wzrasta, choć z uwagi na jej nie jawny charakter trudno ocenić rozmiary tego zjawiska.

Podczas gdy anoreksja zaczyna się zazwyczaj w nieco młodszym wieku (między 11-19 rokiem życia), bulimia bardzo często zyskuje cechy trwałych zaburzeń dopiero u kobiet około 20 roku życia.

Rokowania w wypadku bulimii są tym lepsze, im wcześniej rozpocznie się leczenie tym lepiej dla pacjentek. Niestety, większość dotkniętych nią osób

zaczyna się leczyć dopiero po upływie 2-5 lat od czasu rozpoczęcia choroby. Potrzeba zazwyczaj około dwóch lat, aby objawy bulimii przybrały postać alarmującą, kiedy to zaczynają żyć własnym życiem. Przez sześć miesięcy do roku zachowania właściwe bulimii nie są regularne i dana osoba panuje nad nimi, objada się i przeczyszcza wtedy, kiedy ma na to ochotę, więc nie zauważa problemu. Jednak po upływie mniej więcej roku sprawa wymyka się spod kontroli i chory zaczyna rozumieć, że sytuacja jest poważna.

Jeżeli bulimia trwa 3-5 lat, to trudno ją przerwać bez silnego zaangażowania chorego w proces terapeutyczny. Problem w postępowaniu z takimi osobami wynika stąd, że bezpośrednie skutki tej choroby nie wydają się specjalnie przerażające.

Według niektórych badań leczenie jest skuteczne w 22-25% przypadków, kiedy to symptomy choroby ustają i nigdy nie powracają. U pozostałych osób bulimia, leczona czy nie, potrafi ciągnąć się latami. Najczęściej jednak jest tak, że dana osoba, już wyleczona, powraca do starych nawyków, szczególnie w momentach stresu albo dużych zmian życiowych.²

² M. M. Jablow, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, s. 66-70.

Rozdział IV Sposoby leczenia bulimii.

Znaczna różnorodność w zachowaniach osób poddających się napadom bulimii, zmiany, które zachodzą w danej osobie po pewnym czasie, objawy związane z poddaniem się tym napadom oraz ich możliwe skutki wskazują, że leczenie musi być dostosowane do potrzeb indywidualnych pacjentki i powinno oddziaływać na unormowanie jej burzliwego sposobu odżywiania się. Przed zaproponowaniem leczenia trzeba przeprowadzić ocenę dotychczasowego przebiegu zaburzenia oraz stanu zdrowia fizycznego chorej tak, aby można było uwzględnić jej specyficzne potrzeby.

Leczenie jest zwykle nastawione na zmianę zachowań chorej związanych z jedzeniem, jej wypaczonego stosunku do swojej sylwetki i wagi oraz na udzielenie jej pomocy w rozwiązywaniu innych, konkretnych problemów, które może mieć. Istnieje nadzieja, że przez rozmawianie z chorą o jej problemach, przez sugerowanie, by notowała swoje odczucia i myśli, żeby móc potem o nich dyskutować, można będzie jej pomóc w przezwyciężaniu choroby. Założenie jest takie: jeśli osoba zacznie myśleć inaczej, będzie inaczej się zachowywać. Psychiatrzy nazywają takie podejście do leczenia terapią poznawczo-behawioralną. W niektórych przypadkach potrzebna będzie terapia rodzinna.¹

4.1 Biologiczne metody leczenia bulimii.

Leczenie biologiczne bulimii składa się z następujących elementów:

- leczenie stanów zagrożeń życia i powikłań bulimii,
- farmakoterapii lekami przeciwdepresyjnymi.

W pierwszym z wymienionych zagadnień w wypadku bulimii chodzi przede wszystkim o przeciwdziałanie skutkom wymiotów oraz przyjmowania leków przeczyszczających i odwadniających.

W wielu podwójnie ślepych testach klinicznych z zastosowaniem leków przeciwdepresyjnych wykazano, że mają one z kilkanaście do kilkudziesięciu procent większą skuteczność w obniżaniu ilości epizodów objadania się niż placebo.

Z przeprowadzonych badań wynikają następujące wnioski:

- leki antydepresyjne są skuteczne bez względu na grupę, z jakiej się wywodzą,
- trudno jest określić, który z leków jest najskuteczniejszy w terapii bulimii,

¹ S. Abraham, D. Llewellyn-Jones, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Wyd. PWN, Warszawa 2001, s. 140-141.

- efekt „antyboliczny” leków antydepresyjnych jest niezależny od tego, czy stosuje się go w grupie z współwystępującymi z bulimią objawami depresji by nie,
- trudno jest podać czynniki mające wpływ na efektywną odpowiedź na antydepresanty.

W niektórych wypadkach efekty uboczne stosowania antydepresantów mogą spowodować duże problemy terapeutyczne. Niejasną sprawą jest również długoterminowy wpływ przyjmowania antydepresantów na przebieg bulimii.

Lekiem, który wymaga pewnego komentarza, zyskującą coraz większą popularność Fluoksetyna oraz jej analogi. Powoduje ona szybkie i niezwykle efektywne ograniczenia epizodów obżarstwa, czasem redukując je niemal do zera. Utrzymuje długotrwałą poprawę objawową. Jest on skuteczny również u pacjentów, u których nie było poprawy po stosowaniu innych leków. Objawy uboczne w zalecanych dawkach są niewielkie. Fluoksetyna oprócz wpływu na objawy bulimiczne redukować może również objawy depresji, z tym, że dawka zalecana dla pacjentów z bulimią wynosi do 40 do 60 mg dziennie.²

4.2 Terapia poznawczo-behawioralna.

Obecnie pojawia się coraz więcej doniesień na temat specyficznych modeli poznawczo-behawioralnego leczenia bulimii. W odróżnieniu od leczenia jadłowstrętu psychicznego poznawczo-behawioralna terapia bulimii psychicznej znacznie większy nacisk kładzie na zastosowanie technik mających doprowadzić do zmiany schematów poznawczych dotyczących jedzenia oraz własnej osoby. Ważnym wyróżnieniem terapii bulimii od poznawczo-behawioralnej terapii zaburzeń nastroju jest stosowanie technik behawioralnych mających wpływać na ograniczenie ilości napadów bulimicznych.

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania się stawia sobie dwa cele:

- zmianę schematów poznawczych,
- ograniczenie ilości ataków bulimicznych.

Służy temu wielokompleksowy schemat postępowania, w której skład wchodzi zwykle:

- prezentacja poznawczo-behawioralna rozumienia zaburzenia oraz teoretycznego określenia zasad prowadzenia terapii,
- zastosowanie technik poznawczych mających zmienić dysfunkcyjne schematy poznawcze i myśli automatyczne,

² M. Pilecki, *Biologiczne metody leczenia zaburzeń odżywiania się*, [w:], *Anoreksja i bulimia psychiczna*, B. Józefik (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 125.

- prowadzenie na podstawie dzienniczka samoobserwacji myśli oraz zachowań,
- edukacja dietetyczna,
- oparta na samokontroli i zastosowaniu technik „kontroli bodźców” i „odpowiedzi współzawodniczącej” zmiana przyzwyczajeń żywieniowych,
- rozszerzenie diety o unikalne pokarmy,
- trening umiejętności społecznych.

Sposobem postępowania wpływającym zarówno na sferę poznawczą jak i behawioralną i najbardziej specyficznym dla poznawczo-behawioralnej terapii bulimii jest technika „ekspozycji na bodziec z zahamowaniem reakcji”. U podstaw tej techniki leżą poglądy o osiowym charakterze lęku w rozwoju zaburzeń odżywiania się.³

4.3 Psychoanalityczna terapia rodzinna.

Psychoanalityczna terapia rodzinna, oparta na teorii relacji z obiektem, podkreśla udział czynników nieświadomych, pochodzących z przeszłości (problem związany zarówno z rozwojem indywidualnym, jak i problemy przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz problem wyglądu). Jest otwartym podejściem wynikającym z bezpośredniego kontrolowania pacjenta, umożliwia połączenie pojazdów intrapsychicznych oraz interpersonalnych w rodzinie.

Morjorie P. Sprinre zwraca uwagę na wpływ matki i ojca na charakter przestrzeni pośredniczącej. Uważa, się że „patologiczność” tej przestrzeni jest rezultatem rywalizacji matki i ojca o symbiozę z dzieckiem, które nie jest traktowane jako trzecia osoba.

W przypadku pacjentów bulimicznych można zauważyć duży wpływ matki na kształtowanie się przestrzeni pośredniczącej. Gdy silny apetyt oraz irytacja dziecka łączy się z lękiem matki i jej obwinianiem się o nieprawidłowe karmienie odczuwa on dyskomfort z powodu nieumiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb dziecka i myśli, że jest obiektem jego furii. Negatywne odczucia matki sprawiają, że dziecko odczuwa również dyskomfort, lęk oraz osamotnienie wnikliwie tłumaczy pojęcie „patologicznej przestrzeni pośredniczącej” w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami odżywiania się.

Bulimia występuje na określonym poziomie rozwoju i w związku z tym prawie każdy typ osobowości może być podatny na tę chorobę. Podkreśla się obecność zaburzeń na poziomie oralnym, które powodują występowanie w późniejszym czasie manewrów „brania” (przejadania się)

³ M. Pilecki, *Podstawy terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń odżywiania się*, [w:] Anoreksja i bulimia psychiczna, B. Józefik (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 136.

i „eliminowania” (przeczyszczania). Przy tych manewrach podkreśla się rolę inkorporacji i projekcji.

Zarówno dzieci bulimiczne i prebulimiczne, jak ich rodzice są przekonani o słuszności głębokiej rodzinnej zależności paranoicznej nieufności do outsiderów. Obydwie strony cechują również brak odporności na utratę i „opłakiwanie”. Z powodu wzajemnie wspierających się projekcyjnych systemów matki, ojca oraz ich dzieci, prebulimiczne dziecko gromadzi trudną do zmodyfikowania fantazję o „rogu obfitości” w odniesieniu do idealnej matki. Dochodzi ono do przekonania, że wszystkie źródła, które mogą zaspokoić jego oralne pragnienia, leżą poza nim, podczas gdy jego centralne ego jest odczuwane jako puste.⁴

⁴ M. Starzaniska, *Psychoanalityczna terapia rodzinna bulimii oparta na teorii relacji z obiektem*, „Psychoterapia” 1998, nr. 3, s. 38-42.

Zakończenie

Większość ludzi ma wyidealizowany pogląd na to, jak powinni wyglądać. Chcieliby być pociągający towarzysko, szczęśliwi, górujący nad innymi i lubieni. Kiedy dana osoba dochodzi do wniosku, że nie jest w stanie osiągnąć tego celu, może przyswoić zaburzone zachowania związane z odżywianiem się, tracąc albo przybierając na wadze. Jest to pretekst, aby móc usprawiedliwić niemożność osiągnięcia idealnego obrazu siebie samej.

Często jednak po utracie wagi lub przybraniu na wadze dziewczyna patrzy w lustro i nie podoba się sobie. Próbuje, więc powrócić do wagi ciała zgodnej z normą przez przestrzeganie diety lub za pomocą innych metod.¹

Odżywianie się jest bardzo ważne dla człowieka, a jakiegokolwiek jego zaburzenia stanowią potencjalne zagrożenie dla życia. Nic, zatem dziwnego, że zaburzenia odżywiania w dowolnej postaci stanowią powód troski rodziny i specjalistów.

Prowadzone w tej dziedzinie badania przyczyniają się do opracowania skutecznych metod interwencji, a co za tym idzie, niosą nadzieję za zminimalizowanie negatywnego wpływu zaburzeń odżywiania na przyszłe życie młodych ludzi.²

¹ S. Abraham, D. Llewellyn-Jones, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Wyd. PWN, Warszawa 2001, s. 106.

² J. Elliot, M. Place, *Dzieci i młodzież w kłopotach*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne – Spółka Akcyjna, Warszawa 2000, s. 93-94.

Bibliografia

1. Abraham S. Llewellyn-Jones D., Anoreksja, bulimia, otyłość, Wyd. PWN, Warszawa 2001.
2. Apfeldorfer G., Anoreksja, bulimia, otyłość, Wyd. „Książnica”, Katowice 1999.
3. Elliot J., Place M., Dzieci i młodzież w kłopotcie, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne – Spółka Akcyjna, Warszawa 2000.
4. <http://slimak,siciaga.pl/prace/prace/8866.htm>.
5. Ikiewicz G., W stronę integracji podejść – modele anoreksji „Psychoterapia”, (1998) nr. 2.
6. Joblow M. M., Anoreksja, bulimia, otyłość, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
7. Józefik B., Anoreksja i bulimia psychiczna, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
8. Starzomska M., Psychoanalityczna terapia rodzinna bulimii oparta na terapii relacji z obiektem, „Psychoterapia”, (1998) nr. 3.