



Szpital czy dom – długoterminowa hospitalizacja w jadłowstręcie psychicznym. Opis przypadku

*Hospital or home – long-term hospitalisation in anorexia nervosa.
Case study*

CEZARY ŻECHOWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. W artykule opisano przypadek pacjentki z jadłowstrętem psychicznym hospitalizowanej wielokrotnie i długoterminowo. Omówiono trudności, jakie pojawiły się w trakcie leczenia oraz wpływ takich czynników na przebieg choroby, jak: alkoholizm rodzica, współpraca rodziny i pacjenta.

SUMMARY. A case is reported of a female anorexic patient, repeatedly hospitalised over long periods of time. Difficulties emerging in the course of treatment are discussed, as well as the effect on the course of illness of such factors as the father's alcoholism, co-operation of the patient and the family in the treatment, and role of family secrets.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny / hospitalizacja / opis przypadku

Key words: anorexia nervosa / hospitalisation / case report

OPIS PRZYPADKU

Beata, 15-letnia pacjentka, trzykrotnie hospitalizowana w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego.

Pacjentka zaczęła odchudzać się w wieku lat 13. Schudła ok. 10 kg, osiągając BMI = 14,5. W tym czasie rodzice obserwując zmianę wyglądu córki oraz zmianę jej zachowania (pacjentka stała się napięta, lękowa, dysforyczna), podjęli próbę umieszczenia jej w oddziale psychiatrycznym. Dwukrotna hospitalizacja potwierdziła diagnozę wstępną, nie przyniosła jednak efektów. Beata po powrocie do domu podejmowała kolejne głodówki, była niespokojna, płacziwa, nie chodziła do szkoły, w domu demonstracyjnie uderzała głową w ścianę, niszczyła drobne sprzęty domowe. Zdaniem rodziców zachowanie córki było na tyle absorbujące, że mieli problemy z wykonywaniem codziennych

obowiązków, takich jak np. prowadzenie prywatnej firmy, tj. niewielkiego baru, w którym oboje pracowali. Narastające objawy choroby skłoniły rodziców do kolejnej próby hospitalizacji, tym razem w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Przy przyjęciu pacjentka była niespokojna, płacziwa. Prosiła rodziców, aby nie zostawiali jej w szpitalu. Przez cały czas trzymała matkę za rękę. Z relacji pacjentki wynikało, iż rodzice powiedzieli jej, że jedzie na „konsultację psychoterapeutyczną”. W badaniu fizykalnym stwierdzono m.c. 44,900 (BMI = 17,7), odpowiadającą wychudzeniu, ale nie przekraczającą 17,5 (kryterium diagnostycznego dla jadłowstrętu psychicznego) oraz rozległą bliznę na prawym ramieniu po oparzeniu kawą w pierwszym roku życia. Nie stwierdzono natomiast „odwodnienia i ciężkiego stanu somatycznego”, który wcześniej zgłaszali rodzice. Nie stwierdzono również sygnalizowanych przez nich krwiaków na skórze głowy po mouszkodzeniach (uderzenia

głową o ścianę). Niemniej jednak, ze względu na niejasną sytuację i „zagrożenie dla życia i zdrowia”, jakie ewentualnie mogło zachodzić, zdecydowano się przyjąć pacjentkę do Kliniki.

Rodzice nie dysponowali dokumentacją dotyczącą dotychczasowego leczenia, toteż poproszono ich o dostarczenie jej w ciągu najbliższych dni.

Wraz z wyjściem rodziców z oddziału obserwowano stopniowe uspokojenie się pacjentki – Beata zaprzestała płaczu, rozpakowała przywiezione ubranie, nawiązała kontakty z koleżankami. W ciągu najbliższych dni uczestniczyła w zajęciach terapeutycznych, posiłki zjadała w całości. W badaniu psychiatrycznym, poza nieznacznym obniżeniem nastroju, nie stwierdzono żadnych objawów psychopatologicznych. Unikała jednak kontaktu z lekarzem, długo zwlekała z przyjściem na kolejne rozmowy. W trakcie rozmów uśmiechała się, twierdziła, że jest zdrowa, zaprzeczała nie tylko objawom zaburzenia odżywiania się, ale też jakimkolwiek trudnościami i kłopotami w przeszłości. Rodzinę uważała za wzorową, a siebie za zdrową. Na podstawie rozmowy z pacjentką trudno było ustalić, co tak naprawdę było powodem przyjęcia jej do Kliniki. Obserwowano silny opór pacjentki, który zapewne spowodowany był przyjęciem wbrew woli i zatrzymaniem na obserwację w Klinice. Na rozmowy przychodziła niechętnie, sama nie podejmowała żadnych wątków, odpowiedzi udzielała jednym słowem lub krótkim zdaniem. Kiedy po ok. 1 tygodniu rodzice dostarczyli dokumentację z poprzednich hospitalizacji okazało się, że pacjentka, zanim została przyjęta do Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, była leczona w innym szpitalu w trybie przepustkowym. Rodzice na własną prośbę wypisali ją z oddziału i jeszcze tego samego dnia umieścili w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Próba omówienia powyższego faktu nie powiodła się, rodzice zgodnie twierdzili, że postąpili tak, ponieważ chodziło o psychoterapię Beaty. Trudno im było dostrzec fakt, że tego samego dnia wprowadzili w błąd dwa

zespoły leczące oraz swą córkę, twierdząc, że jedzie do szpitala na „konsultację psychoterapeutyczną”. Hospitalizacja zakończyła się równie niespodziewanie jak się zaczęła, ponieważ rodzice nie przywieźli Beaty z przepustki, zgodnie twierdząc, iż nastąpiła nieoczekiwana poprawa. Po odbiór karty informacyjnej zgłosili się wszyscy (ojciec, matka i córka) bardzo zadowoleni z leczenia – mimo iż pacjentka przebywała w Klinice zaledwie 7 dni, przybyła 1,1 kg i tylko dwukrotnie biernie uczestniczyła w terapii grupowej.

Kolejna hospitalizacja Beaty miała miejsce po następnych 7 dniach. Rodzice przywieźli córkę, która tym razem ważyła 41 kg (schudła 5 kg), BMI = 16,2. Przy przyjęciu pacjentka była wychudzona, odwodniona, smutna, płacząca. Przy wyjeździe z domu stawiała czynny opór – podrapała ojca po rękach i klatce piersiowej. Z relacji rodziców wynikało, iż Beata zaraz po wypisie rozpoczęła intensywne głodzenie się oraz ćwiczenia fizyczne (ćwiczyła także w nocy ograniczając sen, rano nastawiała budzik na godzinę 5⁰⁰), zaprzestała chodzenia do szkoły, czas spędzała stojąc w miejscu lub intensywnie ćwicząc. Była bardzo napięta, niespokojna, chwilami pobudzona, nie chciała nawiązywać kontaktu z lekarzem leczącym. Przy przyjęciu ustalono, iż Beata pozostanie w Klinice co najmniej 6 tygodni i w tym czasie rozpoczną się sesje terapii rodziny.

Tym razem adaptacja pacjentki w oddziale przebiegała bardzo trudno. Beata długo płakała, także po wyjeździe rodziców, bardzo często dzwoniła do matki. W wypowiedziach była monotematyczna, prosiła o wypis, twierdząc, że chce być „z mamą”. W zajęciach grupowych uczestniczyła biernie. Wielokrotnie w ciągu dnia słychać było w oddziale głośny płacz pacjentki. Czas spędzała stojąc w oknie, szlochając. Jednocześnie w tym samym czasie coraz częściej zaczęła przychodzić na rozmowy indywidualne. W czasie jednej z nich stwierdziła, że głównym powodem jej płaczu jest fakt, iż ojciec nadużywa alkoholu. Ostatnio wracał do domu pijany, urządził awantury. Wielo-

krotnie zdarzało się, że musiała uciekać z domu wraz z matką do babki, gdzie spędzały noc. Beata sądziła, że będąc w domu ochroni matkę przed agresją ojca. Wierzyła też, że własną chorobą może zmusić go do zaprzestania picia. Ojciec nie pił wtedy, gdy Beata chorowała. Ostatnio, kiedy stan jej uległ poprawie, powrócił do nałogu.

Ujawnienie tajemnicy rodzinnej przyniosło znaczną ulgę Beacie. Stała się spokojniejsza, chętnie przychodziła na rozmowy, stopniowo zaczęła uczestniczyć w terapii grupowej w sposób bardziej czynny. Jednakże, jak okazało się później, samo ujawnienie tajemnicy to o wiele za mało, aby zmienić dotychczasowe zaburzone sposoby radzenia sobie z sytuacją w rodzinie. Jednak stopniowo pacjentka zaczęła przybywać na wadze. Odbyła się sesja terapii rodzinnej, w której rodzina prezentowała się „wzorcowo” i nikt nie zdecydował się na ujawnienie problemu. Wraz z poprawą stanu psychicznego Beaty, jej matka coraz częściej telefonowała do Kliniki, z czasem i ona zdecydowała się na ujawnienie problemu alkoholizmu męża lekarzowi prowadzącemu Beatę. Deklarowała chęć podjęcia tematu na spotkaniu w Klinice, jednakże w obecności męża obie z córką zaprzeczyły jakimkolwiek problemem w domu, w tym alkoholizmowi któregośkolwiek z członków rodziny.

Po ok. 6 tygodniach od przyjęcia stan psychiczny i somatyczny Beaty wydawał się na tyle dobry, że zdecydowano się na wypis z zaleceniem terapii indywidualnej oraz kontynuowania terapii rodzinnej w Klinice. Jednakże po wypisie rodzina nie zgłosiła się na kolejną sesję, a Beata nie podjęła terapii indywidualnej. W czasie wakacji przysłała kartkę, w której dziękowała za leczenie i informowała, że czuje się dobrze. Jednakże już za dwa miesiące konieczna była jej ponowna hospitalizacja.

Okoliczności przyjęcia do złudzenia przypominały poprzednie. Kolejny ciąg alkoholowy ojca, kolejne zaostrzenie objawów anoreksji – pacjentka zaczęła ograniczać przyjmowanie pokarmów i okresowo płynów,

stała się niespokojna, wybuchowa, w domu stłukła lustro, uderzyła matkę, wielokrotnie biła się pięściami po głowie, schudła, przestała miesiączkować, pojawiły się cechy odwodnienia. Jej zachowanie stało się na tyle „szalone”, że skłoniło rodziców do podjęcia kolejnej próby umieszczenia pacjentki w Klinice. Tym razem Beata została przyjęta do oddziału po podpisaniu przez rodziców kontraktu, w którym zobowiązali się do: (1) niewypisywania córki przez okres 3 miesięcy, (2) dowożenia Beaty z przepustek w ciągu 3 dni, (3) uczestniczenia w co najmniej 10 sesjach terapii rodzin. Przy przyjęciu pacjentka była bardzo napięta, płaczliwa, niechętnie przychodziła na rozmowę. Była wychudzona (BMI oceniono na 17,56), wykazywała cechy odwodnienia organizmu. Uspokoiła się po wyjściu rodziców. Do oddziału przyjęta została wbrew woli, za zgodą rodziców.

W pierwszych dniach po przyjęciu pacjentka podjęła decyzję o jak najszybszym wyjściu z Kliniki, pragnęła przytyć i wypisać się po kilku dniach. Wydaje się, że przestrzegała ściśle wzorca dotychczasowych zachowań, w którym „ciężkość” objawów anoreksji zależała od sytuacji domowej i służyła do kontrolowania poszczególnych członków rodziny. W tym celu, poza pełnymi porcjami posiłków, pacjentka zjadała pokarmy przynoszone na oddział przez inne osoby. Prosiła (wbrew zasadom panującym w Klinice) innych pacjentów o kupowanie jej czekolad, ciastek, które w tajemnicy zjadała. Opór wobec leczenia przejawiała odmową uczestniczenia w jakiegokolwiek formie psychoterapii. Nieuczestniczenie w zajęciach motywowała brakiem problemów rodzinnych i w tym kontekście alkoholizmu ojca i trudnej sytuacji rodzinnej nie uznawała za problem. W jej myśleniu przeważały zaprzeczenia i rozszczepienia. Wydaje się, że osiągnęła znaczny stopień gratyfikacji w „anorektycznym” mechanizmie kontrolowania masy ciała i sprawowania kontroli nad członkami rodziny. Nawet niewielkie spadki wagi powodowały paniczne lęki rodziców, a wzrost masy ciała wywoływał ich bezgraniczną radość. Po każdym nawrocie objawów rodzice byli niejako

„bliżej siebie”, ojciec przestawał pić, a matka nie mówiła o rozwodzie. Wszystko trwało przez pewien czas, ale wkrótce „coś zaczynało się psuć” i każdy z członków rodziny wracał do własnych chorobowych mechanizmów obronnych. W tym sensie Beata była wypełniona potrzebami i pragnieniami rodziców, była najlepszą uczennicą w klasie, myślała o studiach medycznych, czuła się odpowiedzialna za matkę, ojca i dalszą rodzinę. Choroba rozpoczęła się u niej, gdy odkryła źródło gratyfikacji i przyjemności w postaci sprawowania kontroli nad rodzicami poprzez obniżanie masy ciała i zaburzone, „szalone” zachowania. Źródło gratyfikacji spójne było z modelem rodziny, w której dominował brak kontroli impulsów. Choroba Beaty była potrzebna rodzinie, ponieważ zapewniała ich spójne funkcjonowanie, samej Beacie dostarczała czegoś, czego potrzebowała najbardziej – przyjemności i gratyfikacji, niestety zdobywała je w sposób zaburzony, groźny dla jej zdrowia i życia.

Objadania się Beaty przyniosło tylko krótkotrwałe efekty, podniosła wagę o ok. 4 kg, po czym chudnięcie rozpoczęło się od nowa. Pacjentka objadała się, wymiotowała i chudła. W okresie tym odmówiła prawie korzystania z posiłków oddziałowych. Rozpoczęła też bardzo intensywne ćwiczenia. Zapotrzebowanie kaloryczne realizowała zjadając węglowodany przemycane przez innych pacjentów, a jak się okazało później i rodziców, którzy wbrew regulaminowi oddziału przynosili do Kliniki duże ilości słodyczy. Liczne rozmowy i upomnienia przynosiły tylko chwilowy rezultat, po czym rodzice ponownie wracali z reklamówkami pełnymi wysokokalorycznych pokarmów. W tym samym czasie, jak wiedzieliśmy to z relacji Beaty i jej matki, ojciec powrócił do nałogu. Mimo, iż Beata przebywała wiele kilometrów poza domem, ustalili się następujący mechanizm funkcjonowania rodziny: ojciec pił i urządzał kolejną awanturę, matka dzwoniła do Beaty i w szczegółach opowiadała jej, co dzieje się w domu. Beata zaczynała płakać, odchudzać się, wymiotować, matka

przekazywała ojcu, że córka czuje się źle, oboje rodzice przyjeżdżali do Kliniki przywożąc Beacie kolejną porcję wysokokalorycznych produktów. Beata zaczynała przybywać na wadze, ojciec zaczynał pić. Mijały kolejne tygodnie i mimo terapii rodzinnej i podjęciu wielu ważnych wątków dotyczących dorastania, usamodzielniania się, roli odgrywanej w rodzinie, trudno było dostrzec jakieś zmiany w pacjentce. Nie podjętym pozostawał temat alkoholizmu ojca. Wydaje się, że z czasem wytworzył się nowy mechanizm funkcjonowania pacjentki i jej rodziny, który utrzymywał *status quo* w nowych warunkach hospitalizacji. W nowym modelu wszyscy członkowie rodziny zainteresowani byli dalszą hospitalizacją. Beata, ponieważ mogła skutecznie kontrolować poszczególnych członków rodziny, matka, ponieważ poprzez Beatę miała wpływ na męża, ojciec, ponieważ nie był narażony na podejmowanie decyzji co do ewentualnego leczenia Beaty, nie musiał jechać z nią do szpitala lub organizować pomocy na miejscu. W tym sensie alkoholizm nie wywoływał dla niego tak dotkliwych skutków, jak w przypadku pobytu Beaty w domu.

Nowa sytuacja sprawiła więc, że hospitalizacja zaczęła niejako służyć chorobie Beaty i oddalać ją od szukania bardziej dojrzałych mechanizmów radzenia sobie w trudnej sytuacji rodzinnej. Jednocześnie hospitalizacja chroniła pacjentkę przed separacją i indywiduacją, zahamowaniu uległ nie tylko jej rozwój somatyczny, ale i społeczny, pacjentka nie podjęła nauki w liceum, do którego wcześniej została przyjęta, odmawiała uczestniczenia w lekcjach prowadzonych w Klinice, nie chodziła na psychoterapię.

W tej sytuacji podjęto decyzję o wypisaniu pacjentki z Kliniki z zaleceniem kontynuowania terapii rodzinnej. Na wiadomość o planowanym wypisie, zarówno pacjentka jak i jej rodzina, zareagowała lękami. Beata zapytała o to, czy gdyby przytyła mogłaby zostać dłużej w oddziale, rodzina usiłowała wywierać presję na personel, aby nie doszło do wypisu. Jednakże po kilku dniach do

wypisu doszło – Beata nie przybyła na wadze, a rodzice przyjęli decyzję zespołu. Po ok. miesiącu zadzwoniła matka pacjentki z wiadomością, że Beata przebywa w kolejnym szpitalu, jest spasowana, a pokarmy otrzymuje przez sondę.

Interpretacja: przeniesienie – przeciwprzeniesienie

Rozwój przeniesienia w instytucji leczniczej dokonuje się powoli, niejako „na całą instytucję”, a więc w tym przypadku na oddział i poszczególnych członków personelu [Jakubczyk i Żechowski 1997]. U głębiej zaburzonych pacjentów z osobowością typu *borderline* (jak większość osób z zaburzeniami odżywiania się) przeniesienie jest szczególnie intensywne i charakteryzuje się rzutowaniem zdeformowanych, częściowych obiektów na poszczególnych członków personelu leczącego oraz pacjentów przebywających w oddziale. Sytuację tę dobrze charakteryzuje termin Eriksona, używany przez Kernberga dla opisanego patologii *borderline* – dyfuzja tożsamości. W tym przypadku chodziłoby o dyfuzję przeniesienia, gdzie parafrazując opis Kernberga zewnętrzny „świat pacjenta zaludniony jest karykaturalną przeróbką albo dobrych albo złych aspektów osób, które kiedykolwiek były dla niego ważne. Te wynaturzone reprezentacje nie są ze sobą zintegrowane tak, aby pacjent mógł czuć, że jego wewnętrzny obiekt ma „dobrą i złą stronę” [Kernberg 1995, s. 284].

W przypadku Beaty, po krótkiej fazie pozytywnego przeniesienia (druga hospitalizacja) doszło do rozwinięcia się przeniesienia negatywnego, na co niewątpliwy wpływ miały przymusowe hospitalizacje oraz potrzeba chronienia „idealnego obrazu rodziny”. Pacjentka dokonała rozszczepienia na „idealny dom” i „zły, sadystyczny szpital”. W tej konstelacji – dom mógł być idealny o tyle, o ile szpital był sadystyczny i zły. Jednocześnie dom mógł być idealny tylko wtedy, gdy pacjentka przebywała w złym szpitalu. Siłę rozszczepienia wspierało zaprzeczenie nawet tak oczywistych faktów,

jak alkoholizm ojca i ciągle powtarzające się awantury. Wydaje się, że fakty te nie miały żadnego wpływu na wizerunek idealnego domu i złego, sadystycznego szpitala.

Przeniesienie „na oddział” miało u Beaty charakter dyfuzyjny i negatywny. W jej emocjach pielęgniarki jawiły się jako „bezzinteresownie sadystyczne”, ponieważ kontrolowały jej odżywianie się, lekarz wydawał się nieudolny i nieadekwatny, ponieważ nie był w stanie skontrolować tegoż odżywiania się i zapewnić jej „adekwatnego” leczenia, terapeuci jawili się jako zagrażający i agresywni (pacjentka motywowała swoje niechodzenie na terapię tym, że dowiaduje się czegoś złego o innych rodzinach i to wywołuje w niej urazy). Z drugiej strony, Beata skrycie podziwiała personel podejmując z nim rywalizację, np. udzielała informacji o anoreksji nowo przyjętym pacjentkom, wielokrotnie podkreślała, że ma lekarzy w rodzinie i sama chce zostać lekarzem dziecięcym, sugerowała postępowanie lecznicze lekarzowi prowadzącemu, opierając się na radach cioci dermatologa, wykazywała brak umiejętności pełnej kontroli pielęgniarkom. Innym aspektem przeniesienia były cechy omnipotentnej rywalizacji z pacjentkami chorymi na anoreksję. W swoim perfekcjonizmie Beata dążyła do zapewnienia sobie najwyższej pozycji w grupie i wywołania u innych uczuć zazdrości. Stąd w dość szybkim czasie pacjentka przejęła większość objawów najcięższej chorych pacjentek z jadłowstrętem. Osiągnąwszy najwyższą pozycję była jednak zarówno podziwiana, jak i nienawidzona przez inne pacjentki. W tej konstelacji świat, w którym żyła Beata, wydał się jej okrutny i zły, a anoreksja stanowiła jedyny sposób radzenia sobie w tym świecie.

Wydaje się, że dyfuzja tożsamości, podobnie jak i cechy *borderline*, dotyczyły nie tylko Beaty, ale i całej jej rodziny. Słaba kontrola impulsów, brak tolerancji na samotność, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, brak zdolności regulowania napięcia wewnętrznego, stałe przekraczanie zasad i granic – stanowiły podstawowe cechy funkcjonowania

rodziny. W tym przypadku, jeśli by można mówić o osobowości rodziny, byłaby to osobowość typu *borderline*. Typowy mechanizm jej funkcjonowania, jaki ustalił się podczas hospitalizacji Beaty, polegał na tym, że kiedy ojciec pił, matka dzwoniła do niej dokładnie informując o sytuacji w domu, Beata rozpoczynała wtedy głodówkę i chudła, matka informowała ojca o zaostrzeniu choroby córki, ojciec przestawał pić, a córka zaczynała przybywać na wadze, wtedy ojciec powtórnie zaczynał pić i cykl rozpoczynał się od początku. W całej tej sytuacji, rodzina chroniła swój idealny obraz, rzutując własną agresję, bezsilność i lęk na poszczególnych członków zespołu.

Sam kontakt z rodzicami był trudny. Matka telefonowała wielokrotnie w ciągu dnia do lekarza leczącego z najrozmaitszymi uwagami, poradami, pretensjami, obawami, skargami i donosami. W rozmowach dewaluowała najczęściej sposób leczenia. Dość szybko wkradła się niejako w „drugie życie” pacjentów, poznała ich tajemnice, w tym m.in. sposoby omijania zasad odżywiania się w oddziale, i używała ich jako argumentów w rozmowach z lekarzem, dewaluując sens i metody terapii. Sama wielokrotnie przynosiła obfite posiłki do oddziału. Jej poziom zaprzeczeń był na tyle głęboki, że przemyconym jedzeniem usiłowała częstować także personel leczący lub też przynosiła piwo „z własnego baru”, aby „wypić za zdrowie Beaty”. W przeciwprzeniesieniu dość szybko pojawiły się: uczucie bezsilności, bezradności, agresji i lęku przed postępującym chaosem. Jednocześnie pojawiły się elementy konfliktu w zespole oraz cechy współuzależnienia – nadmiernej odpowiedzialności i wciągnięcia w problemy rodziny.

Po kolejnej rozmowie z matką miałem sen, w którym w trakcie mojej nieobecności rodzice Beaty wkradają się do mojego odnowionego wcześniej mieszkania i przemałowują ściany farbą olejną na kolor zielony. Po powrocie widzę, że czeka mnie ciężka praca powtórnej renowacji domu. Przekradanie się przez system obrony i „zmiana wnętrza” wydaje się typowym opisem projekcyjnej

identyfikacji, która była głównym, jeśli nie wyłącznym, sposobem komunikacji rodziny Beaty. Kolejny sen miał miejsce tuż przed wypisem pacjentki, kiedy nie byłem przekonany co do jego zasadności i uważałem, że jej dalszy pobyt przyniesie ujawnienie tajemnicy rodzinnej i poprawę stanu somatycznego. We śnie tym pojawili się rodzice Beaty informując mnie, że podjęli decyzję o moim ślubie z Beatą. Rano obudziłem się depresyjny i zły, w trakcie zebrania klinicznego broniłem zasadności pozostawienia pacjentki w oddziale. W czasie przerwy jedna ze stażystek podeszła do mnie i powiedziała: „Nie rozumiem cię, zachowujesz się tak jakbyś chciał wziąć z Beatą ślub”. Uświadomiłem sobie wtedy silne wciągnięcie w problemy pacjentki oraz to, że zaczynam funkcjonować jako kolejny członek rodziny *borderline* z problemem alkoholizmu i anoreksji.

Wypis nastąpił o czasie i dał Beacie oraz jej rodzicom szansę na podjęcie odpowiedzialności za dalsze leczenie.

KOMENTARZ

Przypadek Beaty skłania do postawienia pytań dotyczących leczenia jadłowstrętu psychicznego w oddziale zamkniętym. Autor artykułu pragnąłby zwrócić uwagę na niektóre wnioski wynikające z przedstawionego przypadku:

1. Wydaje się, że nie każda długoterminowa hospitalizacja pacjentów z jadłowstrętem psychicznym przynosi pozytywne efekty terapeutyczne.
2. Czasami długoterminowa hospitalizacja utrwała zaburzone mechanizmy radzenia sobie rodziny i pacjentki i bywa czynnikiem wspierającym chorowanie a nie zdrowienie.
3. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie może mieć wpływ na wybór strategii terapeutycznej, w tym podjęciu decyzji o hospitalizacji lub jej nieuzasadnionym przedłużaniu.
4. Istotną rolę w leczeniu jadłowstrętu psychicznego odgrywa superwizja poszczególnych członków zespołu terapeutyczne-

go, która pomaga w radzeniu sobie z antyterapeutycznymi przejawami przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

5. Osobną kwestią wydaje się pytanie o alternatywne strategie pomocy terapeutycznej Beacie i jej rodzinie. Wydaje się, że szczególnie znaczenie mogłaby mieć terapia rodzinna prowadzona ambulatoryjnie oraz terapia indywidualna pacjentki przy zachowaniu pełnej opieki lekarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Jakubczyk A, Żechowski C: Anoreksja jako przejaw „pogranicznej” (borderline) struktury osobowości. *Nowa Medycyna* 1996, III/17, 18–24.
2. Kernberg OF: Psychoanalityczna klasyfikacja patologii charakteru (tłum. Ewa Wojciechowska). W: Kets D, Vries MFR, Perzow S: Podręcznik psychoanalitycznych studiów charakterologicznych. Jacek Santorski & CO, Warszawa 1995. 3.

*Adres: Dr Cezary Żechowski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*