



Zmienna i ciągła diagnoza w procesie psychoterapii pacjentki z zaburzeniami odżywiania się

Variable and continuous diagnosis in the process of psychotherapy of a female patient with eating disorders

MAŁGORZATA JANAS-KOZIK^{1,2}, IRENA KRUPKA-MATUSZCZYK²,
JOANNA HYRNIK¹, RAFAŁ SOŁOWIÓW¹

Z: 1. Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
2. Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono trudności diagnostyczne związane z rozpoznawaniem jadłowstrętu psychicznego.

Przypadek. Pacjentka z zaburzeniami odżywiania, którą poddano psychoterapii uzyskując poprawę na poziomie objawowym.

Komentarz. Trudności diagnostyczne związane z rozpoznawaniem jadłowstrętu psychicznego, wynikają w dużej mierze z niejednorodności symptomatologicznej tego zaburzenia. Wyjaśniono znaczenie i funkcję objawów klinicznych rozwijających się dynamicznie w trakcie psychoterapii.

SUMMARY

Objective. Difficulties in diagnosing anorexia nervosa are reported.

Case. A female patient with eating disorders submitted to psychotherapy – an improvement at the level of symptom relief was attained.

Commentary. Diagnostic difficulties in patients with anorexia nervosa result to a large extent from symptomatological heterogeneity of this disorder. The role and function of clinical symptoms dynamically developing in the course of therapy have been explained.

Słowa kluczowe: psychoterapia / zaburzenia odżywiania się / jadłowstręt psychiczny

Key words: psychotherapy / eating disorders / anorexia nervosa

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) stanowi istotny problem kliniczny. Pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego stanowią znaczącą większość wśród hospitalizowanych w naszym oddziale. Leczenie jest trudne, a rokowanie nierzadko niekorzystne. Ryzyko śmiertelności w tej grupie tych ocenia się na 5–25% przypadków [1, 2, 3]. Postępowanie terapeutyczne w przypadkach zaburzeń odżywiania się jest wielopłaszczyznowe. Terapia powinna umożliwić powrót do prawidłowej masy ciała i opanowanie zaburzeń somatycznych spowodowanych chorobą, zahamowanie dążenia do osiągnięcia idealnej sylwetki, zmianę przeżywania i obrazu siebie [1] wzmocnienie procesu separacji–indywidualizacji [4] oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby.

W literaturze wskazuje się istotne związki pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a zaburzeniami afektywnymi – szczególnie depresyjnymi, zespołem obsesyjno-kompulsyjnym (OCD) oraz zaburzeniami osobowości [3, 5, 6]. Zagadnienie współwystępowania w spektrum anoreksji wielu różnorodnych symptomów klinicznych wyjaśnia Żechowski, różniąc typy jadłowstrętu: neurotyczny, *borderline* oraz psychotyczny. Podział taki

uwzględnia mechanizmy organizacji struktury osobowości. W przypadku osobowości *borderline* anoreksję można rozumieć jako formę obrony przed psychotyczną dekompensacją. Za podstawowe mechanizmy obronne osobowości *borderline* uważa się rozszczepienie (*splitting*), prymitywne idealizacje i dewaluacje, mechanizm projekcyjnej identyfikacji, zaprzeczenie, omnipotencję. Na poziomie przeżywania oraz tworzenia relacji szczególnie wyrazista jest niestabilność. Niestale, choć intensywnie przeżywane związki, zaburzenia obrazu siebie, emocjonalna chwiejność, słabe kontrola impulsów i tolerancja lęku. Nieprawidłowa struktura osobowości oraz niedojrzałe mechanizmy obronne mają szczególne znaczenie dla zrozumienia przedstawianego przypadku [7, 8, 9, 10, 11].

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka M., lat 21, przebieg ciąży i porodu bez powikłań. Rozwój psychoruchowy prawidłowy. Objawy psychopatologiczne utrzymywały się z mieszanym

nasileniem od 8 lat, czyli od 13 roku życia. Przyjęta do oddziału z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Do takiego rozpoznania skłaniało spełnianie podstawowych kryteriów *anorexia nervosa* (somatycznych, behawioralnych i poznawczych): utrzymujące się jakościowe oraz ilościowe ograniczenia dotyczące spożywanych pokarmów (diety), znacząca utrata masy ciała (BMI w chwili przyjęcia wynosił 15,5), nieobecność miesiączek utrzymująca się nieprzerwanie od 2 lat, zaburzenia spostrzegania w zakresie obrazu własnego ciała (dysmorfofobia) oraz przewlekły lęk przed przytęciem. Poza omówionymi objawami jadłowstrętu występowały objawy zespołu obsesyjno-kompulsyjnego (OCD), zespołu depresyjnego oraz, w wywiadzie, psychotycznej dekompensacji.

Objawy obsesyjno-kompulsyjne występowały u chorej w znacznym nasileniu (29 pkt. w skali Yale-Brown). W obrazie klinicznym obserwowano myśli natrętne o charakterze:

- agresywnym, np. obawa skrzywdzenia innych, przed tym, że stanie się coś złego, że powie się coś nieprzyzwoitego lub obraźliwego, przed zrobieniem czegoś złego pod wpływem impulsu, jak również przed odpowiedzialnością za jakieś straszne wydarzenie;
- dotyczącym zanieczyszczeń, np. lęk i obawy dotyczące brudu, zarazków, chorób; lęk i obrzydzenie dotyczące wydzielin; lęk przed wydzieleniem nieprzyjemnego zapachu; poczucie kleistości skóry; przesadne obawy dotyczące zwierząt i owadów; lęk przed zachorowaniem z powodu brudu oraz lęk przed zarażeniem innych;
- seksualnym, np. zakazane lub perwersyjne myśli i obrazy natury seksualnej;
- somatycznym, np. przesadna uwaga oraz obawy dotyczące choroby; przesadne obawy i koncentracja na jakiejś części ciała;
- religijne, np. lęk przed obrażeniem religijnego obiektu, a także przesadna koncentracja na kwestiach moralności;
- inne, np. potrzeba pamiętania, posiadania określonej wiedzy; lęk przed powiedzeniem określonych rzeczy; lęk, że powie się coś niewłaściwego; natrętne obrazy, dźwięki, liczby, muzyka oraz charakterystyczna obawa przytęcia.

Natrętnym myślom towarzyszyło szereg czynności kompulsyjnych, w których dominowały:

- zachowania związane z myciem i czyszczeniem, np. przesadne i zrytualizowane mycie rąk; kąpiele i zabiegi toaletowe, mające na celu usunięcie zanieczyszczeń;
- zachowania o charakterze sprawdzającym, np. sprawdzanie, czy nie wyrządzi się komuś krzywdy; sprawdzanie, czy nie wydarzy się coś strasznego;
- zachowania o charakterze rytualnym, np. ponowne czytanie, wymazywanie, pisanie oraz wyraźna potrzeba powtarzania rytualnych czynności;
- inne zachowania, takie jak: liczenie, porządkowanie czy układanie.

U pacjentki występowały także objawy zespołu depresyjnego, którego umiarkowane nasilenie potwierdził wynik (24 pkt. w skali depresji Hamiltona), szczególnie wyraźne: obniżenie nastroju i napeędu, myśli suicydalne, zaburzenia snu nocnego, jak również wyraźnie niska samoocena.

W przeszłości pacjentka doświadczyła objawów, wskazujących na dekompensację psychotyczną (halucynacje słuchowe w postaci trzech męskich głosów prowadzących ze sobą dialogi; urojenia ksobne; nastawienia prześladowcze; masywny, dezintegracyjny lęk oraz poczucie rozszczepienia, odzwierciedlające się w wypowiedziach przez pacjentkę komunikatach, dotyczących bycia dwiema osobami jednocześnie). Jednakże w chwili przyjęcia do oddziału, nie ujawniała objawów psychotycznych, nawet w zwiewnej postaci.

W związku z bogatym i niejednoznacznym obrazem psychopatologicznym, różnicowanie obejmowało zaburzenia psychotyczne, zaburzenia dysocjacyjne, jadłowstręt psychiczny, bulimie, a także zespół depresyjny. Uważamy, że dla pełniejszego zrozumienia oraz przedstawienia całego spektrum zaburzenia, należy wziąć pod uwagę wszystkie zestawione objawy.

Leczenie pacjentki obejmowało farmakoterapię risperidonem, fluwoksaminą i doraźnie hydroksyzyną oraz psychoterapię indywidualną, grupową oraz rodzinną. Przed przyjęciem do oddziału, podejmowane były próby leczenia, jednakże bez znaczącej poprawy stanu pacjentki. Kompleksowość działań leczniczych, tj. intensywny proces terapeutyczny wraz z farmakoterapią (leki odstawiono w trakcie terapii) umożliwiły uzyskanie zadowolającego stanu zdrowia.

Psychoterapię indywidualną prowadzono według zasad psychodynamicznych przyjmując za cel leczenie objawów choroby oraz rozwiązanie patogenicznych konfliktów, jak również samopoznanie nie stanowiące wartości nadrzędnej w stosunku do redukcji symptomów psychopatologicznych. Zakłada także częściową zmianę struktury w obszarze patogenicznych konfliktów [12, 13]. W psychoterapii grupowej przepracowano problematykę interpersonalnego funkcjonowania. Natomiast praca z rodziną dotyczyła umożliwienia pacjentce oraz jej rodzinie bezpiecznego przeprowadzenia procesu separacji-indywiduacji. Zasadność stosowania terapii rodzinnej podkreśla Namysłowska, wskazując na znaczenie roli oraz siły związków z systemem rodzinnym w tym procesie, który powinien zakończyć się bez poczucia winy [4].

Praca z pacjentką w kontakcie indywidualnym opierała się na zbudowaniu pozytywnej relacji terapeutycznej, w której możliwe było odtworzenie patologicznych wzorców tworzenia relacji oraz przeżycie korektywnego emocjonalnego doświadczenia, popartego emocjonalnym wglądem w znaczenie i funkcję objawów. W procesie terapii, w zależności od fazy rozwoju relacji oraz przepracowywanej problematyki rozpoznano zmiany, co umożliwiło całościowe spojrzenie na charakter zaburzeń pacjentki.

Początkowo kontakt z chorą był bardzo trudny, nacechowany niepokojem oraz nieujawnioną złością. Ujawniała wyraźny lęk przed zależnością i obawy przed odrzuceniem, utożsamianym z utratą dobrej relacji. Negatywny obraz siebie, poczucie bezwartościowości i poczucie winy utrudniały wejście w pozytywne przeniesienie. W początkowej fazie terapii ujawniały się wyraźne wątki separacyjne i problematyka związana z zaburzeniami obrazu siebie, brakiem poczucia autonomii oraz trudnościami w separacji i indywidualizacji. Pacjentka uwikłana była w relacje rodzinne. Praktycznie nie była w stanie budować związków z rówieśnikami i czuła się bardzo samotna, a jednocześnie odczuwała lęk przed zainwestowaniem w inne relacje. Był to czas idealizacji obrazu rodziny, a w niej szczególnie postaci matki, od której była zależna we wszystkich obszarach. Przy jednoczesnym przeżywaniu rodziny jako doskonałej, sama czuła się nic nieznacząca, beznadziejna, bezwartościowa. Poczucie winy przyjmowało momentami charakter całkowity. Obawiając się bliskości, niejako chroniła słabo ukonstytuowane granice ego. Bliskość tożsama była dla pacjentki z permanentną symbiozą oraz zlanie się z obiektem relacji, co z kolei uruchamiało lęk związany z utratą poczucia odrębności *self* (lęk dezintegracyjny).

W miarę jak wzrastało w relacji poczucie bezpieczeństwa, pacjentka nauczyła się tolerować także agresywne i wrogie impulsy oraz lęk przed zniszczeniem obiektu relacji. Zaczęła konfrontować się z ambiwalentnymi emocjami do matki. Obraz siebie pacjentki stawał się coraz bardziej adekwatny, godząc się niejako na rezygnację z dążenia do doskonałości i perfekcji. Wtedy zaczęła funkcjonować społecznie wyraźnie lepiej, odczuwając potrzebę nowych doświadczeń oraz ekspresji siebie. Po pewnym czasie, w związku z zaczynającymi się pojawiać fantazjami popędowymi, przy jednoczesnej poprawie w zakresie objawów anorektycznych, nasiliły się natręctwa. Impulsom agresywnym i coraz bardziej widocznym – seksualnym, towarzyszył silny lęk przed utratą kontroli. Dominującą problematykę stanowiła praca nad obrazem siebie w kontekście kobiecości.

Najtrudniejsza do zrozumienia jest psychotyczna de-kompensacja w wywiadzie. Charakter tych objawów wydaje się bardziej obronny, związany z niedojrzałością mechanizmów obronnych oraz trudnym okresem intensywnego dojrzewania w obszarze psychoseksualnym. Może być także wynikiem regresji wiążącej się z nieudaną próbą separacji, w wyniku której pojawił się pierwotny i trudny do zneutralizowania lęk, którego redukcji służyły objawy wytwórcze.

KOMENTARZ

Autorzy podjęli próbę osadzenia prezentowanego przypadku pacjentki wg podziału anoreksji na podtypy wg Żechowskiego [7, 9, 11]. Naszym zdaniem, w różnych fazach choroby, pacjentka spełniała kryteria każ-

dego z podtypów i dlatego ten przypadek wydaje się nam interesujący. Na podstawie wywiadu z okresu przed przyjęciem do oddziału, można określić go jako typ psychotyczny. Jednakże przy przyjęciu chorej nie spostrzegaliśmy jej jako psychotycznej. Całokształt zaburzenia odpowiadałby bardziej typowi *borderline*. W terapii, w związku z dynamiką procesu terapeutycznego, całościowy obraz zaburzenia spełniał raczej kryteria podtypu neurotycznego (dojralszego ze względu na ujawniane mechanizmy obronne osobowości). Ważny wydaje się wątek dotyczący współwystępowania innych objawów psychopatologicznych (jak objawy OCD) i chwilowego nasilenia tych objawów w okresie powrotu do prawidłowej masy ciała [por. 6]. Dyskusyjnym byłoby zakwalifikowanie przedstawionej pacjentki do jednego z podtypów anoreksji. Przypadek pokazuje konieczność uwzględnienia jednocześnie wszystkich podtypów, gdy rozpoznanie obejmuje rozumienie struktury osobowości oraz mechanizmów obronnych działających w czasie terapii.

Czy zaproponowane przez Żechowskiego rozróżnienie typów anoreksji ma wartość kliniczną? Proponujemy szersze spojrzenie na patologię *borderline* oraz określenie tego podtypu jako „osobowościowego”, a także dalsze poszukiwania sposobu podziału oraz klasyfikacji pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, co może przyczyni się do efektywniejszego wyboru terapii.

Efekt terapeutyczny u przedstawionej pacjentki był możliwy do uzyskania dzięki całościowemu rozumieniu zmieniającego się w czasie obrazu objawów psychopatologicznych spektrum anoreksji. Dlatego uważamy, że rozpoznanie w procesie psychoterapii powinno być zmienne i ciągłe.

PIŚMIENNICTWO

1. Popielarska M, Suffczyńska-Kotowska M. Zaburzenia w odżywianiu się. W: Popielarska M, red. Psychiatria wieku rozwojowego. Warszawa: PZWL; 2000: 156–64.
2. Sullivan P. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995; 152 (7): 1073–5.
3. Pearlstein T. Eating disorders and comorbidity. Arch Women Ment Health 2002; 4: 67–78.
4. Murawiec S. Adolescencja z perspektywy terapii. Dialogi – Zeszyty IPP 2003; 1–2: 7–14.
5. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, Jacoby G, Schussler G. Am J Psychiatry 1995; 152 (1): 72.
6. Janas-Kozik M, Krupka-Matuszczyk I, Augustyniak E, Szymaszal J. Jadłowstręt psychiczny – współwystępowanie z zespołem obsesyjno-kompulsyjnym i zespołem depresyjnym. W: XLI Zjazd Psychiatrów – Streszczenia zjazdowe; s. 98.
7. Żechowski C. Psychotyczny typ jadłowstrętu psychicznego. Anoreksja a schizofrenia. Dialogi – Zeszyty IPP 2003; 1–2: 27–31.
8. Nogas G. Psychodynamiczne rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: Wyd UJ; 1993: 72–82.

9. Jakubczyk A, Żechowski C. Mechanizmy „pogranicznej” (borderline) struktury osobowości w anoreksji. *Dialogi – Zeszyty IPP* 1996; 2–3: 48–56.
10. Żechowski C. Rola obiektów pośredniczących w terapii anorexia nervosa. *Dialogi – Zeszyty IPP* 1996; 4: 35–40.
11. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. Jadłowstręt psychiczny – różne postacie, różne terapie. W: Bomba J, Józefil B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej – co, kiedy, komu*. Kraków: PTP; 2003: 47–53.
12. Goldstein E. *Zaburzenia z pogranicza*. Gdańsk: GWP; 2003: 39–57.
13. Drozdowski P. Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się. W: Bomba J, Józefil B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej – co, kiedy, komu*. Kraków: PTP; 2003: 55–61.

Adres: Dr Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Psychiatrii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. G. Zapolskiej 3, 42-550 Sosnowiec-Klimontów, tel. (32) 2665052, e-mail: malgorzata.janas-kozik@psychiatria.pl