



Psychoterapia w grupie homogennej w procesie leczenia pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego – opis przypadku

Homogeneous group psychotherapy in the process of treatment of a patient with anorexia nervosa – case report

BEATA RAJCZYK, LILIANA BIERNACKA

Z Poradni Zdrowia Psychicznego Centrum Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie

STRESZCZENIE. Opis przypadku pacjentki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, u której stosowano różne formy terapii w ciągu 2 lat leczenia: hospitalizacja, psychoterapia indywidualna o charakterze poznawczo-behawioralnym oraz analiza genogramu, uzyskując jedynie nieznaczną poprawę stanu somatycznego, psychicznego i funkcjonowania społecznego. Dopiero podjęcie terapii w homogennej grupie dla pacjentek z zaburzeniami odżywiania przyniosło znaczną poprawę stanu pacjentki i umożliwiło jej prawidłowe funkcjonowanie w otoczeniu.

SUMMARY. Various forms of therapy were used during two years in the case of a female patient diagnosed with anorexia nervosa: hospitalisation, cognitive-behavioural individual psychotherapy, and genogram analysis. Only slight improvement of the patient's somatic, psychological and social functioning was attained. It is only group therapy in a homogeneous group of female patient with eating disorders turned out to be effective – a marked improvement of the patient's condition was attained so that she was capable of normal functioning in her environment.

Słowa kluczowe: psychoterapia grupowa / jadłowstręt psychiczny / opis przypadku

Key words: group psychotherapy / anorexia nervosa / case report

Leczenie pacjentów z zaburzeniami odżywiania jest procesem długotrwałym i złożonym, wymagającym nieraz stosowania równoległe różnych oddziaływań lekarskich i terapeutycznych. Psychoterapia grupowa stanowi często jeden z elementów programu terapeutycznego i jest stosowana łącznie z innymi metodami leczenia. Może mieć różne formy w zależności od założeń teoretycznych i orientacji ośrodka terapeutycznego. Celem grupy psychoterapeutycznej jest leczenie i wprowadzanie indywidualnych zmian funkcjonowania jej uczestników, które mogą następować dzięki ich aktywności oraz działaniom terapeuty. Relacje, w jakie wchodzi członkowie grupy (tzw. dynamika

grupowa), są wykorzystywane przez terapeutów różnych orientacji w mniejszym lub większym stopniu. Psychoterapia w grupie może być w różny sposób zorganizowana, a w zależności od modelu leczenia różne są też kryteria doboru uczestników grupy, rola terapeuty oraz formy oddziaływań terapeutycznych [1].

Grupa dla pacjentek z zaburzeniami jedzenia istnieje w Szczecinie od 1997 r., utworzona początkowo przy Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży jako wspomagająca program leczenia szpitalnego, od 1999 r. funkcjonująca wyłącznie w trybie ambulatoryjnym. Autorki niniejszego artykułu prowadzą ją wspólnie od początku 2000 r. Jest

to grupa zamknięta, kwalifikowane są do niej pacjentki z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia, czyli anoreksji i bulimii psychicznej. Są to pacjentki w „szeroko rozumianym” wieku młodzieżowym, przy czym dolną granicą wieku jest 16 lat, górną zaś stanowi nie tyle sam wiek, ile fakt pozostawania w charakterystycznym dla młodzieży związku z rodzicami zarówno na płaszczyźnie emocjonalnej, jak i materialnej (wspólne zamieszkiwanie), jak również status osoby uczącej się, bezdzietnej i niezamężnej. Pacjentki rozpoczynające terapię grupową muszą znajdować się w ustabilizowanym stanie somatycznym. Spotkania grupowe odbywają się co tydzień, trwają 3 godziny, a w przypadku grupy liczniejszej niż 10 osób – dłużej (do 4 godzin). Terapia ma charakter krótkoterminowy (10 sesji) i obejmuje różne formy pracy grupowej: swobodne dyskusje, psychodramę, pracę z ciałem (masaż, relaksacja), elementy psychoedukacji. Umożliwia również pojawienie się tzw. dynamiki grupowej. Nie jest natomiast nastawiona na behawioralną pracę z objawem, tę formę terapii pacjentki realizują na spotkaniach indywidualnych. Grupa jest z założenia utworzona jako forma wspomagająca terapię indywidualną i rodzinną. Jej krótkoterminowość ma na celu zapobieganie utrwalaniu się u pacjentek tożsamości „anorektyczki” lub „bulimiczki”. Za cel grupy autorki postawiły umożliwienie pacjentkom kontaktu z grupą osób, które dobrze rozumieją ich problemy, przeciwdziałanie poczuciu osamotnienia, braku akceptacji w najbliższym otoczeniu, a jednocześnie „przetłumaczenie” ich problemów z jedzeniem i wyglądem ciała na język „problemów ogólnoludzkich”, zrozumiałych również dla osób nie dotkniętych zaburzeniami jedzenia.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka M. ma obecnie 25 lat, pochodzi z rodziny pełnej. Rodzice są urzędnikami. Ma młodszego o 4 lata brata. Jest stu-

dentką Politechniki. Do PZP trafiła w marcu 1999 r., 4 miesiące po wypisie ze szpitala psychiatrycznego, gdzie przebywała przez okres 6 tygodni. W szpitalu znalazła się z powodu próby samobójczej (zażycie leków), którą określała sama jako rozpacziwą próbę zwrócenia uwagi rodziców na swoje problemy. Jej zaburzenia zaczęły się w 18 roku życia pod postacią restrykcyjnej formy jadłowstrętu, a następnie przybrały formę bulimiczną, przy utrzymującej się niskiej wadze ciała (ok. 45 kg/176 cm). Rodzice, jak twierdziła, nie reagowali na jej chudnięcie, odmowę jedzenia traktowali jako formę kaprysu córki. Relacje w rodzinie pacjentka określała jako chłodne, powierzchowne. W rodzinie władzę sprawowali mężczyźni, od kobiet zaś wymagano poświęcenia. Wyraźnie odczuwała brak akceptacji i miłości ze strony matki. W trakcie hospitalizacji pacjentka czuła się bardzo dobrze, w oddziale szpitalnym nawiązała dobre relacje z innymi pacjentami i personelem, była chętna do współpracy, znacznej poprawie uległy też objawy dotyczące jedzenia (przestała wymiotować). Po wyjściu ze szpitala stan pacjentki zaczął ulegać stopniowemu pogorszeniu, co sama pacjentka wiązała z brakiem oczekiwanego zainteresowania i nadmiernym krytycyzmem rodziców. Ponieważ w związku z pobytem w szpitalu musiała wziąć urlop dziekański, straciła też kontakt ze środowiskiem rówieśniczym. Jednak nawet przed urlopem raczej izolowała się od grupy studentów, nie utrzymywała też kontaktów z innymi osobami poza uczelnią, unikała dawnych koleżanek.

W momencie podjęcia terapii indywidualnej stan somatyczny pacjentki był stabilny, nie miesiączkowała, napady bulimiczne występowały 1–2 razy dziennie przez większość dni w tygodniu, miała duże trudności z mówieniem o sobie, bardzo często płakała. Sesje terapeutyczne odbywały się w odstępach tygodniowych przez okres około roku, terapia miała charakter poznawczo-behawioralny. Przez ten czas uległ poprawie

nastój pacjentki, stała się bardziej otwarta w kontakcie z terapeutą, ale nadal unikała kontaktów z otoczeniem, bała się ludzi, nie udało się osiągnąć wyraźnej poprawy w zakresie objawów dotyczących jedzenia. Pacjentka przerwała terapię bez uprzedzenia na okres 2 miesiące, po czym wróciła z chęcią kontynuacji terapii. W tym momencie stan pacjentki w zakresie objawów (niska waga, napady bulimiczne) nie uległ zmianie, natomiast zauważalne było pogorszenie nastroju, przedstawiane przez pacjentkę jako zubożenie, apatia, poczucie bezsilności, niskiej wartości oraz dokuczliwe poczucie wyobcowania w środowisku rówieśniczym (pacjentka wróciła na studia). Sama pacjentka jako cel terapii zaproponowała pracę nad motywacją do jakiegokolwiek zmiany w jej życiu. W trakcie spotkań indywidualnych, które rozszerzono o elementy pracy z genogramem, zaproponowano też pacjentce terapię grupową w oddziale dziennym nerwic, propozycję tą odrzuciła z dwóch powodów: formy dziennej, która kolidowała z jej studiami oraz poczucia, że nie pasuje do grupy dorosłych ludzi, gdyż pomimo 24 lat ma wrażenie, jakby „zatrzymała się w rozwoju” w wieku 17 lat, kiedy zaczęła się odchudzać. Wtedy zaproponowano pacjentce grupę „młodzieżową” dla pacjentek z zaburzeniami jedzenia, na co wyraziła zgodę. Założono, że dla tej pacjentki korzystne będzie nawiązanie kontaktu z osobami rozumiejącymi jej problemy z jedzeniem, których bardzo się wstydziła, a przede wszystkim kontakt z grupą młodszych dziewcząt, o zbliżonej dojrzałości emocjonalnej. Założono również, że terapia w grupie ułatwi pacjentce proces separacji emocjonalnej od rodziny, gdzie nie miała dotąd poczucia bezpieczeństwa i akceptacji i poprzez chorobę wciąż dążyła do uzyskania zainteresowania. Początek terapii był dla pacjentki trudny, mówiła, że czuje się źle jako najstarsza, jej wypowiedzi były pełne smutku i zawstydzenia. Stopniowo jednak sytuacja ulegała zmianie. Pacjentka zdecydowała się na otwarcie i szczerość

w grupie, traktując to jako „ostatnią deskę ratunku”, dużo mówiła o swoich uczuciach, poruszała nawet najbardziej dla niej wstydliwe i bolesne tematy, chętnie brała udział w psychodramie i pracy z ciałem, dawała innym pacjentkom dużo wnikliwych informacji zwrotnych. Otrzymała również dużo pozytywnych zwrotów od grupy, po raz pierwszy poczuła się wysłuchana, akceptowana i doceniona. W momencie, kiedy jedna z uczestniczek grupy przechodziła kryzys w stanie somatycznym i musiała przerwać terapię, aktywnie wspierała ją po odejściu z grupy, przyjaźń tą utrzymuje do chwili obecnej.

Znaczący w terapii pacjentki był fakt, że grupa w pewnym momencie zaczęła postrzegać ją jako osobę najbardziej dojrzałą i asertywną. W trakcie terapii grupowej pacjentka zaczęła nawiązywać relacje z koleżankami z uczelni, odnowiła też stare znajomości sprzed lat. Po zakończeniu terapii w grupie pacjentka kontynuowała terapię indywidualną. W ciągu miesiąca ustąpiły objawy bulimiczne, pacjentka przybrała na wadze (ok. 55 kg), pojawiła się miesiączka. Obecnie jest na ostatnim roku studiów, prowadzi aktywne życie towarzyskie, poprawiły się jej relacje z rodzicami. Terapia indywidualna o charakterze podtrzymującym odbywa się nadal w odstępach 2–3 tygodniowych.

KOMENTARZ

W opisanym przypadku przedstawiono wpływ terapii w grupie homogennej na zakończony sukcesem proces leczenia pacjentki chorującej od 6 lat na jadłowstręt psychiczny.

Terapia w takiej grupie może mieć pozytywny wpływ na pacjentki z zaburzeniami jedzenia, których głównym problemem jest izolacja społeczna i brak satysfakcjonujących związków z rodziną. W przypadku pacjentek starszych z długotrwałym przebiegiem choroby, których funkcjonowanie spo-

łeczne bardziej przypomina funkcjonowanie osoby w wieku młodzieżowym niż dorosłym, łatwiej jest uzyskać poczucie zrozumienia i spójności z grupą osób w wieku dojrzewania, jednocześnie kontakt z grupą młodszych osób, wśród których taka osoba ma szansę poczuć się bardziej dojrzała, mo-

że stymulować ją do podjęcia kontaktu również ze środowiskiem rówieśniczym.

PIŚMIENNICTWO

1. Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Coll Med UJ; 1996.

*Adres: Dr Beata Rajczyk, Poradnia Zdrowia Psychicznego Centrum Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROJE”,
ul. Żołnierska 55, 71–210 Szczecin*