

## Terapia pacjentki z rozpoznaniem anorexia nervosa - ilustracja kliniczna

*Treatment of a patient with anorexia nervosa - a clinical example*

MAŁGORZATA ŻYDOWICZ, LIDIA POPEK

*Z Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu*

**STRESZCZENIE:** *Na przykładzie przypadku 15-letniej Hanny przedstawiono metody terapii pacjentek leczonych z powodu jadłowstrętu psychicznego, stosowane w oddziale młodzieżowym w Toruniu, ze zwróceniem uwagi na konieczność podejścia holistycznego.*

**SUMMARY:** *The case of 15-year-old Hanna served to illustrate methods used in the therapy of female patients treated for anorexia nervosa in the adolescent psychiatry ward in Toruń. The importance of a holistic approach was particularly emphasized.*

---

**Słowa kluczowe:** jadłowstręt psychiczny / terapia / podejście holistyczne

**Key words:** anorexia nervosa / treatment / holistic approach

---

Leczenie zaburzeń jedzenia jest bardzo różnorodne, zależy od teoretycznego podejścia danego ośrodka i jego doświadczeń. Rozpoczynając pracę z pacjentkami z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego staraliśmy się stworzyć własny program leczenia, opierając się na doświadczeniach wyniesionych ze stażów i praktyk odbywanych przez lekarzy i psychologów w polskich ośrodkach psychiatrycznych. Naszą metodą z wyboru jest podejście systemowe (1), jednakże ze względu na to, iż do oddziału przyjmowane są pacjentki o różnym stopniu nasilenia objawów psychopatologicznych, musieliśmy wprowadzić zasadę kompleksowości leczenia i nie doprowadzać do tego, aby psychoterapia ukierunkowana na rozwiązanie kryzysu adolescencji przebiegała w oderwaniu od leczenia somatycznego. Tylko ścisłe połączenie tych dwóch wątków w terapii wydawało się nam wstępnym warunkiem każdego sensownego systemu leczenia tych zaburzeń. Pierwszy rok pracy zespołu terapeutycznego był okresem zbierania doświadczeń i ich modyfikacji w celu objęcia procesem terapii jak naj-

większych płaszczyzn zaburzonego funkcjonowania naszych pacjentek. Efekty tej pracy ilustruje opis terapii piętnastoletniej Hanny przedstawiony na tle pozostałych pięciu pacjentek leczonych z tego samego powodu. Od maja do października 1994 r. terapią objętych zostało sześć dziewcząt w wieku od dwunastu do dziewiętnastu lat z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Trzy z nich pochodziły z rodzin pełnych (rodzice dwóch posiadali wyższe, a jednej średnie wykształcenie), dwie pochodziły z rodzin alkoholowych (wykształcenie rodziców średnie i podstawowe). Jedna pacjentka była wychowywana przez matkę (wykształcenie średnie) - ojciec zmarł z powodu zawału serca, gdy miała trzy lata.

Wszystkie one prezentowały następujący zestaw objawów obejmujący (4):

- 
- (a) ubytek masy ciała od 15% do 20% wagi należnej dla wieku i wzrostu,
  - (b) wtórny zanik miesiączki,
  - (c) obfite, puszyste owłosienie kończyn,
  - (d) okresy wzmożonej aktywności,
  - (e) bradykardia,

- (f) okresy wzmożonego łaknienia,
- (g) zaburzona percepcja i przeżywanie schematu budowy i funkcjonowania ciała,
- (h) objawy depresji.

Po przyjęciu do oddziału wszystkie pacjentki wyraziły zgodę na hospitalizację, a ich program leczenia przebiegał w następujący sposób:

1. Indywidualny trening behawioralny - dostosowany do wieku i potrzeb pacjentki.
2. "Terapia grupowa" (2-4 pacjentki) ukierunkowana na zmianę obrazu własnego ciała i jego proporcji (2).
3. Terapia indywidualna, prowadzona w końcowej fazie leczenia, nastawiona na realizację procesów separacji/indywiduacji.
4. Terapia rodzinna (1).
5. Farmakoterapia.
6. Obowiązkowo - udział w zajęciach terapeutycznych przeznaczonych dla wszystkich pacjentów oddziału młodzieżowego.

Średni pobyt pacjentek w oddziale wynosił od dwóch do trzech miesięcy. W początkowym okresie pobytu pacjentki były negatywnie ustosunkowane do wszystkich form terapii, przyrost wagi w tym okresie następował powoli. W miarę uzyskiwania wglądu w cel terapii objawy psychopatologiczne ustępowały, nastąpiło przeniesienie centrum zainteresowania z faktu przyrostu wagi na problemy rodzinne. Pacjentki domagały się kontynuacji terapii rodzinnej, same "pilnowały" przestrzegania terminów spotkań. Wszystkie zostały wypisane po uzyskaniu wyznaczonej wagi, niektóre kontynuują spotkania indywidualne i rodzinne po wyjściu ze szpitala.

## ILUSTRACJA KLINICZNA

Hanna lat 15, uczennica II klasy LO, skierowana do szpitala po wielu wcześniejszych próbach terapii w trybie ambulatoryjnym. Jest dzieckiem z pierwszej ciąży, o prawidłowym przebiegu, poród bez powikłań, waga urodze-

niowa 3200 g. Rozwój psychoruchowy prawidłowy, dotąd poważnie nie chorowała. Do trzeciego roku życia wychowywana przez rodziców matki (matka kontynuowała studia). Od trzeciego do szóstego roku życia wychowywana przez rodziców z pomocą rodziny. W szkole od początku pojawiły się problemy adaptacyjne. Mimo to, aż do ukończenia szkoły podstawowej uczyła się bardzo dobrze. Do obowiązków szkolnych podchodziła perfekcyjnie. Szkołę średnią wybrała pod wpływem porad rodziców, nauka nadal nie sprawiała jej dużych trudności, choć osiągała gorsze wyniki. W 13 roku życia zaczęła miesiączkować regularnie, aż do wieku 14 lat i 10 miesięcy, kiedy to w następstwie stosowanej od roku diety przestała miesiączkować. Jak wynikało z wypowiedzi obojga rodziców Hanna zaczęła się odchudzać uważając, że jest zdecydowanie za gruba (165 cm/57 kg). W początkowym okresie odchudzania narzekała na częste zaparcia, w efekcie czego matka podawała jej środki przeczyszczające, które Hanna przyjmowała w coraz większych ilościach, bez wiedzy rodziców. Prowokowała wymioty jeden do dwóch razy dziennie, przestała wymiotować przed sześcioma miesiącami ze względu na "złe samopoczucie" (ból brzucha). Od ośmiu miesięcy przygotowywała posiłki dla całej rodziny, wiele czasu spędzała w kuchni.

Odmowa jedzenia z jej strony powodowała częste kłótnie pomiędzy rodzicami, którzy wzajemnie oskarżali się o brak wpływu na córkę. Wg Hanny rodzice są zgodnym, bardzo szczęśliwym małżeństwem, a ona jest jedyną przyczyną ich kłótni. Z matką ma dobry, lecz powierzchowny kontakt, z ojcem nikły. Oboje rodzice mają wyższe wykształcenie i są bardzo zaangażowani w swoją pracę zawodową. Hanna jest dla nich pełna uznania i podziwu, uważa, że nigdy nie będzie w stanie im dorównać. Z młodszą czternastoletnią siostrą nie ma dobrego kontaktu. Różnią się znacznie temperamentem i zainteresowaniami. Decyzję o hospitalizacji podjęła wspólnie z rodzicami. Uważała, że nie są oni w stanie jej pomóc, w

związku z tym należy ich odciążyć od problemów związanych z jej chorobą.

Stan psychiczny przy przyjęciu do szpitala: świadomość jasna, orientacja pełna we wszystkich kierunkach. Kontakt werbalny i pozawerbalny dobry, odpowiedzi wykraczające poza zakres zadawanych pytań, słownictwo bogate. Nastroj obniżony, mimika uboga. Napęd psychoruchowy wyrównany. Uwaga skupiona na sobie. Tok myślenia zborny. Zaburzenia schematu własnego ciała. Brak akceptacji obecnego wyglądu, lęk przed przytęciem. Bez zaburzeń snu. Zaburzenia jedzenia w postaci ograniczenia przyjmowania posiłków aż do całkowitej odmowy jedzenia.

W stanie somatycznym stwierdzono następujące odchylenia od stanu prawidłowego: wyniszczenie (waga 39,400 kg przy wzroście 169 cm), skolioza, odstające łopatki, blada, sucha, mało elastyczna, słabo ucieplona skóra, obfite owłosienie, zmiany trądzikowe na twarzy, tkanka tłuszczowa w zaniku.

W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu do szpitala stwierdzono: Hb - 11,6 g%, Ht - 36%, E - 3620000/mm<sup>3</sup>, L - 7100/mm<sup>3</sup>, żelazo pozahem. - 35 mg%, EEG (wnioski): zaznaczona patologia w okolicach przednio-skroniowych z lateralizacją lewostronną. Badanie psychologiczne: WISC-R prawidłowy, przeciętny poziom rozwoju intelektualnego II = 102 (II sł. = 93, II bsł. - 110), Bender-Koppitz WP = 102 - wynik sugerujący istnienie zmian organicznych w CUN.

W czasie pobytu w oddziale nastrój pacjentki był zmienny od pogodnego do płaczliwości i drażliwości. Manifestowała postawę ugrzeczną wobec terapeutów, a jednocześnie podejmowała liczne próby manipulacji (szczególnie w pierwszej fazie leczenia) związane ze schematem odżywiania i realizowanym programem. W miarę trwania terapii uzyskiwała wgląd we własne problemy, przybierając systematycznie na wadze.

Wypisana z oddziału w stanie ogólnym dobrym z wagą 53 kg przy wzroście 169 cm, nadal nie pojawiła się miesiącza. Nastąpiła poprawa wyglądu skóry, która stała się bar-

dziej elastyczna i zdecydowanie mniej owłosiona. W badaniach laboratoryjnych Hb - 12,0 g%, Ht - 36%, E - 3650000, żelazo pozahem. - 80 mg%.

## PRZEBIEG TERAPII

### Indywidualny trening behawioralny

W drugim dniu pobytu w oddziale Hanna została poinformowana, iż jedną z form terapii będzie stosowanie nagród i kar za osiąganie lub zahamowanie przyrostu wagi ("zdobywanie" przywilejów, np. telefon do domu, wyjście na spacer, po uzyskaniu określonej wagi oraz ich "odbieranie" przy ponownym spadku wagi). Czas uzyskiwania poszczególnych "nagród" nie został określony przez terapeutę, o tym mogła decydować sama pacjentka.

Program Hanny prezentował się następująco:

---



---

waga 40,500 kg - możliwość rozmów telefonicznych,

waga 41,500 kg - możliwość oglądania TV, video,

waga 42,500 kg - spacer 20 min. po terenie szpitala pod opieką personelu,

waga powyżej 44,500 kg - możliwość odwiedzin matki, ojca, siostry,

waga powyżej 45,500 kg - możliwość wychodzenia poza obręb szpitala pod opieką personelu i z pacjentami,

waga powyżej 46,500 kg - możliwość odwiedzin osób z dalszej rodziny, koleżanek, kolegów, znajomych,

waga powyżej 48,000 kg - możliwość wyjścia na spacer pod opieką matki lub ojca,

waga powyżej 50,000 kg - możliwość uzyskania przepustki do domu na weekend,

waga powyżej 53,000 kg - wypis ze szpitala w przypadku utrzymania tej wagi przez dwa tygodnie

---



---

Ważenie pacjentki odbywało się każdego dnia przed śniadaniem. O jego wyniku Hanna informowała terapeutów w trakcie porannego

spotkania, powiadamiając o uzyskaniu kolejnego przywileju. Od momentu rozpoczęcia leczenia nie stosowano wobec pacjentki żadnych form przymusu, czy nakazu. Sama decydowała o ilości spożywanych pokarmów, wyraźnie podkreślono, że od niej samej zależy długość pobytu w oddziale, a zaobserwowane przez personel sytuacje związane z niechęcią lub odmową jedzenia były omawiane i rozwiązywane w trakcie zajęć psychoterapeutycznych (3).

### Terapia nacelowana na zmianę obrazu własnego ciała i jego proporcji

Równoległe z treningiem behawioralnym wszystkie pacjentki leczone z powodu jadłowstrętu psychicznego spotykały się trzy razy w tygodniu na godzinnych zajęciach z terapeutą, w trakcie których przeprowadzano:

- 
- 
- (a) psychoedukację (skutki odchudzania - zmiany somatyczne i psychiczne)
  - (b) ćwiczenia fizyczne ("bądź świadom własnego ciała" - jego możliwości i ograniczeń spowodowanych chorobą) (5)
  - (c) trening relaksacyjny (Jacobsona, Schultza) (6)
  - (d) psychodramy ("odgrywanie" uczuć, rozpoznawanie stanów psychicznych innych ludzi) (7)
  - (e) ćwiczenia dotykowe (jak widzę siebie, jak inni mnie widzą)
  - (f) ćwiczenia rozwijające wewnętrzny i zewnętrzny schemat ciała (indukcje kinestetyczne: oddychanie różnymi partiami ciała, wykorzystanie napięcia, "rysunek" własnego ciała) (2)
- 
- 

Po każdym zajęciach pacjentki omawiały z terapeutą swoje doznania, korygując dotychczasowy, zaburzony schemat własnego ciała.

### Terapia indywidualna

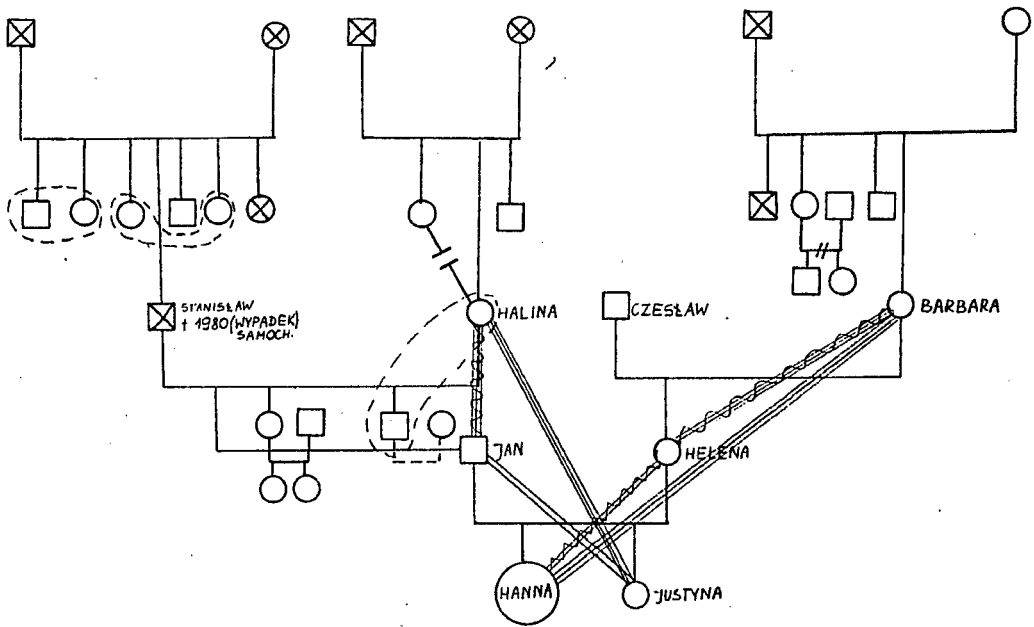
W końcowej fazie terapii, po uzyskaniu wymaganej wagi, pacjentki spotykały się z terapeutą trzy razy w tygodniu w celu określenia przez dojrzewającą dziewczynę podstawowego zakresu własnej autonomii, przewy-

żenia trudności w realizowaniu procesu separacji/indywidualizacji oraz przyczynienia się do kształtowania jej tożsamości psychoseksualnej. Efektem pracy z Hanną była zmiana sposobu ubierania - dbałość o wygląd zewnętrzny i podkreślanie własnej kobiecości, nawiązanie bliższych kontaktów towarzyskich z rówieśnikami, samodzielne przyjazdy do szkoły i powroty do domu (dotychczas była odwożona i przywożona przez rodziców), uzyskanie przekonania, że nie musi kontynuować zainteresowań rodziców, żeby osiągnąć w przyszłości satysfakcję zawodową.

### Terapia rodzinna

Wszystkim rodzinom pacjentek leczonych z powodu jadłowstrętu psychicznego, w drugim tygodniu pobytu w szpitalu proponowano terapię rodzinną (1). Jeśli rodzina podejmowała decyzję terapii, spotkania odbywały się w trakcie hospitalizacji oraz były kontynuowane po jej zakończeniu jeszcze około dwóch do trzech miesięcy. W czasie kolejnych spotkań rodziny Hanny, zarysowały się następujące problemy (rys. 1):

- 
- 
- duży opór w rodzinie w ujawnianiu wzajemnych relacji emocjonalnych,
  - sztywność w komunikacji międzypokoleniowej i wewnątrz rodziny generacyjnej,
  - styl "komputerowo-racjonalny" jako sposób komunikacji małżeńskiej,
  - przywiązywanie dużego znaczenia do wyglądu zewnętrznego, dbałość o zachowanie szczupłej, sportowej sylwetki przez rodziców,
  - w rodzinie matki dominująca rola kobiet i powstawanie diad "babcię - wnuczki" przy jednoczesnym dystansie pomiędzy matkami i córkami,
  - w rodzinie ojca dominująca rola mężczyzn, bliskie związki synów z matkami,
  - ścisły związek podsystemu pary małżeńskiej przy rywalizacyjnym związku podsystemu dzieci,
  - wzajemne obwinianie się rodziców o chorobę córki,
  - symetryczny rodzaj komunikacji między rodzicami i dziećmi.
- 
-



Rysunek 1. Genogram opisywanej rodziny Hanny.

Główne kierunki oddziaływań terapeutycznych dotyczyły rozluźnienia podsystemu pary małżeńskiej i wzmocnienia podsystemu dzieci oraz lepszej komunikacji między podsystemami. Pracowano także nad rozluźnieniem diad babcia - wnuczka i zmniejszeniem dystansu między matką a pacjentką poprzez zmianę stylu komunikacji z symetrycznego na komplementarny.

## Farmakoterapia

Wszystkie pacjentki równolegle ze stosowaną psychoterapią były leczone fluoksetyną w dawce 20 mg do 60 mg. Otrzymywały również, w zależności od występujących w przebiegu jądłowstrętu psychicznego innych zaburzeń, lewotyroksynę, żelazo, witaminy, a w niektórych przypadkach (szczególnie gdy w obrazie EEG stwierdzano zapis nieprawidłowy) karbamazepinę.

U Hanny stosowano fluoksetynę w dawce do 40 mg, karbamazepinę w dawce do 400 mg, żelazo w dawce do 375 mg siarczany żelazowego. Zestaw witamin (*Vibovit*), okresowo antybiotyk (*Amoxicillin*) oraz *Inosinum*. Po zakończeniu leczenia szpitalnego stopniowo wycofano się z leczenia fluoksetyną, natomiast utrzymano leczenie karbamazepiną.

## WNIOSKI

1. W terapii zaburzeń jedzenia najefektywniejszą formą pracy jest podejście holistyczne.
2. Wszystkie formy terapii muszą być prowadzone przez tych samych, ściśle ze sobą współpracujących terapeutów.
3. Świadomy udział pacjentek we wszystkich oddziaływaniach terapeutycznych pozwala na rezygnację ze stosowania form przymusu i nakazu.

**PIŚMIENNICTWO**

1. Barbaro B.: Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Collegium Medicum UJ, Kraków 1994.
2. Paul-Cawallier F.: Wizualizacja. Dom Wydawniczy "Rebis", Poznań 1992.
3. Orwid M.: Zaburzenia psychiczne u młodzieży. PZWL, Warszawa 1981.
4. Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Collegium Medicum UJ, Kraków 1993.
5. Psychologiczne gry i ćwiczenia grupowe. Wydawnictwo IBE, Warszawa 1991.
6. Siek S.: Higiena psychiczna i autopsychoterapia. ATK, Warszawa 1982.
7. Wardaszko-Lyskowska H.: Terapia grupowa w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1980.

*Adres: Lek. Lidia Popek, ul. Szeroka 32 m. 4, 87-100 Toruń.*