

BEATA PAWŁOWSKA

## RODZINNE UWARUNKOWANIA I TERAPIA CHORYCH NA JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY

Zaburzenia odżywiania stanowią poważne ryzyko zdrowotne dla młodych kobiet i dziewcząt. Ich nieleczenie grozi pogorszeniem zdrowia fizycznego, funkcjonowania psychospołecznego i może doprowadzić do śmierci. Śmiertelność określa się na około od 15 do 20%. Wyniki badań epidemiologicznych, prowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Europie Zachodniej, a także w Polsce, wskazują na narastanie liczby pacjentów, u których rozpoznaje się jadłowstręt psychiczny. Z uwagi na te tendencje oraz zagrożenie dla życia i zdrowia, jakie niesie ze sobą anoreksja, bardzo ważne jest jej właściwe rozpoznanie i leczenie.

Współcześnie rozpoznaje się jadłowstręt psychiczny na podstawie kryteriów opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM-IV. Do kryteriów tych należą:

1. Odmowa utrzymywania wagi ciała na poziomie lub powyżej minimalnej prawidłowej dla wieku i wzrostu.
2. Intensywny lęk przed przyrostem wagi lub otyłością, mimo niedowagi.
3. Zaburzony sposób, w jaki waga ciała lub jego wymiary są przeżywane, przesadny wpływ wagi i wymiarów ciała na samoocenę albo negacja znaczenia aktualnej niskiej wagi ciała.
4. U kobiet miesiączkujących – brak kolejnych trzech cykli miesięczkowych.

Wyróżniono ponadto dwa podtypy jadłowstrętu psychicznego:

A – Typ restrykcyjny, charakteryzujący się ograniczaniem jedzenia i intensywnymi ćwiczeniami fizycznymi, natomiast nie występują regularne napady żarłoczności lub zachowania przeczyszczające.

B – Typ bulimiczno-przeczyszczający, który cechują regularne zachowania przeczyszczające lub bulimiczne (to jest prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych, lewatyw)<sup>1</sup>

Ostatnie dziesięciolecia przynoszą wzrost zainteresowania jadłowstrętem psychicznym jako jednostką chorobową, czy raczej zespołem klinicznym uwarunkowanym biologicznie, psychologicznie, rodzinnie i społecznie. Ciągłe jednak toczony są spory naukowców na temat etiologii, klasyfikacji i terapii tego zaburzenia.

## I. TRANSGENERACYJNY MODEL

### RODZINNYCH UWARUNKOWAŃ JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO

W artykule przedstawiono jedną z ciekawszych koncepcji dotyczących przyczyn jadłowstrętu psychicznego, opartą na transgeneracyjnym modelu Webera i Stierlina. Autorzy ci opisali przekazywane z pokolenia na pokolenie rodzinne wzory zachowań, które ich zdaniem mają istotne znaczenie w genezie i rozwoju zaburzeń odżywiania. Rodziny kobiet z jadłowstrętem psychicznym z generacji na generację są silnie „zakleszczone”, zamknięte, mało plastyczne, jeśli chodzi o sposoby zmian reagowania w różnych sytuacjach. Cechują je zaburzone granice interpersonalne. Porównywane są z domem, w którym wszystkie drzwi wewnątrz są otwarte, także w dosłownym sensie. Każdy o każdej porze może wejść do każdego pomieszczenia. Sama sypialnia rodziców jest również często otwarta przed dziećmi. Podczas gdy wszystkie drzwi wewnętrzne są otwarte, drzwi zewnętrzne domu pozostają szczelnie zamknięte. W rodzinie przekazywany jest najczęściej przez ojca typowy mit, który brzmi: „jesteśmy prawdziwym klanem rodzinnym” Klan ten chroni się przed światem zewnętrznym, jest przed nim hermetycznie zamknięty. Jednocześnie rodzice przekazują córce komunikaty, jaka jest słaba, bezradna, wymagająca ochrony przed zagrażającym światem, przed którym tylko oni mogą ją obronić. Bronią się przed jakimikolwiek zmianami w rodzinie poprzez integrację jej członków. Nowe informacje nie są przyjmowane i przepracowywane, a tłumieniu ulegają wszelkie kroki związane z procesem poszukiwania własnej tożsamości, indywidualności i rozwoju autonomii<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> J. K o m e n d e r, *Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy*, „Nowa Medycyna”, 3(1996), nr 17, s. 5-7.

<sup>2</sup> G. W e b e r, H. S t i e r l i n, *Familiendynamik und Familientherapie der Anorexia nervosa-Familie*, [w:] *Anorexia Nervosa*, Hrsg. R. Meermann, Stuttgart: Schattauer 1981,

W omawianych rodzinach wyraźnie widać tendencję do bardzo mocnego emocjonalnego uzależniania dziecka, co wykorzystywane jest do manipulowania nim. Miłość, opieka, wychowanie dzieci rozumiane jest jako intensywne troska o zdrowie fizyczne, egzystencję materialną, karmienie, ochrona przed światem zewnętrznym, wyznaczanie reguł, wykluczanie sprzeciwu. Niezaspokojone pozostają potrzeby emocjonalne. Matki dziewcząt z anoreksją niecierpliwie, z lękiem i nadopiekuńczością obserwują fizyczny rozwój córek. Osoby obce oceniają często te zabiegi jako przejaw miłości i poświęcania się dla dziecka oraz dowód rodzinnej harmonii. Karmienie zastępuje miłość i staje się jej dowodem. Zdaniem Stierlina i Webera ta koncentracja na odżywianiu się, karmieniu dziecka, nadmierna ostrożność i troska o zdrowie prowokuje w przyszłości wystąpienie zaburzeń odżywiania<sup>3</sup>. W zamian za to poświęcanie się dla córki rodzice żądają lojalności, która służy scalaniu rodziny i wyraża się często w postaci przekazu: „Jesteśmy wszyscy dla jednego, a jeden jest dla wszystkich”. Dzieci doświadczają nadopiekuńczych lub nadmiernie troskliwych postaw rodzicielskich, pozostają stale zależne i związane emocjonalnie ze swoimi rodzicami, również wtedy, gdy zakładają własne rodziny. Rodzice anorektyczek są także najczęściej zależni od swoich rodziców, z którymi tworzą symbiozę. W związku z realizacją tej reguły decyzja o odejściu od rodziny, uniezależnieniu się podejmowana jest przez dzieci rzadko lub przez wiele lat.

Kolejna główna reguła, przekazywana przez pokolenia w rodzinach kobiet z zaburzeniami odżywiania, związana jest z delegowaniem dziecka do wypełniania rodzicielskich oczekiwań. Anorektyczki są ukierunkowane na realizowanie nierealistycznych, przesadnych, irracjonalnych norm i życzeń za wszelką cenę. Oczekiwania te dotyczą odnoszenia sukcesów zarówno w nauce szkolnej, jak i w sporcie. Obserwowany u anorektyczek sportowy fanatyzm ma czasem swoje źródło w oczekiwaniach rodziców. Dziewczęta z jadłowstrętem dążą do spełnienia rodzicielskich życzeń, chcąc zasłużyć na akceptację i uznanie. Próbuje być tzw. modelowym, idealnym dzieckiem, stając się nadmiernie zależne i podporządkowane. Mają nadzieję zająć miejsce ukochanego dziecka rodziców, przeżywają rozczarowanie, gdy to oczekiwanie nie zostaje zrealizowane. Nieadekwatny do możliwości, wysoki poziom aspiracji

---

s. 108-115; H. M e s t e r, *Die Anoreksja nervosa*, Heidelberg: Springer-Verlag 1981; R. M e e r m a n n (Hrsg.), *Anorexia Nervosa*, Stuttgart: Schattauer 1981, s. 108-115.

<sup>3</sup> W e b e r, S t i e r l i n, art. cyt., s. 108-115; M e e r m a n n, dz. cyt.; M e s t e r, dz. cyt.; G. R e i c h, C. B u s s, *Familienbeziehungen bei Bulimie und Anorexia nervosa*, „Familiendynamik”, 27(2002), nr 3, s. 230-253.

prowadzi je do braku akceptacji siebie. W rezultacie nie rozpoznają one swoich uczuć i potrzeb, nie wiedzą, jakie są, wiedzą natomiast doskonale, jakie mają być, aby podobać się rodzicom. Ich samoakceptacja jest skrajnie zależna od ocen, wyobrażeń i życzeń innych. Cierpią z powodu permanentnego „głodu” akceptacji, wsparcia, podziwu i zauważenia. Anoreksja w tej sytuacji daje im poczucie bycia kimś szczególnym, mającym znaczenie, ekscentrycznym, wartościowym, staje się formą kompensacji poczucia niskiej wartości oraz braku zaufania do siebie<sup>4</sup>.

Rodzice córek, które wchodzą w okres dojrzewania, nasilają swoją opiekuńczość, zabiegi pielęgnacyjne i przekazują córce mit dotyczący konieczności poświęcania się dla innych. Zasada ta jest zakotwiczona w przekonaniu, że nie jest się wystarczająco dobrym dla rodziców. Prowadzi ona do przeświadczenia, że „dawanie jest szlachetniejsze niż branie”. Rodzinny wymóg poświęcania się przekazują niewerbalnie matki: „Popatrz, ja dałam tobie wszystko, a przede wszystkim to, czego sama nie dostałam. Dlatego ty nie żądaj za dużo”. Dziecko odbiera tę informację na drodze niewerbalnej, przyjmuje jako umowę i uczy się tłumić własne życzenia, potrzeby, emocje. Matka często powtarza córce z anoreksją słowa: „zazdrość i złość w tej rodzinie nie mogą być wyrażane”. Zakaz ten pozwala utrzymać obraz idealnej rodziny. Dalsze rozszerzenie rodzinnych żądań poświęcania się i ofiarności może dawać podstawy innemu fenomenowi spostrzeganemu w rodzinach kobiet z anoreksją, wyrażającemu się w ukrytej lub otwartej rywalizacji między rodzeństwem. Typowo przebiega ona przez pokolenia. Pod hasłem poświęcania się dla innych prowadzona jest w rodzinie walka, kto jest lepszy w realizacji tej reguły, kto bardziej rezygnuje z własnych potrzeb, bardziej je tłumi i poświęca się dla innych. Dążenie do autonomii i samostanowienia definiowane jest jako egoizm i blokowane. Poświęcanie się służy przejęciu nadrzędnej roli w rodzinie. To zamknięte koło osiąga krytyczny punkt, gdy anorektyczka triumfuje, ukazując siebie jako osobę, która niczego nie potrzebuje, „nawet jedzenia”, a jednocześnie jest stale obsługiwana i pielęgnowana przez wszystkich. Manifestując siebie jako ofiarę, kontroluje członków rodziny<sup>5</sup>.

W rodzinach kobiet z jadłowstrętem szczególnie ważną rolę odgrywa dążenie, aby nie doszło do rozróżnienia, określenia ról między rodzicami i dzieć-

---

<sup>4</sup> K. K o h l e, C. S i m o n s, *Anorexia nervosa*, [w:] *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, Hrsg. R. Adler und Mitarbeitern, München 1979, s. 529-556; B. B l a n c k, *Magersucht in der Literatur: Zur Problematik weiblicher Identitätsfindung*, Frankfurt: Psychologie-Verl.-Union 1984.

<sup>5</sup> W e b e r, S t i e r l i n, art. cyt., s. 108-115.

mi. W podziale ról zaznacza się autorytarna, dominująca osoba, którą jest najczęściej matka lub babcia. Nikt w tych rodzinach nie mówi jasno o swoich potrzebach, ponieważ musi podporządkować się zasadom, które są narzucane przez matkę czy babcię, która dyktuje, co jest dobre, moralne, zdrowe. Przez pokolenia przekazywana jest tendencja do tworzenia koalicji w rodzinie przeciwko innym osobom. Pod oficjalną fasadą dobrej rodzicielskiej współpracy prowadzona jest walka o dominację i o kontrolę, z którą wiąże się zmiana roli z ofiary na prześladowcę (oscylacja między tymi postawami). Powstające konflikty nie są werbalizowane i ujawniane. Rodzice sabotują siebie nawzajem i wciągają w tę walkę dziecko. Matki kobiet z anoreksją opisywane są jako osoby grające rolę ofiary, osoby pokrzywdzonej i rozzarowanej małżeństwem, własnym życiem, chroniące córki przed „zagrożającym światem”, tworzące z nimi symbiotyczny układ. Nie respektują one potrzeb własnych dzieci, projektując na nie własne dążenia i oczekiwania. Uważają, że „nikt nie wie lepiej niż matka, co czuje i potrzebuje jej dziecko” Jednocześnie, jak wynika z badań, ta izolacja od ludzi, brak zrozumienia potrzeb własnych i innych osób, negatywne relacje w małżeństwie wpływają w istotnym stopniu na niski poziom akceptacji matek przez córki. Negatywna, odrzucająca postawa w stosunku do matki, z którą córka identyfikuje się w okresie dorastania szczególnie mocno, powoduje, że czuje ona lęk przed dorastaniem, losem, jaki spotyka kobietę, dojrzewaniem seksualnym, intymnością, kontaktami z rówieśnikami, prowadzi do ukształtowania się negatywnego obrazu siebie jako kobiety i odrzucenia w przyszłości swojej roli jako matki<sup>6</sup>.

Postawy ojców dziewcząt z anoreksją, którzy opisywani są najczęściej jako słabi, pasywni, obcy, nieobecni lub tyranizujący rodzinę, poniżający je przyczyniają się do powstania u nich skrajnie ambiwalentnego obrazu płci przeciwnej. Wyniki te potwierdzają badania empiryczne, które wykazały, że kobiety z anoreksją spostrzegają ojców jako wrogich, agresywnych, poniżających, egocentrycznych, manipulujących, nie dających rodzinie poczucia bezpieczeństwa i oparcia<sup>7</sup> Tworzenie przez rodziców koalicji z dzieckiem po-

---

<sup>6</sup> G. Iniewicz, B. Józefik, I. Namysłowska, R. Ulańska, *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną*, cz. I („Psychiatria polska”, 34(2002), nr 1, s. 51-64); oraz cz. II (tamże, s. 65-81); Mester, dz. cyt.; Reich, Buss, art. cyt., s. 230-253; K. Obuchowski, *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań: Zysk i S-ka 2000; M. Chuchra, B. Pawłowska, A. Płotka, *Obraz siebie i matki w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 58(2003), nr 13, s. 217-222.

<sup>7</sup> Weber, Stierlin, art. cyt., s. 108-115; B. Pawłowska, M. Chuchra, *Obraz siebie i ojca w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 58(2003), nr 13, s. 428-433.

woduje, że dziecko nie czuje w rodzicach wsparcia, nie są oni dla niego autorytetem. Brak adekwatnego do wieku dziecka, jednoznacznego autorytetu rodziców jest cechą charakterystyczną wspólną dla rodzin kobiet z anoreksją.

Wielu autorów podkreśla komunikacyjną funkcję symptomów zaburzeń odżywiania. Symptomy anoreksji, takie jak odmowa jedzenia, wymioty, ubytek masy ciała alarmują rodzinę. Anorektyczka poprzez głodówki i przeczyszczanie się przekazuje rodzicom informacje: „to co mi dajecie – jedzenie – nie jest tym, czego potrzebuję i za czym tęsknię, tzn. wsparciem, zauważeniem, akceptacją, docenieniem (nie tylko za osiągnięcia w nauce)” Rodzice nie mogą jednak odczytać tej ukrytej informacji i reagują na odchudzanie się córki jeszcze bardziej intensywnym karmieniem jej i koncentracją na zdrowiu fizycznym. W tej symetrycznie przebiegającej walce sił anorektyczka wygrywa zawsze jako strona silniejsza, mająca większą władzę, co wyraża w słowach: „moja bezradność nie jest tak duża jak moich rodziców” Poprzez zagrażające życiu odchudzanie córka koncentruje na sobie uwagę całej rodziny, za którą długi czas tęskniła, uzyskuje coraz więcej wsparcia i staje się w rodzinie coraz ważniejsza. Symptomy choroby i uwaga, którą uzyskuje, pełnią również inną rolę – scalają rodzinę. Czas, w którym dziecko próbuje zyskać samodzielność, rodzice odczuwają jako niosący cierpienie, w związku z czym dążą za wszelką cenę do zatrzymania jakichkolwiek głębszych zmian związanych z procesem dorastania, uzyskiwania autonomii przez dzieci. W tym kryzysowym momencie rodzice przeżywają lęk, niepokój i poczucie zagrożenia, że ich życie po odejściu dzieci z domu może stracić sens i treść. Również dzieci boją się utracić troskę rodziców. Rodzice muszą postawić sobie pytanie: „czy musimy na nowo tworzyć wspólnotę jako małżeństwo bez dzieci”? Pytania zadają sobie również dzieci, które – zdobywając autonomię – boją się stracić rodzicielską opiekę. Anorektyczki podejmują decyzję nierozstawania się z rodzicami. Rodzice jednocześnie zniechęcają i izolują dziecko od rówieśników, zwłaszcza płci przeciwnej, gdyż uważają, że mają oni zły wpływ na ich dziecko. Na płaszczyźnie werbalnej córka słyszy od rodziców zdania: „naturalnie chcemy, abyś często przebywała z rówieśnikami”, ale zabraniają tego na płaszczyźnie ukrytej, niewerbalnej (ze znajomych córki nigdy nie są zadowoleni, zawsze mają do nich zastrzeżenia). Rozwój rodziny jako całości ulega stagnacji, a odchodzenie dzieci z domu, ich dorastanie rodzice przeżywają jako dramat i zagrożenie dla struktury rodziny. Cykl rozwoju, przemian rodziny zostaje tłumiony przez kolejne pokolenia, gdyż każda zmiana i potrzeba dokonywania zmian przystosowawczych do nowej sytuacji spostrzegana jest jako katastrofa. Opisane reguły chronią członków rodziny przed przemianami i wiążą ich jeszcze bardziej. Napięcie, które ogar-

nia rodzinę w związku z dojrzewaniem córki, mija. Wszystko pozostaje jak dawniej i rodzina jest zjednoczona wokół problemu. Choroba integruje rodzinę, stabilizuje interakcje, gwarantuje jedność, co tłumaczy fakt zgłaszania się rodzin z córkami na terapię dopiero wtedy, gdy dziewczyna jest tak szczupła, że jej stan zagraża życiu. Zachowania członków rodziny wzmacniają się wzajemnie. Opisane transgeneracyjne wzory powodują, że córka nie jest przygotowana do autonomicznego życia na zewnątrz rodziny, przez którą traktowana jest jako najważniejsza osoba, ktoś kto stabilizuje relacje między rodzicami i nadaje ich życiu wartość i sens<sup>8</sup>

Obserwacje kliniczne ukazują, że na powstawanie zaburzeń odżywiania istotny wpływ mają również nieprawidłowe rodzinne modele żywieniowe. Zaburzone zachowania żywieniowe matek są czynnikiem ryzyka wystąpienia tych zaburzeń u córek. Matki dziewcząt z zaburzeniami odżywiania same często we wczesnym wieku stosowały diety, przywiązywały bardzo duże znaczenie do atrakcyjności fizycznej, ich rodzice wypowiadali często krytyczne uwagi i poniżające komentarze dotyczące figury, wagi, zachowań żywieniowych córek<sup>9</sup>

Ważną rolę w powstaniu i rozwoju zaburzeń odżywiania odgrywają obciążające rodzinne sytuacje, wśród których wymienia się: przejście przez dziecko funkcji rodzica, wychowawcy dla rodzeństwa z powodu nieobecności ojca, depresyjnej matki, alkoholizmu rodziców czy choroby psychicznej rodzica, śmierci członka rodziny; doświadczenie emocjonalnego wykorzystywania, które manifestuje się poniżającą krytyką, wyśmiewaniem dziecka, wykorzystywaniem fizycznym, czego wyrazem jest bicie, oraz przeżycie wykorzystywania seksualnego, które może mieć postać demoralizujących dziecko rozmów, ekshibicjonizmu czy kontaktu seksualnego; a także doświadczenia zagrażającej życiu choroby, operacji. Podkreślane jest również znaczenie emocjonalnego opuszczenia dziecka przez rodziców, gdy rodzice są zapracowani, stale nieobecni, a dziecko wiele godzin spędza przed komputerem i traci emocjonalny kontakt z rodzicami, żyje w emocjonalnej pustce<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Weber, Stierlin, art. cyt., s. 108-115.

<sup>9</sup> Reich, Buss, art. cyt., s. 230-253.

<sup>10</sup> J. V a n d e r l i n d e n, J. N o r r é, W. V a n d e r e y c k e n, R. M e e r m a n n, *Die Behandlung der Bulimia nervosa*, Stuttgart: Schattauer 1992; J. V a n d e r l i n d e n, *Anorexia nervosa overwinnen*, Tiel: Lannoo 2002; K o h l e, S i m o n s, art. cyt., s. 529-556.

## II. ZASADY TERAPII RODZINNEJ DZIEWCZĄT Z ANOREKSJĄ

W związku z opisanymi rodzinnymi schematami, wzorami zachowań oraz czynnikami odgrywającymi istotną rolę w etiologii jadłowstrętu psychicznego terapia rodzinna stanowi integralną część leczenia dziewcząt z anoreksją i zajmuje centralne miejsce w terapii zarówno stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej. Terapia dziewcząt z anoreksją obejmuje: (1) terapię somatycznych zaburzeń i uczenie prawidłowych nawyków żywieniowych; (2) psychoterapię indywidualną; (3) psychoterapię i psychoedukację rodzinną<sup>11</sup>

Zdaniem specjalistów ważniejsze od stosowanych metod terapeutycznych jest kierowanie się w pracy z rodzinami dziewcząt z anoreksją następującymi wytycznymi: (1) przyjęcie, że rodzice zachowują się najlepiej jak potrafią w danej sytuacji i zachęcanie ich do poszukania innych rozwiązań konfliktów i problemów; (2) zrozumienie rodzinnego problemu w aspekcie zaburzonych interakcji; (3) spojrzenie na pacjentkę jak na współuczestnika tej sytuacji; (4) traktowanie rodziców nie jako winnych, ale współodpowiedzialnych za rozwój zaburzeń odżywiania oraz podkreślanie roli ich współpracy w terapii; (5) traktowanie rodzeństwa dziewcząt z zaburzeniami odżywiania nie tylko jako pacjentów, ale również jako doradców i koterapeutów; (6) terapeuci muszą być świadomi, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania nie są same ofiarami nieprawidłowych reguł wychowawczych i nie można traktować ich jak „biedne dziecko”, wyrażając krytykę pod adresem „złych” rodziców. Antyterapeutycznym zachowaniem jest traktowanie pacjentki jako ofiary, nagradzanie jej za symptomy choroby, a rodziców jako prześladowców, winnych tym zaburzeniem. Ważne jest podkreślenie roli rodziców jako osób kompetentnych w czynieniu zmian, współodpowiedzialnych za poszukiwanie nowych możliwości i ich realizowanie<sup>12</sup>.

W procesie leczenia bardzo duże znaczenie ma zrozumienie przez rodziców istoty zasad terapeutycznych, ponieważ realizacja tych reguł jest możliwa tylko przy ich aktywnej współpracy. Rodzicom wyjaśnia się, że zaburzenia odżywiania należą do chorób psychosomatycznych, a więc są ściśle zwią-

---

<sup>11</sup> J. B r a k h o f f, *Eßstörungen. Ambulante und stationäre Behandlung*, Freiburg: Lambertus 1985. V a n d e r l i n d e n, N o r r é, V a n d e r e y c k e n, M e e r m a n n, dz. cyt.

<sup>12</sup> J. N o r r é, W. V a n d e r e y c k e n, *Ambulante behandeling van eetstoornissen*, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 1993; J. S p a a n s, *Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen*, Amsterdam: Uitgeverij Boom 1998; *Therapie der Magersucht und Bulimie*, Hrsg. M. Gerlinghoff, H. Backmund, Weinheim 1995; V a n d e r l i n d e n, N o r r é, V a n d e r e y c k e n, M e e r m a n n, dz. cyt.; V a n d e r l i n d e n, dz. cyt.



zane z problemami emocjonalnymi, i na ich powstanie składa się wiele czynników. Są też proszeni o to, aby podczas rozmów z córką do minimum ograniczyli tematy dotyczące jedzenia i wagi ciała, oraz informuje się ich, że podczas leczenia mogą wystąpić różne konflikty, momenty kryzysowe, gdy córka nie dokonuje postępów w terapii. Sytuacje te nie powinny jednak wpływać na ich decyzje, gdyż jedynie współpraca oraz zrozumienie problemów pomogą córce w procesie zdrowienia. Rodzice muszą być świadomi, że decyzja o przerwaniu leczenia z powodu np. „uciążliwości terapii” wiąże się z dużym ryzykiem nawrotu zaburzeń odżywiania.

Podstawowym zadaniem terapeuty jest wyjaśnienie rodzinie, jakie zagrożenia somatyczne, psychologiczne, społeczne ponosi córka w związku z chorobą. Pacjentki otrzymują broszurę informującą o tych zagrożeniach oraz praktyczne wskazówki mające pomóc w przejęciu kontroli nad nawykami żywieniowymi. Główne zasady terapii rodzinnej dotyczą wyeliminowania symptomów zaburzeń odżywiania, na których koncentruje się cała rodzina, rozwiązania wewnętrznych, rodzinnych konfliktów, zmiany dysfunkcyjnych wzorów zachowań w rodzinie, które wzmacniają i utrwalają symptomy choroby, zaspokojenia indywidualnych potrzeb w sposób konstruktywny. Ważna jest poprawa jakości relacji interpersonalnych w rodzinie, zmniejszenie lęku rodziców przed zmianami, dorastaniem dzieci, ich usamodzielnianiem się.

Vanderlinden i współpracownicy wyodrębniają trzy fazy terapii pacjentek z zaburzeniami odżywiania. Celem początkowej fazy terapii jest rozpoznanie problemu i przygotowanie rodziny do zmiany. Na pierwsze spotkanie pacjentki zapraszane są przez psychologa wspólnie z rodzicami. Często dla członków rodziny spotkanie to może być pierwszą okazją otwartej i jasnej rozmowy na temat anoreksji i innych problemów. W czasie takiego spotkania terapeutycznego panuje najczęściej napięta atmosfera. Zadaniem psychologa jest zachęcenie rodziców, rodzeństwa do wyrażenia przeżywanych emocji: lęku, wstydu, zmieszania, bezradności, troski, złości, agresji. Omawiana jest bezsensowność i destrukcyjność poszukiwania odpowiedzi na pytanie: „kto jest odpowiedzialny za chorobę pacjentki, kto jest winny?” Ważne jest natomiast to, czy córka chora na jadłowstręt, z pomocą i przy wsparciu rodziny gotowa jest skonfrontować się ze swoim problemem. Terapeuci często obserwują postawę skrajnego zaprzeczania, odrzucania przez rodziców problemów córki, gdy np. przez wiele miesięcy albo lat nikt z rodziny nie „zauważył” jej wyniszczenia<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Weber, Stierlin, art. cyt., s. 108-115; Vanderlinden, Norré, Vandereycken, Meermann, dz. cyt.

Istotnym punktem początkowej fazy terapii rodzinnej jest analiza systemu rodzinnego, zebranie informacji dotyczących struktury rodziny, związków między członkami rodziny, fazy w cyklu rodzinnym, wpływów międzypokoleniowych. Terapeuta zaprasza poszczególnych członków rodziny na spotkania. Pacjentka może również prosić o wspólną rozmowę terapeutyczną z rodzicami czy rodzeństwem. Spotkania terapeutyczne z rodziną mają formę dyrektywnej terapii rodzinnej. Planowane są rozmowy z poszczególnymi członkami rodziny, a także w podsystemach: z rodzicami oraz z pacjentką i jej rodzeństwem. Podstawowe pytanie, na które starają się odpowiedzieć członkowie rodziny, brzmi: „Jaką szczególną funkcję pełnią objawy choroby w systemie rodzinnym lub jaki jest związek pomiędzy zaburzeniami odżywiania a zaburzonym systemem rodzinnym? W centrum uwagi terapeutów prowadzących rodzinną terapię osób z zaburzeniami odżywiania powinna pozostawać struktura rodziny, rodzinne relacje oraz komunikacyjna rola symptomów. Terapeuta musi zebrać informacje na ten temat i być świadomy tego, jak ważną rolę pełnią symptomy anoreksji w funkcjonowaniu zaburzonego systemu rodzinnego. Symptomy choroby mogą być rozumiane jako realizacja ideału piękna, wyraz doskonałej samokontroli, siły i panowania nad potrzebami, mogą dawać poczucie sukcesu w panowaniu nad sobą, bycia kimś szczególnym, wyjątkowym, grać rolę alibi w związku z brakiem osiągnięć w innych dziedzinach. Objawy zaburzeń odżywiania mogą być również wyrazem buntu przeciw narzuconym regułom, rodzicielskim ideałom i ambicjom, sposobem na scalenie małżeństwa rodziców, zmuszaniem ojca, aby przestał pić, ucieczką do szpitala przed przemocą w domu, wykorzystywaniem seksualnym. Mogą stanowić także formę wyrażenia w rodzinie złości i agresji. Długotrwałe utrzymujące się objawy powodują, że choroba staje się sensem życia, ochroną przed realnym światem i ucieczką od niego. Objawy mogą być również rozumiane jako: możliwość zabicia siebie, sposób na poszukiwanie wsparcia, miłości, ochrona przed byciem kobietą, przed dorosłością, seksualnością i fizyczną atrakcyjnością, sposób na wypełnienie wewnętrznej pustki, pozostanie osobą zależną od otoczenia oraz nieponoszenie odpowiedzialności za swoje zachowania i życie, zastępstwo (przyjaźń, miłość)<sup>14</sup>.

Symptomy anoreksji są „cichym” środkiem wyrażenia obaw, życzeń, potrzeb. Gdy zostaje ujawniona ich rola, terapeuta powinien spróbować postawić

---

<sup>14</sup> B. P a w ł o w s k a, *Program terapii pacjentek z bulimią w Uniwersyteckim Centrum Psychiatrycznym w Kortenberg (Belgia)*, „Neurologia i Psychiatria”, 2004, nr 1, s. 8-15; V a n d e r l i n d e n, N o r r é, V a n d e r e y c k e n, M e e r m a n n, dz. cyt.; V a n d e r l i n d e n, dz. cyt.

hipotezy robocze, które w przypadku zaburzeń odżywiania wiążą się ściśle z interakcjami w rodzinie. Anoreksja zostaje na nowo zdefiniowana jako problem rodzinny. Podczas posiedzeń terapeutycznych pacjentka wspólnie z terapeutą powinna odnaleźć znaczenie tych nieuświadomionych treści. Nowe sformułowanie problemów pozwala na ustalenie konkretnych zmian, które są dyskutowane wspólnie z rodziną. Proces terapeutyczny uzależniony jest od szczególnej dynamiki pojedynczej rodziny i może przybrać różne formy.

Celem środkowej fazy terapii jest przygotowanie pacjentki do samodzielności i samostanowienia. Wiele rodzin ma nierealistyczne oczekiwania związane z terapią i stawia córce niemożliwe do realizacji, perfekcjonistyczne wymagania. Wyjaśnia się rodzicom, że zmiana nawyków żywieniowych, nieprawidłowych schematów myślowych i przejęcie nad nimi kontroli jest procesem długotrwałym, któremu towarzyszą zarówno sukcesy, jak i kryzysy związane silnie z uzyskiwaniem przez córkę autonomii. W miarę postępu terapii i usamodzielniania się córki rodzice często dają jej w subtelny sposób do zrozumienia, że jest za słaba, bezradna i niekompetentna, aby być samodzielną. Świat zewnętrzny przedstawiany jest przez nich jako niebezpieczny, zagrażający, a rodzina – jako jedyny ratunek przed nim. Terapeuta rodzinny powinien te negatywne informacje na temat świata rozpoznać, uczynić jawnymi i przeformułować podczas spotkań rodzinnych oraz wyjaśnić, że tak długo jak rodzice uznają córkę za niekompetentną, za słabą na zmiany, będą ją dalej chronić. Zagrożeniem dla powodzenia terapii jest założenie terapeuty, że rodzina chce dokonać zmian, ale jednocześnie nie ma on właściwego rozpoznania na temat przyczyn ambiwalentnej postawy i lęku rodziny przed radykalnymi skutkami terapii. W tej fazie do zadań priorytetowych należy konfrontacja rodziny z jej ambiwalentną postawą, np. poprzez prowokowanie rodziców do zastanowienia się nad następstwami, które mogą zdarzyć się, gdy córka przestanie mieć zaburzenia odżywiania. Z uwagi na to, że w rodzinach kobiet z zaburzeniami odżywiania brakuje osobistych granic, reguł i zasad, znaczącym tematem w terapii jest problem autorytetu rodziców. Cechą charakterystyczną, wspólną dla rodzin z anorektyczkami, jest brak adekwatnego, wspólnego autorytetu rodziców. Adekwatnego, czyli stosownego do wieku dziecka, związanego z kontrolą i samodzielnością. Rodzicielski autorytet powinien zmieniać się, harmonizować z fazą rozwojową dziecka, tak by dziecko wiedziało dokładnie, czego się od niego wymaga i jakie oczekiwania mają wobec niego rodzice. Rozwiązanie emocjonalnych problemów związanych z kwestią autorytetu rodziców pacjentek z anoreksją jest warunkiem kształtowania się ich autonomii. W rodzinach anorektyczek autorytet lub kontrola jest często tak mocna, że skutkuje brakiem autonomii dzieci, zwa-

szcza tych starszych, a sygnałem tej sytuacji jest funkcjonowanie jako „chore lub zbuntowane dziecko” W wielu przypadkach autorytet zostaje zniszczony przez koalicję rodzica z dzieckiem. Ciężko jest jednak stwierdzić, czy w terapii pacjentek z anoreksją ważniejsze jest przepracowanie koalicji z rodzicami, czy zagadnienia autorytetu. Tak długo, jak anorektyczka ma symptomy choroby, tak długo kontroluje rodzinne interakcje. Celem terapii jest pomoc rodzicom w takim sformułowaniu reguł i ich konsekwentnym przestrzeganiu, aby odzyskali wpływ na dzieci. Gdy dziecko straci wpływ na rodzica, możliwość wywierania na nim presji, manipulowania nim, będzie zmuszone do zrezygnowania z zaburzonych zachowań. Oczekiwania rodziców i reguły muszą być adekwatne do fazy rozwojowej dziecka i konsekwentnie przestrzegane. W procesie terapii oczekuje się, że dziewczyna będzie dokonywała postępów w rozwoju, dojrzewaniu, a rodzina jej to umożliwi. Terapeuta musi pomóc rodzicom w rozwiązaniu ich własnych problemów, bez angażowania w ten etap terapii dzieci. Punktem ciężkości w terapii rodzinnej są relacje w dziedzinie małżeńskiej i terapia małżeńska rodziców<sup>15</sup> Faza końcowa polega na umocnieniu zmian dokonywanych podczas terapii, zaplanowaniu dalszych spotkań z pacjentką, jej rodzicami oraz rodzeństwem.

Równoległe do terapii rodzinnej rodzice obligatoryjnie uczestniczą w grupach psychoedukacyjnych. mających na celu odciążenie ich od stresu spowodowanego dorastaniem dzieci, poczuciem winy, odrzucenia i bycia złym rodzicem oraz wynikającym z bezradności wobec własnego dziecka i porażki wychowawczej, a także wstydu i stygmatyzacji związanej z pobytem dziecka w szpitalu psychiatrycznym oraz kryzysu, którego doświadcza rodzina. Ten stres jest spotęgowany poczuciem osamotnienia i odizolowania od dzieci. W ramach tych grup zostaje przepracowany problem obwiniania psychologów i lekarzy za brak postępów w terapii, omawiane są krytyczne uwagi rodziców dotyczące zasad obowiązującego programu terapii. Rodzice spotykają się także w celu uzyskania informacji na temat etiologii, terapii, prognozy w leczeniu anoreksji. Terapeuci powinni uwzględnić fakt, że rodzice mogą nauczyć się również od siebie nawzajem tego, jak radzić sobie z chorobą córki. Grupy pomagają rodzicom wyrazić swoje emocje, obawy, w budowaniu zaufania; zapobiegają bojkotowaniu terapii i służą budowaniu pozytywnej atmosfery między terapeutami a rodzicami, kooperacji oraz zmierzają do znalezienia psychologicznego znaczenia symptomów.

---

<sup>15</sup> P a w ł o w s k a, *Program terapii pacjentek z bulimią*, s. 8-15.

Grupy psychoedukacyjne dla rodziców liczą od 3 do 8 uczestników i obejmują 5-6 dziewięćdziesięciminutowych sesji. Tematyka sesji jest następująca:

Sesja 1. Rodzice otrzymują informacje o symptomach zaburzeń odżywiania, ich somatycznych następstwach, komplikacjach.

Sesja 2. Rodzicom zostaje przedstawiony program leczenia anoreksji i bulimii obowiązujący w danym szpitalu oraz zasady kontraktu terapeutycznego.

Sesja 3. Udzielane są porady dotyczące zasad prawidłowego odżywiania się. Rodzice informowani są, że istotną częścią terapii jest uczenie córki układania planu posiłków. Pacjentki z anoreksją spożywają – pod kontrolą personelu – trzy posiłki główne oraz drugie śniadanie i podwieczorek, których skład ustala dietetyczka, mają zajęcia z gotowania, razem zjadają przygotowane potrawy; organizowane są także wyjścia do restauracji. Posiłki zjadane są wspólnie z pielęgniarką, co ma na celu uczenie się „normalnych”, zdrowych nawyków żywieniowych, korygowanie zaś niewłaściwych przyzwyczajzeń.

Sesja 4. Wspólnie z rodzicami omawiane jest znaczenie objawów zaburzeń odżywiania i zachowania, które zapobiegają nasilaniu się tych symptomów.

Sesja 5. Rozmowy dotyczą problematyki związanej z interakcjami w rodzinie, poczuciem winy za chorobę dziecka.

W czasie tych spotkań rodzice zgłaszają własne propozycje tematów rozmów, zagadnienia, które chcą omówić z lekarzami lub psychologami. Multimodalna koncepcja terapii uwzględnia udział w terapii wszystkich ważnych dla pacjentki osób, nie tylko rodziców i rodzeństwa, ale także dziadków.

Szczegółnej ostrożności wymaga od terapeuty praca z rodzinami, które mają długie „tradycje” związane z zaburzeniami odżywiania, alkoholizmem, narkomanią, wykorzystywaniem seksualnym, które wcześniej uczestniczyły w błędnie prowadzonej terapii oraz w których u jednego lub obojga rodziców występuje głęboka patologia.

Przeciwwskazaniem w terapii rodzinnej, aczkolwiek nie definitywnym jej wykluczeniem, mogą być następujące sytuacje: (1) rodzice są rozwiedzeni, a terapia rodzinna wzmacnia w pacjentce fantazje scalenia przez chorobę małżeństwa rodziców; (2) któreś z rodziców aktualnie ma ostre objawy psychotyczne lub zaburzenia maniakalno-depresyjne; (3) rodzic wykorzystuje psychicznie i seksualnie dziecko; w tym przypadku ofiara powinna być chroniona i należy rozwiązać konflikt związany z poczuciem lojalności, winy, utrzymania tabu przez ofiarę; (4) rodzinne interakcje są tak zaburzone, ekstremalnie negatywne i destrukcyjne, że istnieje ryzyko, iż bezpośrednia konfrontacja w obecności terapeuty jeszcze bardziej je zaburzy. Opisane sytuacje nie

wykluczają zupełnie terapii rodzinnej, jeśli jest prowadzona przez doświadczonego psychologa, ale wymuszają konieczność jej modyfikowania<sup>16</sup>

Przedstawione czynniki etiologiczne anoreksji oraz zasady terapii rodzinnej uwzględniają jedynie jeden z wielu różnych poglądów na temat zaburzeń odżywiania i ich leczenia. Zdaniem M. Golczyńskiej<sup>17</sup>, w zmieniających się poglądach na etiopatogenezę zaburzeń odżywiania oraz coraz to nowych propozycjach strategii leczniczych, jedno pozostaje niezmiennie: zagrożenie złym rokowaniem, trudności w uzyskaniu poprawy i zgody na leczenie oraz aktywną współpracę pacjentek. Doświadczenie kliniczne natomiast wskazuje, że tym lepsze jest rokowanie, tym większa szansa na współpracę ze strony leczonych kobiet, im lepiej w terapii współpracują rodzice, od których aktywności ta poprawa w istotnym stopniu zależy.

#### BIBLIOGRAFIA

- B l a n c k B.: *Magersucht in der Literatur: Zur Problematik weiblicher Identitätsfindung*, Frankfurt: Psychologie-Verl.-Union 1984.
- B o r g a r t E. J., M e e r m a n n R.: Stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie, [w:] *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*, Hrsg. M. Zielke, Berlin: Pabst Science Publishers 2001, s. 275-307.
- B r a k h o f f J.: *Eßstörungen. Ambulante und stationäre Behandlung*, Freiburg: Lambertus 1985.
- C h u c h r a M., P a w ł o w s k a B., P ł o t k a A.: *Obraz siebie i matki w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym*, „*Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*”, 58(2003), nr 13 s. 217-222.
- G o l c z y ń s k a M.: *Anorexia nervosa – psychospołeczne tło zaburzeń*, „*Nowa Medycyna*”, 3(1996), nr 17, s. 11-16.
- H e z p e t z D a h l m a n n B., R e s c h F., S c h u l t e M a r k w o r t M., W a r n k e A.: *Entwicklungspsychiatrie*, Stuttgart: Schattauer Verlag 2003, s. 668-688.
- I n i e w i c z G., J ó z e f i k B., N a m y s ł o w s k a I., U l a s i ń s k a R.: *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną, cz. II*, „*Psychiatria Polska*”, 34(2002), nr 1, s. 65-81.
- *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną, cz. I*, „*Psychiatria Polska*”, 34(2002), nr 1, s. 51-64.
- K o h l e K., S i m o n s C.: *Anorexia nervosa*, [w:] *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, Hrsg. Adler R. [i in.], München 1979, s. 529-556.

<sup>16</sup> B. Hezpetz Dahlmann, F. Resch, M. Schulte Markwort, A. Warnke, *Entwicklungspsychiatrie*, Stuttgart: Schattauer Verlag 2003, s. 668-688.

<sup>17</sup> *Anorexia nervosa – psychospołeczne tło zaburzeń*, „*Nowa Medycyna*”, 3(1996), nr 17, s. 11-16.

- K o m e n d e r J.: Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy, „Nowa Medycyna”, 3(1996), nr 17, s. 5-7.
- M e e r m a n n R.: Anorexia nervosa, Stuttgart: Ferdinand Elke Verl. 1981.
- M e s t e r H.: Die Anoreksja nervosa, Heidelberg: Springer-Verl. 1981.
- N o r r é J., V a n d e r e y c k e n W.: Ambulante behandeling van eetstoornissen, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 1993.
- O b u c h o w s k i K.: Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich, Poznań: Zysk i S-ka 2000.
- P a w ł o w s k a B.: Program terapii pacjentek z bulimią w Uniwersyteckim Centrum Psychiatrycznym w Kortenberg (Belgia), „Neurologia i Psychiatria”, 2004, nr 1, s. 8-15.
- P a w ł o w s k a B., C h u c h r a M.: Obraz siebie i ojca w percepcji pacjentek z jadłowstrętem psychicznym, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 58(2003), nr 13, s. 428-433.
- R a b e J a b ł o Ń s k a J.: Zaburzenia obrazu własnego ciała w jadłowstręcie psychicznym, „Psychiatria Polska”, 31(1997), nr 4, s. 397-408.
- R e i c h G., B u s s C.: Familienbeziehungen bei Bulimie und Anorexia nervosa, „Familiendynamik”, 27(2002), s. 230-253.
- S p a a n s J.: Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen, Amsterdam: Uitgeverij Boom 1998.
- Therapie der Magersucht und Bulimie, Hrsg. M. Gerlinghoff, H. Backmund, Weinheim 1995.
- V a n d e r l i n d e n J.: Anorexia nervosa overwinnen, Tiel: Lannoo 2002.
- W e b e r G., S t i e r l i n H.: Familiendynamik und Familientherapie der Anorexia nervosa-Familie, [w:] Anorexia Nervosa, Hrsg. R. Meermann, Stuttgart: Schattauer 1981, s. 108-115.

## FAMILY CONDITIONING AND THERAPY OF PEOPLE ILL WITH MENTAL SITIOPHOBIA

### S u m m a r y

Family therapy occupies a central position in both stationary and ambulatory therapy of patients with nutrition disturbances. The aim of the article is to describe the main therapeutic assumptions in treating nutrition disturbances in women. Special attention is paid to the role of family factors – such as: disturbed interpersonal borders, lack of the definition of roles in the family, the requirement of loyalty and sacrifice, ban on expressing feelings, ban on developing one's autonomy, incorrect parental attitudes and the parents' incorrect nutritional behavior – in the appearance of nutrition disturbances, and to the importance of changing those incorrect patterns in the process of therapy. Also the effect of traumatic family situations such as: mental disease, alcoholism, emotional, physical and mental violence on appearance of nutrition disturbances is discussed. The basic assumptions of treating mental sitiophobia are presented; therapy of somatic disturbances and teaching proper nutrition habits, individual psychotherapy as well as family psychotherapy and psycho-education belong here.

*Translated by Tadeusz Kartowicz*

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania, terapia rodzinna.

**Key words:** nutrition disturbances, family therapy.