

18. Terapia bulimii

W literaturze [por. Cierpiałkowska, Czabała, 2005, s. 271] uznaje się, że psychoterapia jest: zamierzonym, planowanym działaniem; prowadzona przez odpowiednio wyszkolonych profesjonalistów; podejmowana wobec osób o różnych zaburzeniach psychicznych, zaburzeniach zachowania czy problemach zdrowotnych; ma na celu zmianę wzorców zachowania czy struktur lub procesów intrapsychicznych. Tym samym jest nieodzowna w przypadku osób cierpiących na bulimię.

18.1. Cele terapii bulimii

Wobec powyższego przyjąć możemy, że psychoterapia jest jedną z najbardziej podstawowych form pomocy dzieciom, młodzieży i dorosłym ujawniającym problemy w sferze odżywiania i własnego ciała. Zasadnicze jej cele wobec pacjentek z bulimią sformułować można w następujący sposób [za: Starzomska, 2006, s. 402 i nast.]:

- monitorowanie wzorów przejadania się i wymiotowania,
- redukcja lub eliminacja przejadania się,
- opracowanie/przyjęcie mniej restrykcyjnej diety, zwiększanie różnorodności pokarmowej,
- zachęcanie do zdrowych, lecz nie nadmiernych ćwiczeń,
- leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych i rozwiązywanie innych problemów tożsamościowych, rozwojowych, związanych z zaburzeniami obrazu własnego ciała i samoocena, trudności seksualnych i związanych z agresją, regulacją emocjonalną, oczekiwań wobec ról seksualnych,
- diagnoza dysfunkcyjnych relacji rodzinnych i praca nad nimi,
- rozpoznanie dotychczasowych stylów radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów oraz wypracowanie nowych, konstruktywnych strategii zaradczych.

W leczeniu bulimii stosuje się poradnictwo żywieniowe, a także terapię: poznawczo-behawioralną, humanistyczno-egzystencjalną, psychoanalityczną i psychodynamiczną, systemową oraz leczenie farmakologiczne (por. rozdział na literę „L”).

Sposób pracy zależy od fundamentalnych założeń terapeuty co do specyfiki rozumienia, wyjaśniania i pracy z danym zaburzeniem. Przyjęcie określonej koncepcji wpływa na wybór strategii i technik terapeutycznych oraz często też na formy pracy: indywidualnej, grupowej, rodzinnej czy małżeńskiej.

Innymi słowy, koncepcja pracy terapeutycznej wpływa na specyfikę i przebieg spotkań, a dokładniej na rozumienie symptomów i innych problemów chorego, rozumienie procesu zdrowienia, częstotliwość spotkań i długość trwania terapii. Dodatkowo, wybór typu psychoterapii determinuje wiek osoby chorej, głębokość zaburzenia, stopień wyniszczenia organizmu, czas trwania objawów, specyfika potrzeb oraz różnego rodzaju uwarunkowania sytuacyjne. Poniżej [za: Natenshon, 1999; Teachman i in. 2003; Ziółkowska, 2005] przedstawiamy w dużym skrócie zasadnicze podejścia wykorzystywane w pracy z osobami cierpiącymi na bulimię.

18.2. Wybrane podejścia w pracy terapeutycznej

- **Podejścia psychodynamiczne i psychoanalityczne** doszukują się zrozumienia problemów we wczesnych okresach relacji dziecka z najbliższymi, przede wszystkim w relacji matka–dziecko. Niektórzy dopatrują się zasadniczych problemów w fazie separacji–indywidualizacji, inni w kształtowaniu tożsamości psychoseksualnej, jeszcze inni w redukcji narcyzmu. Stąd terapia skupia się na uświadamianiu i analizie przeszłych doświadczeń z bliskimi osobami, w tym na pracy nad nierozwiązanymi konfliktami z wcześniejszych okresów rozwojowych [za: Nogas, 1999, s. 75; Starzomska, 2006, s. 390–392]. Podczas spotkań kładzie się nacisk na pogłębianie doświadczeń wewnętrznych, uświadomienie własnych uczuć i emocji (złości, lęku, wstydu, miłości, smutku), rozpatrywanie przeszłych doświadczeń (zarówno tych złych, nie-rzadko traumatycznych, jak i tych dobrych, pozytywnych) w kontekście obecnego funkcjonowania i w relacji do zaburzeń.
- **Podejście behawioralno-poznawcze** opiera się na przekonaniu, iż bulimia wynika z przekonań i wyobrażeń osoby chorej na temat kształtu ciała i wagi, u podłoża których leżą wątpliwości co do własnej wartości i atrakcyjności dla innych. Skutkiem takiej postawy są, po pierwsze, dysfunkcyjne wzory myślenia, które można przedstawić w postaci tzw. triady kognitywnej, które dotyczą: własnej osoby – „Gdy już zacznę jeść, nie mogę skończyć”, przyszłości – „Zawsze już taka będę”, oraz środowiska chorego – „Nikt mnie nie rozumie”. Po drugie, natomiast zachowania związane z przejadaniem się rozumiane są jako

nawyk redukujący lęk dzięki następującemu po nim oczyszczaniu [za: Pilecki, 1999, s. 84–86; Rakowska, 2005, s. 156–157; Starzomska, 2006, s. 392]. Praca w takim podejściu obejmuje kontrolowanie przyjmowania pokarmu i wymiotowania, ustalanie planu regularnego spożywania posiłków oraz równoczesny proces identyfikowania i zmiany przekonań dotyczących pożywienia, wagi oraz kształtu ciała.

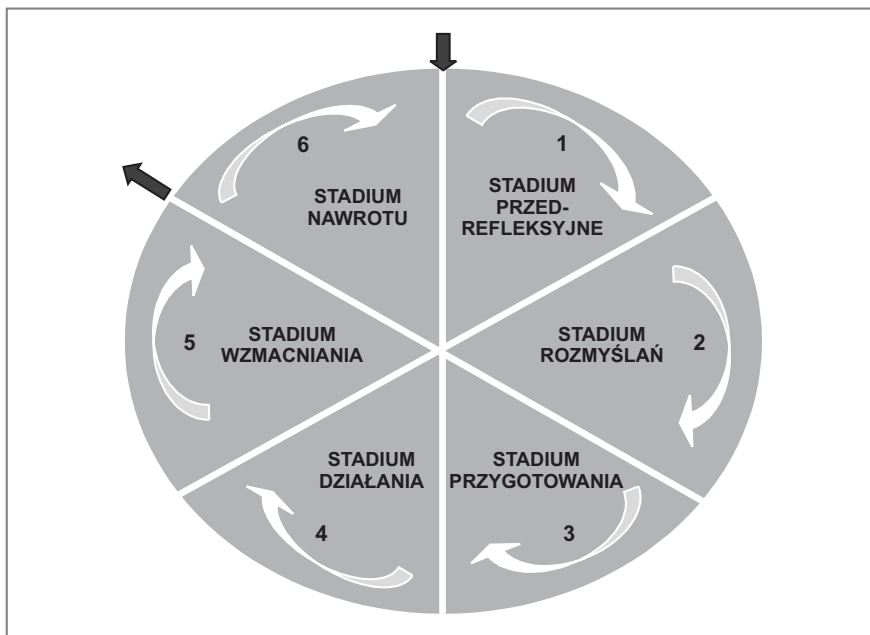
- **Podejście humanistyczno-egzystencjalne** wskazuje, iż wszelkie zaburzenia, w tym też bulimia, są następstwem niezaspokojenia ważnych, psychicznych potrzeb jednostki, tj.: miłości, akceptacji, autonomii, realizacji znaczących dla jednostki wartości [Jakubowska, 2005, s. 177–178]. Stąd, celem psychoterapii jest stworzenie warunków do przeżycia korektywnych doświadczeń emocjonalnych oraz pobudzanie do refleksji nad wartościami i wyborami życiowymi, tym samym terapia ukierunkowana jest na teraźniejszość i przyszłość, a nie rozważanie przeszłych doświadczeń oraz historii życia (jak to ma miejsce w nurcie psychodynamicznym i psychoanalitycznym). W pracy zachęca się osoby do nabywania kompetencji związanych z wyrażaniem siebie, swoich zasobów i możliwości, a także braniem odpowiedzialności za własne decyzje i postawy. Symptomy choroby wycofują się dopiero, gdy jednostka zaczyna osiągać pełnię swej osobowości.
- **Podejście systemowo-rodzinne** – problemy i zaburzenia jednostek lokuje w sposobach zachowania, porozumiewania się i zasadach porządkujących wzajemne relacje w różnych systemach społecznych, w których jednostka funkcjonuje, np. rodzinnym, towarzyskim, koleżeńskim czy zawodowym. Zatem zasadniczo celem pracy jest identyfikowanie wzorów relacji w rodzinie, praca nad dysfunkcjonalnymi wzorcami komunikowania się (ujęcie interakcyjno-komunikacyjne). Ponadto, analizuje się przekonania, które podtrzymują dysfunkcjonalną strukturę rodzinną (ujęcie strukturalne), strategie radzenia sobie i rozwiązywania problemów w rodzinie (terapia strategiczna), a także pracuje nad znaczeniem, jakie przypisywane jest chorobie jako problemowi rodzinnemu (patrz: też hasło na literę „S”). Terapia w podejściu systemowym ma charakter dyrektywny – stosowane są nakazy, rady, przepisy, jest zasadniczo nastawiona na rozwiązanie aktualnie zgłaszanego przez rodzinę problemu [Józefik, Ułasińska, 1999, s. 100–103; Grzesiuk, Jakubowska, 2005, s. 189–191].
- **Podejście feministyczno-psychodynamiczne**, prowadzi do nowatorskiej pracy z problemem poprzez skierowanie uwagi na te obszary kobiecości (dyskryminacja płciowa, stosunek do ciała kobiecego), które były i są obszarami problematycznymi czy negocjowania i poniżania kobiet. Tak rozumiana terapia kładzie nacisk na kilka istotnych kwestii:

po pierwsze, stosunek kobiet do własnego ciała; po drugie, sprzeczne przekazy kulturowe dotyczące kobiecości; po trzecie zwraca uwagę na cały okres doświadczeń socjalizacyjnych, kontekst kształtowania jednostki; po czwarte kształtowanie się autentycznego „ja”; po piąte, wyważanie gniewu i złości; oraz po szóste zmiana nastawienia nie tylko względem siebie ale i względem rzeczywistości społeczno-kulturowej [za: Starzomska, 2006, s. 407]. Jak pisze Małgorzata Starzomska [*ibidem*] jest to rodzaj terapii, który powinien być elementem każdego programu terapeutycznego stosowanego w zaburzeniach odżywiania, ponieważ jego uczestniczki rozwijają się w określonym kontekście społeczno-kulturowym gdzie istnieje określona rola i zadania kobiety.

18.3. Etapy pracy terapeutycznej

Liczne doświadczenia i badania [za: McCabe, McFarlane, Olmsted, 2009; Prochaska, Di Clemente, 1982] wskazują na pięć stadiów wychodzenia z zaburzeń odżywiania się (por. rys. 9).

Rysunek 9. Koło zmian



Źródło: Opracowanie B. Ziółkowska na podstawie: Prochaska, Di Clemente, 1982.

Pierwszy etap to **stadium przedrefleksyjne**, kiedy to osoby nie zdają sobie sprawy ze swego problemu, pojmując go w taki sposób, iż mają nad wszystkim kontrolę i mogą, kiedy tylko zechcą, przerwać cykl zachowań bulimicznych. Często też przypisują duże znaczenie problemom, stąd są przekonane, iż działają one na ich korzyść. Często zdarza się wtedy słyszeć od bliskich, iż: „Mój bliski ma problem, ale uważa, iż nie potrzebuje pomocy, kiedy poruszony zostanie temat, złości się i broni”. Jak taką osobę przekonać, żeby poszła na terapię? Zmuszanie do zmian nie jest ani skuteczne, ani pomocne; zdecydowanie lepiej, gdy osoba sama podejmie decyzję odnośnie leczenia. Często też powikłania psychologiczne czy fizjologiczne stają się na tyle silne i niszczące, iż osoba przechodzi do stadium rozmyślań (patrz: punkt rozdziału: *Co zrobić, gdy osoba nie chce się leczyć?*).

Drugie stadium to **stadium rozmyślań**, kiedy to osoba rozważa możliwość zmiany – waży plusy i minusy ewentualnej zmiany, czasami wydaje się iż da radę sama, kiedy indziej będzie to wydawało się zbyt trudne, przerażające. Jeśli osoba zdecydowała się coś zmienić, to oznacza, iż weszła w **stadium przygotowania**, kiedy zbiera siły i nastawia się na ciężką pracę.

Stadium działania oznacza podjęcie pracy nad problemem. Często pierwszym krokiem towarzyszy nadzieja i podekscytowanie, osoba wierzy często, iż samo przyjście ma już charakter uzdrawiający, że będzie w stanie szybko uporać się z zaburzeniami i zacząć nowe życie. Na tym etapie należy uświadomić sobie ważną kwestię, iż praca nad sobą wymaga czasu i cierpliwości. Bardzo często osoby podejmujące leczenie wychodzą z założenia, iż mimo że objadały się, przeczyszczały, czy głodziły miesiącami czy latami, to dzięki terapii w szybkim czasie nabiorą siły i zdobędą odpowiednie kompetencje, by odzyskać kontrolę nad ciałem i sposobem odżywiania się. Takie myślenie implikuje rozczarowanie i zniechęcenie.

Ludzie cierpiący na bulimię muszą ponownie nauczyć się jedzenia w umiarkowanych ilościach, określonych porcjach i pozwolić sobie, by ciało w naturalny sposób poddało jedzenie procesowi trawienia, co jest wbrew ich psychicznym i fizycznym pragnieniom przeczyszczenia się.

Czas to fundamentalny aspekt pracy terapeutycznej, co oznacza, iż mogą pojawiać się nawroty nawet po okresie znacznych postępów. Takie potknięcia należy traktować z dystansem, ważne, aby zastanowić się, co się stało i nadal kontynuować terapię¹⁶. Odkrycie, iż człowiek nie jest perfekcyjny oraz nie ma przymusu być takim, może dać poczucie wyzwo-

¹⁶ Jedno potknięcie nie oznacza katastrofy, zjedzenie jednego ciastka to nie to samo, co potknięcie całej ich paczki, a objadanie się i przeczyszczenie raz w tygodniu to nie to samo, co powtarzanie tych czynności każdego dnia.

lenia i zwiększyć dystans. Nikt nie zdrowieje bez walki i pracy, trudno też mimo decyzji na zdrowienie nie doświadczać już nigdy więcej symptomów choroby czy trudności. Powrót do zdrowia oznacza również lepsze i gorsze okresy, ale sam proces jest wart wszystkich trudów.

Jeśli zatem osobie udało się unormować swój styl odżywiania oraz inne współwystępujące problemy, to znajduje się w **stadium utrzymania wyników**. Na tym etapie może się zdarzyć, iż doświadcza nachodzących i niepokojących myśli, uczuć, co ma też swoje uzasadnienie, gdyż osoba nie wykorzystuje już objawów bulimii do radzenia sobie z nimi. Dlatego ten etap nie oznacza jeszcze końca pracy. Ważne jest też opracowanie planu działania, który nie pozwoli ulec objawom bulimii w momentach podwyższonego napięcia.

18.4. Przekonania sprzyjające podjęciu i powodzeniu terapii

Bardzo trudne jest pokonanie zaburzenia jedynie własnymi siłami. Należy poszukać wokół siebie kogoś zaufanego, kto może okazać zrozumienie oraz stanowić wsparcie psychiczne, a także skorzystać z pomocy profesjonalisty. Nie należy wstydić się swojej choroby, gdyż nie jest piętnem. Stąd podstawą efektywnej pracy jest uświadomienie sobie przez osobę, że cierpi na zaburzenia odżywiania się, przyjęcie, iż bulimia zagraża bezpośrednio zdrowiu i życiu oraz podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia. Nie należy koncentrować swej pracy wyłącznie na jedzeniu (najczęściej jedzenie jest tylko objawem innych problemów). Dobrze jest przeanalizować wszystkie inne aspekty swojego życia i przemyśleć, jakie czynniki mogły prowadzić do choroby (por. rozdział na literę „U”). Kolejny krok to uzmysłowienie, iż zmiany mogą nastąpić tylko wtedy, gdy osoba chora będzie gotowa na to, iż sama chce ich dokonać.

Ponadto, korzystniej jest mieć świadomość, że proces wychodzenia z choroby nie będzie łatwy. Przekonanie, że „od jutra będzie lepiej”, jest nierealistyczne i pogarsza tylko sytuację, ponieważ powoduje zniechęcenie i frustrację. Nie należy zakładać zbyt wygórowanych celów; nakreślenie krótkich odcinków czasowych przeznaczonych na realizację poszczególnych celów jest zdecydowanie korzystniejsze i stwarza większe prawdopodobieństwo powodzenia w zmianie zachowania. Lepiej jest myśleć zgodnie z zasadą „drobnych/małych kroków”, że ważne są starania, usiłowania wprowadzenia zmiany zgodnie ze swoim rytmem i gotowością do funkcjonowania w nowy sposób. Dobrze jest być świadomym, iż sukcesy

mogą się przeplatać z okresami nawrotów. Nie należy oskarżać się i obwiniać w takich sytuacjach. Najlepiej koncentrować się na swoich dotychczasowych osiągnięciach. Nawet niewielki sukces jest wówczas spektakularny.

18.5. Formy pomocy terapeutycznej

Leczenie osób z zaburzeniami odżywiania powinno być kompleksowe, co oznacza wykorzystanie różnorodnych form terapii: indywidualnej, grupowej, rodzinnej czy małżeńskiej, a także zaangażowanie w leczenie specjalistów: zarówno psychoterapeutów, jak i lekarzy: psychiatry, internisty, endokrynologa, ginekologa czy specjalisty od żywienia. Najbardziej optymalną jest współpraca pomiędzy wszystkimi osobami zaangażowanymi w proces leczenia oraz zastosowanie przynajmniej dwu form terapii, np. indywidualnej i grupowej lub indywidualnej i rodzinnej. Szczególnie w przypadku nastolatków nieocenione jest wsparcie terapii przez rodziców lub praca z całą rodziną. Środowisko rodzinne jest bowiem podstawą dla kształtowania się i funkcjonowania tak istotnych dla zaburzeń jedzenia kwestii, jak: wyrażanie emocji, otrzymywanie wsparcia, współpraca, samodzielność, kontrola, podejmowanie decyzji.

Poniżej – w dużym skrócie – przedstawiamy [za: Jablow, 2000; Józeфіk, 2000; Niewiadomska, Kulik, Hajduk i in., 2005; Grzesiuk, 2006] podstawowe modele pracy wykorzystywane w pracy z osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania.

18.6. Podstawowe modele terapii

Terapia indywidualna. Osoba doświadczająca jakiegoś problemu spotyka się indywidualnie – sam na sam z terapeutą. Przebieg terapii zależy od filozofii pracy terapeutycznej (patrz powyżej), stąd podczas pracy nacisk kładziony może być na: przeszłe doświadczenia i historię życia jednostki, analizę wewnętrznego świata jednostki, w tym jego potrzeb, pragnień, analizę negatywnych myśli i przekonań na swój temat, zmianę zachowań żywieniowych i unormowanie wagi czy znajdowanie bardziej adekwatnych form rozwiązywania swoich problemów. Od filozofii pracy terapeutycznej zależy też częstość spotkań, długość trwania sesji terapeutycznej, specyfika wzajemnych relacji i zwracania się do siebie.

Terapia rodzinna. Jak wskazuje M. Jablow [2000], młody człowiek, dorastając w środowisku rodzinnym układu i kształtuje swoje relacje ze wszystkimi członkami rodziny. Zatem jest sprawą ważną aktywny udział rodziny w doborze terapeuty i w samym procesie terapeutycznym. Istota oddziaływań terapii polega na interweniowaniu w system rodzinny po to, by zmienić destrukcyjne i dysfunkcyjne wzory zachowań i relacji. Zaleca się terapię indywidualną prowadzoną równoległe z rodziną.

Poniżej przedstawiamy program (strategie i techniki terapeutyczne) terapii wielorodzinnej [za: Starzomska, 2006, s. 413–414]:

Celem pierwszego etapu zwanego **edukacją** jest poinformowanie członków rodziny o roli problemu (tu: bulimii), którą pełni ona w unikaniu samodzielności i maskowaniu problemów rodziny (oraz o częstym występowaniu w historii życia pacjentów z bulimią wykorzystywania seksualnego). Istotne jest tu też informowanie o procesie leczenia.

W drugim etapie dochodzi do **oceny** (szacowania) relacji rodzinnych. Zwraca się uwagę na zniekształcenia obrazu własnej rodziny, tworzenie układów, trójkątów rodzinnych, powtarzanie pewnych sekwencji zachowań, plastyczność rodziny i jej zdolność do zmian oraz tworzeniu mitów – historii rodzinnych.

Trzecim etapem jest **zmiana dysfunkcyjnych wzorców**, które często związane są z niezdolnością do separacji, do wyrażania gniewu i złości w obecności rodziny, spostrzeganie matki jako osoby słabej, niemającej wpływu na funkcjonowanie rodziny, spostrzeganie emocjonalnego dystansu ojca czy niezgody rodziców co do tego, jak należy postępować z chorą osobą. Przyglądanie się bulimii jako formie wyrażania lojalności rodzinnej, homeostatycznej roli, którą choroba pełni.

Aby kontakt z rodziną (czy to w formie konsultacji, czy terapii) miał szansę powodzenia, na wstępie muszą być spełnione określone warunki [za: Jablow, 2000]:

- rodzina musi czuć, że terapeuta zna się na zaburzeniach odżywiania oraz rozumie specyfikę konkretnej sytuacji,
- terapeuta okazuje zrozumienie, wyznaczając określony kierunek, plan, cel działania,
- rodzina i terapeuta zgodnie stwierdzają, iż nikogo nie należy winić za spowodowanie choroby,
- prowadzący zachęca wszystkich członków rodziny do brania udziału w terapii, jasno określając, iż każdy członek rodziny będzie uczestniczył w spotkaniach w innym czasie i będzie proszony o inne rzeczy,
- terapeuta nie jest sędzią ani arbitrem, jego zadaniem jest pomoc ludziom w zmianie ich życia, stąd pełni rolę katalizatora.

* * *

Terapeuci często mawiają, że aby wyzdrowieć, należy „stać na dwóch nogach”. Na jednej dzięki wykorzystaniu wiedzy i umiejętności specjalistów, co wiąże się z pobytem w **grupie terapeutycznej**, na drugiej dzięki wsparciu nieprofesjonalistów, co zachęca do udziału w **grupie samopomocowej**.

Psychoterapia grupowa. Założeniem uczestnictwa w tej formie pracy jest uzyskanie zmian w funkcjonowaniu osoby w wyniku: obcowania z grupą, działań terapeuty i kontaktu terapeutycznego. W zależności od specyfiki podejścia terapeutycznego w prowadzeniu grupy można wskazać, iż: atmosfera i dynamika grupy umożliwiają przepracowanie doświadczeń z przeszłości w bezpiecznym otoczeniu; grupa jest miejscem, gdzie członkowie uczą się nowych umiejętności społecznego funkcjonowania, wyrażania uczuć, potrzeb, pragnień, a także konfrontowania swoich zachowań w grupie czy dzielenia się doświadczeniami z uczestnikami; normalizują zaburzone zachowania żywieniowe. Terapia grupowa stanowi często jeden z elementów programu grupowego i jest stosowana łącznie z innymi metodami leczenia.

Grupa samopomocy lub wsparcia. Grupa wzajemnej pomocy jest uruchamiana i prowadzona przez osoby przeżywające podobne trudności. Od grupy terapeutycznej odróżnia ją fakt, iż jest pozbawiona formalnej otoczki organizacyjnej i kierownictwa ze strony jakiegokolwiek profesjonalisty czy autorytetu. Osoby spotykają się, aby udzielać sobie wzajemnie wsparcia emocjonalnego, dzielić doświadczeniem w pokonywaniu trudności związanych ze wspólnym problemem, zwalczać bezradność wobec problemu, trudnej sytuacji życiowej czy choroby. Stanowi miejsce budowania siły, nadziei i poczucia wartości wśród uczestników oraz szukania wspólnymi siłami rozwiązań. Grupy wsparcia są zwykle samowystarczalne i spotykają się dzięki dobrowolnym datkom swoich członków. By zapobiegać różnego rodzaju nadużyciom wynikającym z braku profesjonalnego wsparcia, wiele grup korzysta z nieformalnej pomocy specjalistów, dbając jednak o własną niezależność i samosterowność.

Grupa wsparcia dla rodziców. Tego typu grupy są zakładane przez rodziców, krewnych, opiekunów osób doświadczających np. zaburzeń odżywiania. Ich struktura, sposób organizacji zależą od osób uczestniczących. Jedne służą wymianie informacji, dzieleniu się doświadczeniem, wsparciem i radami udzielanymi sobie wzajemnie. Inne przeradzają się w towarzystwa mające własny program obejmujący przygotowywanie seminariów, warsztatów, wydawanie czasopism popularyzujących wiedzę na temat zaburzeń odżywiania i prezentujących poglądy pacjentów i ich rodzin na temat problemu. Należy pamiętać, iż grupy wsparcia i samopomocy

mogą być tylko uzupełnieniem istniejących metod leczenia, zwłaszcza gdy program leczenia nie uwzględnia wystarczająco współpracy z rodziną. Ważne jest w całym procesie terapii, aby rodzice pomyśleli i zadbali o siebie, znaleźli miejsce na wyrażenie swych niepokojów.

Terapia przez sztukę. Podczas pracy wykorzystuje się takie formy oddziaływań, jak malowanie i rzeźbienie. Otrzymane dzieła, obrazy, rzeźby stają się alternatywnym językiem, symbolicznym wyrazem wewnętrznych rozterek i niepokojów. Sztuka w tym podejściu stanowi medium między kreowanym przez osobę światem wewnętrznym i zewnętrzną rzeczywistością.

Terapia skoncentrowana na ciele. Terapia ta korzysta z wszystkich form psychoterapii, których celem jest poprawa psychicznego funkcjonowania poprzez pracę z ciałem. Jej celem jest budowanie realistycznego obrazu „ja”, ograniczenie nadaktywności, impulsywnego ćwiczenia, rozwijanie umiejętności radzenia sobie z napięciem, umiejętności społecznych poprzez poprawę samooceny i trening asertywności, rozwijanie zdolności przeżywania przyjemności związanych z ciałem. Realizacja owych zadań możliwa jest dzięki wykorzystaniu rozmaitych technik, tj.: relaksacji i ćwiczeń oddechowych, masażu, odgrywaniu ról, technik opartych na tańcu i ruchu, wizualizacji itp.

Psychoterapia podtrzymująca. Służy udzielaniu pomocy osobie, która przeżywa kryzys spowodowany różnymi problemami natury społecznej i psychologicznej, nasileniem trudności czy nawrotami choroby. Terapeuta słucha, służy radą, zachęca do wzięcia odpowiedzialności za zmianę swojego postępowania. Taka forma terapii pomaga w zmaganiu się ze stresującymi sytuacjami oraz uczy radzenia sobie bez odwoływania się do dawnych, niekonstruktywnych strategii.

18.7. Co zrobić, gdy chory nie chce się leczyć?

Przede wszystkim staramy się zrozumieć, dlaczego tak się dzieje, dlaczego osoba cierpiąca na bulimię zaprzecza chorobie, nie chce rozmawiać o pomocy czy leczeniu. Już sama próba zrozumienia specyfiki myślenia i argumentacji wtórujących zachowaniom może być ważnym krokiem na drodze do konstruktywnej rozmowy czy nawiązania kontaktu, nawet wtedy, gdy nie są Państwo w stanie pojąć tego, co sprawia, dlaczego tak, a nie inaczej dziecko reaguje na Wasze namowy i starania.

Istotne jest także, by nie odbierać zachowań osoby chorej jako bezsensownych w momencie, gdy dostrzega ona w nich sens i cel. Dopóki nie zrozumie się, w jaki sposób zaburzenia odżywiania wpływają na myślenie dziecka, bliskiego czy podopiecznego, wysiłki wspierania go w walce

z chorobą, a tym samym podjęcie leczenia będą mało skuteczne lub wręcz bezskuteczne. Trzeba pogodzić się z faktem, iż nie mamy do czynienia z racjonalnie myślącą osobą, lecz z człowiekiem, którego funkcjonowanie zmieniła choroba. Warto zatem przededefiniować swój stosunek do problemu.

Stare podejście do problemu przez rodziców, opiekunów, najbliższych:

- przedstawianie swojego punktu widzenia jako jedynie słusznego,
- moralizowanie, ocenianie,
- niechęć dla zrozumienia,
- próba zmiany zachowania dziecka,
- próby przemawiania do rozsądku,
- założenie, iż chore dziecko myśli tak samo jak wy i inni ludzie w obliczu zdroworozsądkowych argumentów,
- odbieranie zachowań dziecka jako aroganckich i bezsensownych,
- traktowanie problemu jako fanaberii.

Nowe podejście do problemu:

- zrozumienie motywów postępowania dziecka,
- wysłuchanie dziecka,
- oddzielenie choroby od dziecka, dzięki czemu można okazać empatię i współczucie,
- zgłębianie specyficznych sposobów myślenia dziecka po to, by nawiązać kontakt, a nie wzmacniać antagonistyczną relację,
- założenie, iż myślenie chorego jest zniekształcone (zniekształcenia poznawcze) na skutek zaburzeń.

Jeśli nie dojdzie do żadnych ustaleń, a dziecko jest niepełnoletnie, choroba jest zaawansowana, a objawy się nasilają, to wyłącznie rodzice mogą zdecydować o przymusowej hospitalizacji. Jeśli natomiast jest pełnoletnie tylko wtedy, gdy nasilone objawy towarzyszące, np. stany presuicydalne, ciężka depresja stają się podstawą dla ubezwłasnowolnienia [za: Mroczkowska, Ziółkowska, Cwojdzińska, 2007].

Do wskazań bezwzględnych do hospitalizacji zarówno w przypadku anoreksji, jak i bulimii należą [za: Józefik, 1999]:

- zły stan somatyczny pacjenta polegający na spadku masy ciała poniżej 30% masy odpowiedniej dla wieku i wzrostu, bradykardia i zaburzenia elektrolitowe,
- intensywne stosowanie środków odwadniających i przeczyszczających,
- ciężka depresja lub stany presuicydalne¹⁷,

¹⁷ Zdaniem E. Ringla stan/zespół presuicydalny polega na: (1) przeżywaniu głównie niepokoju i lęku, zagrożenia, poczucia mniejszej wartości i niewydolności prowadzących do rezygnacji; (2) kierowaniu agresji w swoją stronę; (3) ucieczce od realnych problemów w fantazjowanie na temat śmierci i snucie planów samobójczych.

- uzależnienie od środków odurzających i alkoholu.

Do względnych wskazań do hospitalizacji, od której można odstąpić w przypadku zawarcia korzystnego kontraktu terapeutycznego, należą:

- postępująca utrata masy ciała;
- brak odpowiedzi na wcześniej stosowane formy leczenia ambulatoryjnego;
- wyjątkowo niski wiek chorego.

Jak wskazuje Barbara Józefik [*ibidem*], od początku lat 80. obserwuje się odchodzenie od stacjonarnego trybu leczenia na rzecz leczenia ambulatoryjnego, które można prowadzić w znacznie szerszym zakresie i które nie wymaga rezygnacji z codziennych obowiązków związanych ze szkołą, pracą itp. Istotne jest ponadto wskazanie uniwersalnych zasad leczenia, które powinny być przestrzegane niezależnie od różnic w założeniach teoretycznych i praktyce klinicznej. Należą do nich:

- każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia uwzględniającego obraz kliniczny, przebieg i czas trwania choroby, problematykę indywidualną i rodzinną, motywację do leczenia i zakres współpracy,
- leczenie powinno być rozpoczynane jak najwcześniej,
- terapia winna obejmować różnorodne obszary funkcjonowania chorego,
- podstawowym elementem terapii jest nawiązanie więzi terapeutycznej i ustalenie właściwych zasad kontraktu terapeutycznego,
- w procesie leczenia wskazane może być korzystanie z różnorodnych metod terapeutycznych,
- w przypadku nieskuteczności danego podejścia należy zmienić tryb i formy terapii,
- w leczeniu powinien brać udział zespół interdyscyplinarny, złożony z przedstawicieli różnych zawodów.

U

19. Uwarunkowania bulimii

Dla wielu zaburzeń i chorób charakterystyczne jest to, że nie sposób ustalić jednej ich przyczyny, która w bezpośredni sposób wywołała problemy zdrowotne. Nie sposób też ustalić, w którym dokładnie momencie i od czego zaburzenie zaczęło się rozwijać. Tak jest także w przypadku bulimii,