

Zastosowanie psychoterapii grupowej w leczeniu dziewcząt i kobiet z diagnozą anoreksji psychicznej (prezentacja modelu terapeutycznej pracy w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” – doświadczenia własne)

Application of group psychotherapy in treatment of adolescents and young women with anorexia nervosa (presentation of therapeutic work model in the Neurosis and Eating Disorders Treatment Centre “Dąbrówka” – the author’s own experience)

Bernadetta Izydorczyk¹, Elżbieta Niziołek²

¹ Katedra Psychologii Klinicznej i Sądowej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. J. M. Stanik

² Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach
Kierownik: mgr J. Syguda

Summary

The article shows chosen motives from the authors self experience in the specificity and principles of conducting group psychotherapy in treating patients with a diagnosis of anorexia nervosa. In the first part of the article, the author presents elementary postulates of the working model in teenage therapeutic groups in the Neurosis and Eating Disorders Treatment Centre “Dąbrówka”, in the years 2002–2004. The second part presents basic postulates of adult group psychotherapy practiced in the “Dąbrówka” Centre. Conclusions indicate the main elements of a group therapy process in patients with anorexia nervosa.

Słowa kluczowe: psychoterapia grupowa, jadłowstręt psychiczny

Key words: group psychotherapy, anorexia nervosa

Wprowadzenie

Prezentowane w psychiatryczno-psychologicznej literaturze teoretyczne koncepcje tłumaczą patogenezę jadłowstrętu psychicznego, nawiązując zarówno do jego psychologicznych mechanizmów, specyficznych dysharmonii rozwoju struktury ego w przebiegu procesu separacji i indywidualizacji u młodej osoby, łącznie z brakiem prawidłowej (opartej na empatii, nie symbiotycznej) więzi z matką, jak i do nierozwiązanej prawidłowo edypalnej konfliktowości, powiązanej z rozwojem obron, opartych na przeżywaniu poczucia winy (zazdrość o penis ojca, fantazje o byciu w ciąży,

nasilenie tendencji oralno-sadystycznych). Często podkreśla się istotny wpływ na rozwój patomechanizmu anoreksji psychicznej fazy życia (adolescencji), osobistej i wielopokoleniowej linii życiowej jednostki, specyficznych (konfliktowych) relacji w rodzinie pomiędzy matką i ojcem oraz doświadczonych traum psychicznych w relacjach z innymi (najczęściej bliskimi) ludźmi [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Psychoterapia grupowa stanowi istotny element kompleksowego, medycyńsko-psychologicznego procesu leczniczego. Praca terapeutyczna ukierunkowana jest na jak najszybsze usunięcie objawów i przywrócenie równowagi w rozwoju psychicznym młodej osoby separującej się od swojej generacyjnej rodziny i budującej wielopoziomową (osobistą, społeczną, zawodową) tożsamość. Terapia grupowa pozwala na uaktywnienie się psychologicznej dynamiki grupowej, pobudzającej rozwój wzorców identyfikacyjnych, modelowanie zachowań społecznych (poprzez innych członków grupy i terapeutów) tak istotnych w procesie zarówno formowania się tożsamości młodej, dojrzewającej osoby, jak i zdrowienia. W świetle literatury przedmiotu znaczące miejsce w rozumieniu dynamiki procesów grupowych zajmują koncepcje psychoanalityczno-psychodynamiczne, między innymi: teorie relacji z obiektem i perspektywa rozumienia psychologicznych mechanizmów rozwoju grupy terapeutycznej w koncepcji Biona. W głównych założeniach jakość wczesnodziecięcej matrycy, ukształtowanej relacji niemowlęcia z matką ma znaczący wpływ na wzorec wzajemnych relacji pomiędzy już dorosłymi bądź dorastającymi członkami grupy terapeutycznej oraz pomiędzy nimi a prowadzącymi grupę terapeutami. Rolą terapeutów jest takie wpływanie na grupę, żeby funkcjonowała ona jako emocjonalny kontener (matczyzny obiekt), dzięki któremu proces grupowy może się prawidłowo rozwijać.

W terapii chorych na anoreksję psychiczną istotne są również założenia modelu poznawczego, w którym wyuczone w toku rozwoju osobniczego i unieświadomione założenia generują określone postawy i reguły, determinując sposób myślenia o sobie i innych. Te czynniki odpowiedzialne są za powstawanie myśli automatycznych, będących w tym modelu źródłem znaczącego dyskomfortu emocjonalnego [9], a objawy u chorych na anoreksję są podstawową strategią radzenia sobie z cierpieniem. Podstawowe teoretyczne założenia poznawczego i psychoanalityczno-psychodynamicznego paradygmatu znalazły zastosowanie w planowaniu struktury i zadań psychoterapii grupowej dla nastolatków i dorosłych osób (szczególnie kobiet) w ośrodku leczenia nerwic i zaburzeń odżywiania się, którego doświadczenia prezentują autorki pracy.

1. Prezentacja podstaw modelu psychoterapii grupowej osób z rozpoznaniem anoreksji psychicznej w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka”

1.1. Model pracy w młodzieżowych grupach terapeutycznych

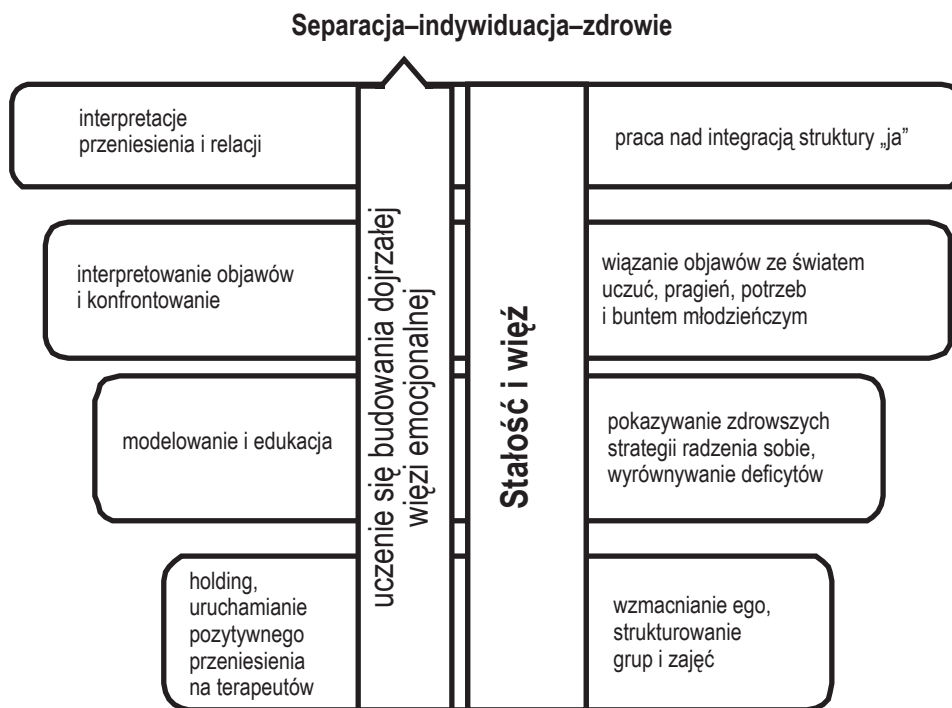
Okres adolescencji związany jest z intensywnymi zmianami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Dorastający uczy się rozpoznawać i przeżywać własne uczucia (zgodnie z normami i swoimi potencjalnymi możliwościami rozwojowymi). Nastolatki, przeżywając emocjonalny kryzys dojrzewania, doświadczają licznych

konfliktów wewnętrznych, związanych ze sprzecznymi uczuciami, których doznają (bunt, miłość), i wyborami pomiędzy zachowaniami osoby dorosłej a eksponowanym jeszcze pragnieniem zachowań dziecięcych (zależność – niezależność). Ta ujawniana niestabilność, poprawnie rozwojowo przeżyta, daje podstawę do tego, aby w niedalekiej przyszłości zbudowały swoją tożsamość i wkroczyły samodzielnie, bez nadmiernego lęku, w dorosłe życie.

Charakterystyczny dla tego okresu negatywizm, protest w zachowaniach i myśleniu (często rozumiany jako przejaw agresywności) musi zostać wprost przeżyty i ujawniony po to, aby w dalszym życiu nastolatki dojrzewały w sposób poprawny rozwojowo i aby kształtowała się u nich tożsamość człowieka dorosłego. Jest to czas poszukiwania własnej tożsamości i próby określenia jej. Dojrzewająca dziewczyna szuka odpowiedzi na pytanie „jaka ja jestem?” – jest to podstawowy problem dorastania. Dorastający musi scalić dotychczasową wiedzę o sobie, uzyskać integrację swojej przeszłości z teraźniejszością oraz sformułować koncepcję przyszłości. Wzrastający krytycyzm dorastających powoduje pojawienie się typowych konfliktów, których wyrażenie i rozwiązanie prowadzi do coraz większego wyzwiania się spod wpływu dorosłych i zacieśniania więzi z grupą rówieśniczą. W relacjach rówieśniczych poszukują oni identyfikacji z innymi, tworzą się paczki, przyjaźnie, grupa zaczyna mieć istotny wpływ na kształtowanie się ich tożsamości i na przebieg kryzysu adolescencji. Ten bardzo złożony, wymagający osiągnięcia pewnego poziomu separacji od rodziców, proces u osób z anoreksją jest utrudniony, bo doszło u nich do zaprzeczenia autonomii na najbardziej podstawowym poziomie – ciała i jego fizjologii.

Znaczne nasilenie popędów w okresie dojrzewania stawia taką osobę przed dylematem: iść za impulsem i narazić się na utratę idealnego obiektu – matki, czy też zrezygnować z realizacji potrzeb popędowych i takim kosztem zachować z nią niezmienną relację. W przypadku rozwoju anoreksji konflikt ten jest niejako gaszony w zarodku, gdyż, na skutek głodzenia się i stopniowego wyniszczania, redukcji ulega cała sfera popędowa (wszystkie konflikty zostają przemieszczone na pożywienie i ciało, zamiast być rozgrywane w relacjach interpersonalnych) [3, 4]. W takim znaczeniu jadłowstręt psychiczny stanowi nieadaptacyjne, jedynie pozorne, rozwiązanie takich psychologicznych procesów, jak kształtowanie się stabilnej lub rozmytej tożsamości i rozwój na kontinuum: zależność–niezależność, zmienność–stałość obrazu siebie, popędowość–kontrola.

Poniższy schemat przedstawia podstawowe założenia modelu terapii w grupach młodzieżowych Ośrodka Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach w latach 2002–2004. Objaw chorobowy traktowany jest jako przejaw ponadnormatywnego kryzysu adolescencji. Cele postępowania terapeutycznego w grupie ukierunkowane są na uzyskanie stanu zdrowia, kojarzonego z prawidłowym rozwiązaniem procesu separacyjnego i osiągnięciem podstaw do ukształtowania się indywidualnej tożsamości młodej osoby. Proces ten polega na budowaniu emocjonalnej więzi dzięki stałości relacji terapeutycznej i nauczaniu się poprzez modelowanie (nie przez chorobowe objawy) dojrzałego nawiązywania emocjonalnego kontaktu. Odpowiednio dobrane do poszczególnych faz rozwoju dynamiki grupowej terapeutyczne techniki proces ten wzmacniają.



Kryzys ponadnormatywny okresu dorastania – choroba, objawy

Strukturę młodzieżowego ośrodka psychoterapii tworzy poradnia i młodzieżowy oddział dzienny.

W ramach poradni młodzieżowej realizowane są następujące usługi i działania lecznicze:

- konsultacje medyczne (lekarskie)
- diagnoza psychologiczna
- diagnoza nozologiczna, opieka medyczna (badania lekarskie i laboratoryjne)
- wstępna ocena funkcjonowania rodziny
- kwalifikacja i określenie dalszego postępowania i trybu leczenia w ośrodku
- poradnictwo indywidualne i rodzinne w ramach struktur poradni
- kwalifikacja do wybranej grupy terapeutycznej młodzieżowego oddziału dziennego zgodnie ze wskazaniami
- skierowanie do leczenia specjalistycznego poza strukturami ośrodka.

Cele młodzieżowego oddziału dziennego to:

- pogłębienie diagnozy psychologiczno-psychoterapeutycznej leczonego pacjenta i jego rodziny
- psychoterapia zaburzeń w rozwoju okresu adolescencji
- psychoterapia grupowa, psychoterapia indywidualna i konsultacje rodzinne.

Prowadzona przez nas psychoterapia grupowa na oddziale dziennym odbywała się dwa razy w tygodniu (jednego dnia 2 sesje terapeutyczne – podejście psychodynamiczne, oraz, w innym dniu, 2 sesje terapii behawioralno-poznawczej – tzw. grupa pracy z ciałem) i obejmowała cztery grupy terapeutyczne dla młodzieży w wieku 14 do 19 lat.

Pierwszą grupę (tzw. I homogenną, młodzieży młodszej w wieku 14–16 lat) tworzyło 11 dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji psychicznej. Drugą grupę (tzw. II homogenną, młodzieży starszej w wieku 17–19 lat) tworzyło 12 dziewcząt: osiem z diagnozą anoreksji, cztery z nozologicznym rozpoznaniem bulimii. Strukturę grupy trzeciej (tzw. III heterogennej, młodzieży starszej w wieku 17–19 lat) tworzyło dziewięć osób: dwóch chłopców z diagnozą zaburzeń pod postacią somatyczną, dwie dziewczyny z diagnozą anoreksji, jedna z rozpoznaniem bulimii, cztery kolejne z nozologicznym rozpoznaniem zaburzeń depresyjno-lękowych.

W trakcie pracy terapeutycznej w grupach młodzieżowych w latach 2002-2004 realizowano następujące cele terapeutyczno-rozwojowe:

- cele integracyjno-społeczne (usprawnianie komunikacji społecznej i nawiązywania konstruktywnych relacji rówieśniczych, praca nad otwartością w wyrażaniu uczuć, myśli i postaw wobec otoczenia), strategie konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i sytuacją trudną
- cele związane ze stymulacją rozwoju i kształtowaniem przebiegu kryzysu adolescencji u członków grup terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem elementów pracy na tzw. zasobach (wzmacnianie)
- cele tzw. lecznicze związane z pracą nad objawem chorobowym (elementy korygowania zaburzeń i niwelowania objawów chorobowych poprzez grupowe działania terapeutyczne).

Paradygmat psychodynamiczny wskazuje na możliwość wykorzystania dynamiki procesów grupowych i relacji z terapeutami do modelowania relacji z obiektem (zjawisko przeniesienia), wspierania zasobów rozwoju psychoseksualnego i kształtowania się poczucia tożsamości. Natomiast zastosowanie terapeutycznej pracy z wykorzystaniem podejścia behawioralno-poznawczego w tzw. grupie pracy z ciałem pozwoliło realizować zadania dotyczące między innymi stabilizacji i akceptacji ciała, własnego wizerunku (obrazu) ciała, pracy nad integracją struktury Ja cielesnego ze strukturą Ja psychicznego.

Główne techniki, jakie zastosowano w pracy terapeutycznej w prezentowanych grupach młodzieżowych, to:

- dialog, klaryfikacje i konfrontacje (bez interpretacji, głównie w I fazie pracy) – stosowane w grupach młodzieży starszej, szczególnie gr. III, pracującej w paradygmacie psychodynamicznym
- elementy metafor i bajek (szczególnie w gr. II, pracującej z wykorzystaniem paradygmatu strategicznego i behawioralno-poznawczego)
- gry i zabawy grupowe (głównie w I fazie pracy grup, szczególnie grupy I tzw. młodszych adolescentek w wieku 14 do 16 lat); realizowano tu głównie zadania integracyjne i wykorzystywano elementy psychodramy, psychorysunek, wizualizację, relaksację i elementy choreograficzne (taniec).

1.2. Prezentacja podstaw modelu psychoterapii grupowej dla osób dorosłych z rozpoznaniem anoreksji psychicznej

Psychoterapia grupowa dorosłych obejmuje leczenie w ramach oddziału dziennego oraz poradni. Struktura oddziaływań grupowych ośrodka przedstawia się następująco:

- oddział dzienny – terapia odbywa się w trzech grupach terapeutycznych, heterogennych pod względem rozpoznania i płci, otwartych; sesje terapeutyczne odbywają się codziennie, czas leczenia to 10–12 tygodni, w pracy grupowej bazą jest psychodynamiczne rozumienie problematyki pacjentów, ale wykorzystywane są techniki z różnych podejść
- grupa zaburzeń odżywiania się – grupa homogenna ze względu na rozpoznanie i płeć, pacjentki mają możliwość spotykania się raz w tygodniu do pół roku po skończeniu terapii na oddziale, sesje są ustrukturuwane, korzystamy z materiałów pomocniczych, opierając się głównie na podejściu poznawczo-behawioralnym
- grupa „pracy z ciałem” – raz w tygodniu, techniki terapeutyczne to elementy bioenergetyki, choreoterapii, psychodramy, terapii behawioralnej.

1.2.1. Psychoterapia grupowa pacjentek z anoreksją w paradygmacie psychodynamicznym na oddziale dziennym

Najogólniej rzecz ujmując, następuje tu odtworzenie podstawowych deficytów i konfliktów, z którymi zmagają się pacjentka. Terapia przebiega kilkietapowo. Pierwszy etap to stworzenie więzi. W tym okresie nieskuteczne są interpretacje, dominują kłasyfikacje, dialog terapeutyczny, a także konfrontacje dotyczące objawów. W dalszych etapach grupa pracuje nad zrozumieniem wewnątrzpsychicznych mechanizmów anoreksji na podstawie materiału zarówno życiorysowego, jak i aktualnego, wnoszonego przez chorą. Służy temu również analiza procesu grupowego.

Grupa potrafi dostroić się do poziomu zaburzenia pacjentki w sposób korektywny (inaczej niż matka) – intuicyjnie wyczuwa jej potrzeby i dostosowuje się do nich, co jest szczególnie ważne, gdy pod anoreksją kryje się patologia osobowości. W tym kontekście rolą grupy jest kontenerowanie, tworzenie środowiska, w którym potrzeby psychiczne chorej będą zauważane, rozumiane i zaspokajane, inaczej niż we wcześniejszych relacjach. Rozwój takiej bezpiecznej relacji zależnościowej stanowi bazę, dzięki której może zostać uwewnętrzniony dobry obiekt i w ten sposób zostaje zapoczątkowany proces separacji.

Z drugiej strony, ze względu na psychosomatyczny charakter objawów niemożliwe jest ograniczenie oddziaływań leczniczych wyłącznie do dialogu terapeutycznego. Dlatego w ramach kontraktu terapeutycznego pacjentka staje przed pewnymi wymaganiami: koniecznością poddawania się badaniom lekarskim, utrzymywania wagi lub przybierania na niej, korzystania z konsultacji specjalistycznych (np. endokrynologicznych, dietetycznych). W trakcie leczenia jest rozliczana z realizacji tych ustaleń, a w uzasadnionych przypadkach, np. jeśli nasilenie objawów stanowi zagrożenie dla jej życia, kierowana do szpitala. Objęcie pacjentki taką kontrolą zdejmuje z niej przymus nadmiernej samokontroli i stanowi odwrócenie pierwotnej relacji z matką. Jeśli jest

bezradna wobec swoich objawów (np. chudnie), jest to zauważane, ale nie jest powodem odrzucenia, tylko staje się przedmiotem analizy. Postawienie i egzekwowanie wymagań spotyka się ze znacznym oporem pacjentki, jednak stanowi to materiał do rozumienia zjawisk oporu i przeniesienia.

Reasumując, w tych grupach dominuje psychodynamiczne rozumienie zaburzeń odżywiania się, ale stosowane interwencje różnią się w zależności od etapu terapii i obejmują zarówno interwencje o charakterze psychodynamicznym, jak i oddziaływania behawioralne. W przypadku tych ostatnich reakcje pacjentki są również materiałem do interpretacji psychodynamicznej.

1.2.2. Psychoterapia grupowa pacjentek z anoreksją – grupa zaburzeń odżywiania się (paradygmat poznawczo-behawioralny)

Pacjentka może korzystać z tej formy terapii po ukończeniu terapii psychodynamicznej w celu utrwalenia i pogłębienia uzyskanych zmian. Podstawą pracy jest poznawczy model rozumienia zaburzeń, koncentrujący się na powiązaniu objawów z przeżyciami wewnętrznymi pacjentki – z myślami, które mają charakter automatyczny i autodestrukcyjny, z przekonaniami, które wpływają na jej stosunek do siebie i do innych osób, na kształtowanie się oczekiwań i zobowiązań, a tym samym na funkcjonowanie intrapsychiczne i interpersonalne. W tej formie terapii ważna wydaje się edukacja w zakresie odróżniania myśli od uczuć, a także uczuć od ich fizjologicznych przejawów, co wprowadza porządek w wewnętrzny świat chorej i pozwala na uzyskanie większej spójności sfery psychicznej i na powiązanie jej ze sferą somatyczną. Dzięki temu następuje dalsza psychologizacja objawów i eksternalizacja choroby, a pacjentka nie musi budować swojej tożsamości na bazie anoreksji.

W grupie zaburzeń odżywiania się chora zajmuje się też dalszym odkrywaniem sfery potrzeb i impulsów oraz poznawczym opracowaniem trudności w ich realizacji, a także poszukiwaniem strategii ich zaspokajania nie tylko poprzez „relację z pokarmem”. W ten sposób znacznie łatwiejsza staje się rezygnacja z objawów chorobowych rozumianych również jako obiekt pośredniczący (przygotowywanie się do tego trwa przez całą terapię, ale teraz może odbywać się na poziomie świadomym). Chora ma tu również możliwości zastanowienia się nad społecznymi uwarunkowaniami swojego zaburzenia, nad swoim postrzeganiem roli kobiety, kształtowaniem tożsamości kobiet przez wizerunek zewnętrzny lansowany przez media, nad oczekiwaniami, które są kierowane do kobiet. To pozwala na dokonywanie bardziej świadomych wyborów i określenie siebie z bardziej niezależnej pozycji („chcę być taka, bo **ja** tego chcę”, a nie „chcę być taka **dla innych**”) – co jest związane z wyraźniejszym określeniem swojej tożsamości i autonomii.

W grupie tej następuje, wcześniej niemożliwe, przeformułowanie kwestii kontroli i odpowiedzialności – pacjentki pracują nad przejęciem odpowiedzialności za swoje objawy i zachowania (np. poprzez zmianę myślenia z „nie mogę tego zrobić, bo jestem chora” na „nie chcę, bo taki jest mój wybór”) nie tylko w kontekście zaburzeń odżywiania się. W ten sposób urealniamy zarówno swoją bezradność wobec objawów, jak i omnipotencję w relacjach z innymi.

1.2.3. Psychoterapia w ramach grupy „pracy z ciałem”

W anoreksji dominuje specyficzny stosunek pacjentki do własnego ciała. Przeżywa ona szereg rozszczępień: na złe ciało i idealny umysł, na „dobry” i „zły” pokarm. W odczuciach pacjentki dochodzi do fragmentacji ciała, wyrażającej się wybiórczym postrzeganiem pewnych cech i pomijaniem innych, a także niezdolnością do integracji i interpretacji bodźców z różnych kanałów zmysłowych (wzrokowych, dotykowych, interoceptywnych). Świat przeżyć zostaje zawężony do sytuacji „mieszczenia się w spodniach”. Wszelkie doznania zmysłowe, mogące aktywizować popędy i uzmysławiać istotne potrzeby, zostają odcięte, począwszy od najbardziej elementarnych – głodu, pragnienia, zmęczenia, zimna, potrzeb seksualnych. Ciało jest traktowane jak przedmiot, który nie odczuwa; często pacjentka realizuje w ten sposób agresywne impulsy, np. ćwicząc godzinami mimo wyczerpania.

Celem grupy jest praca nad cielesnością rozumianą bardzo szeroko – począwszy od aktywizowania wszystkich kanałów zmysłowych, poprzez skupienie się na bodźcach interoceptywnych i proprioceptywnych, do próby zrozumienia ich znaczenia. To pozwala na zwrócenie uwagi na własne potrzeby, sygnalizowane przez doznania płynące z ciała.

Inne zadania realizowane w tej grupie to nauka relaksacji i ćwiczenia oddechowe. Dzięki temu chora nabywa umiejętności kontrolowania emocji i popędów nie poprzez głodzenie się.

Zajmowanie się sferą popędową odbywa się na późniejszym etapie terapii, zwykle polega ono na wizualizacji, a następnie przeformułowaniu: to, co było źródłem wstydu czy lęku, staje się bogactwem, dającym możliwości rozwoju. Pozwala to na zmniejszenie negatywnych nastawień wobec seksualności czy agresywności.

Kolejnym aspektem terapii jest poznawanie granic zarówno swojego ciała (wyobrażonych i realnych), jak i granic szerzej rozumianych – psychicznej i fizycznej potrzeby dystansu i bliskości, a także nabywanie umiejętności regulowania tego w zdrowy sposób.

2. Specyfika psychoterapii grupowej stosowanej wobec pacjentek z jądłowstrętem psychicznym w okresie adolescencji i w wieku dorosłym

Wiek rozwojowy pacjentek z diagnozą anoreksji psychicznej i specyfika struktury ich osobowości w etapie życia, na którym podejmują one swoje leczenie, stanowią istotny wyznacznik realizacji celów terapii (rozwojowych i związanych ze zdrowieniem), nieco odmiennego stylu pracy terapeutycznej i stosowanych technik. Możemy mówić o różnicach w terapii grupowej adolescentów i dorosłych. Dotyczą one: cech terapii, roli grupy i terapeutów oraz stosowanych technik.

2.1. Cechy terapii

W przypadku pacjentów młodzieżowych możemy mówić o ich mniejszej zdolności do symbolizacji i myślenia abstrakcyjnego, dlatego podczas psychoterapii grupowej

z ich udziałem w niewielkim stopniu zajmujemy się konfliktami wewnętrznymi – dominuje omawianie i rozwiązywanie konfliktów zewnętrznych. Ze względu na mniejsze utrwalenie niedojrzałych mechanizmów obronnych i wzorców reakcji łatwiejsza jest ich korekta, bez konieczności analizowania i wielokrotnego przepracowywania, a bardziej dojrzałe mechanizmy łatwiej zostają uwewnętrznione.

U dorosłych, zwłaszcza w grupach z dominującym podejściem psychodynamicznym, praca ogniskuje się wokół procesów intrapsychnicznych. Materiał wnoszony przez dojrzałą pacjentkę, zarówno aktualny, jak życiorysowy, a także wynikający z procesu grupowego, służy do analizy przeniesień i przeciwprzeniesień i do zrozumienia mechanizmów obronnych, jakie dominują w jej strukturze osobowości. Proces grupowy daje możliwość wielokrotnego przepracowywania tych mechanizmów „tu i teraz”, a na drodze społecznego uczenia się pacjentka ma możliwość ćwiczenia innych zachowań w bezpiecznych warunkach. W grupach o orientacji poznawczo-behawioralnej pacjentka skupia się na analizie swoich schematów myślowych oraz na pogłębianiu wiedzy o swojej popędowości z równoczesnym opracowywaniem bezpiecznych, niechorobowych strategii ich kontroli.

2.2. Rola grupy i terapeutów

W przypadku pacjentki młodzieżowej grupa jest środowiskiem, w którym może ona podejmować próby bardziej efektywnej niż dotychczas integracji z rówieśnikami, otrzymywać tam wsparcie, doświadczać poczucia przynależności, ale ze względu na niedojrzałość jej uczestników grupa ma niewielką zdolność kontenerowania, częściej frustruje potrzeby zależnościowe. Tutaj to terapeuci mają za zadanie tworzenie holdingu, reparację deficytów, pełnią rolę wychowawczą, edukacyjną, stanowią obiekty modelujące, a także nadają strukturę pracy grupowej. Zjawiska przeniesieniowe mają miejsce, ale raczej nie są analizowane.

W terapii osób dorosłych to grupa jest obiektem maternalnym, kontenerującym, wspierającym, jest również obiektem przeniesieniowym w wielu zakresach – grupa jako całość, ale też poszczególni uczestnicy mogą uaktywnić przeniesieniowe relacje z ważnymi osobami albo z różnymi ich niezintegrowanymi aspektami (np. jedna z osób to „zła”, a druga – „dobra” matka). Terapeuci w większym stopniu frustrują potrzeby zależnościowe, do zaspokajania ich raczej stymulują grupę. Ich podstawowym zadaniem jest obserwacja procesu grupowego i włączanie go w pracę nad indywidualną problematyką pacjentów. Często pomiędzy grupą a pacjentką anorektyczną tworzy się nadmiernie symbiotyczna relacja, podobna jak z matką; rolę terapeuty jest wówczas zauważenie tego i praca nad zmianą, zarówno poprzez stawianie wymagań, jak i interpretowanie oporu pacjentki. W tym przypadku rolą terapeutów jest „depsychotyzacja symbiotycznej diady”, czyli korektywne odegranie roli ojcowskiej.

2.3. Techniki terapeutyczne

W grupach młodzieżowych techniki terapeutyczne są bardziej zróżnicowane, chociaż ich dobór zależy od wieku i stopnia dojrzałości – im młodszy uczestnik, tym

większe strukturowanie pracy grupy, np. gry i zabawy grupowe zwłaszcza na początkowych etapach terapii, później dołączane są techniki projekcyjne (psychorysunek), elementy psychodramy, modelowanie, w miarę rozwoju grupy zaczyna rosnąć rola dialogu terapeutycznego.

U dorosłych, podobnie jak w grupach starszych adolescentów, od początku dominuje dialog terapeutyczny, natomiast inne techniki (behawioralne, psychodrama) mają znaczenie pomocnicze. Grupa zaburzeń odżywiania się opiera się na poznawczych założeniach (edukacja dotycząca choroby, poznawczy model zaburzeń, identyfikacja i podważanie negatywnych myśli i przekonań podstawowych) i oddziaływaniach behawioralnych.

Wnioski

Analizując literaturę przedmiotu i opierając się na doświadczeniach własnych w prowadzeniu psychoterapii grupowej osób chorujących na anoreksję w okresie dorastania i młodych dorosłych, nabrałyśmy przekonania, że w procesie dynamiki grupowej i terapeutycznych działań w grupie pacjentów następuje odtworzenie faz ich rozwoju emocjonalnego. W początkowej fazie procesu grupowego mamy do czynienia z etapem rozwoju tzw. „emocjonalnego niemowlęcia”. Jego zadania to stopniowe budowanie więzi, uzupełnianie deficytów („karmienie”), empatia, ale równocześnie stawianie granic w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Główne interwencje terapeutyczne polegają na wspieraniu, klaryfikowaniu, rzadko na konfrontowaniu – zbyt zagrażającym dla pacjentek na tym etapie.

W kolejnej fazie rozwoju procesu grupowego mamy do czynienia z pacjentkami zwykle przejawiającymi większą dojrzałość emocjonalną. Wtedy w ich terapii następuje skupienie się na wieloaspektowej analizie wnoszonej do treści sesji tematyki. Obejmuje ona m.in. aktualne trudności rozumiane w kontekście historii ich życia, w mniejszym stopniu istniejące deficyty, natomiast większy nacisk kładziony jest na analizę konfliktowości wewnętrznej u pacjentek i odkrywanie świata ich popędowości (seksualności i agresywności). Do głównych terapeutycznych interwencji zaliczamy na tym etapie pracy w grupie interpretację występujących u pacjentek objawów i zjawiska przeniesienia. W efekcie tak prowadzonej strategii oddziaływań zwykle istnieje szansa na rozwój spójności (integracji) procesów psychicznych stymulujących rozwój autonomii i tożsamości u pacjentek.

W trakcie dalszego leczenia w grupie następuje zwykle utrwalenie dotychczasowych terapeutycznych efektów (np. integracja emocjonalnej struktury osobowości, poczucie tożsamości i własnych granic) oraz, już na poziomie świadomym, psychologizacja objawów poprzez ich poznawcze opracowanie. Proces ten pozwala na dalszą stymulację rozwoju autonomii u pacjentek na poziomie myślenia i planowania strategii zmian w ich zachowaniach. W konsekwencji tychże zmian pogłębia się integracja sfery psychologicznej i cielesnej chorych na anoreksję pacjentek, możemy zatem powiedzieć, że „rekonstruuje się podstawa” do integracji „ja psychicznego” i „ja cielesnego” w ich osobowości. Proces zdrowienia wykracza tym samym poza sferę leczenia objawowego, sięgając do głębszych zmian w strukturach psychicznych.

Использование групповой психотерапии при лечении девушек и женщин с диагнозом психической анорексии (собственные наблюдения)

Содержание

В статье представлены некоторые данные собственных опытов Авторов в области специфики и основ проведения групповой психотерапии. Терапия проведена у пациенток с диагнозом психической анорексии. В первой части работы Авторы представляют основные принципы основ модели поведения в молодежных группах терапии в Центре лечения неврозов и нарушений питания „Домбровка” в 2002–2004 годах. Во второй части работы представлены основные данные о применяемой групповой психотерапии в Центре групповой психиатрии у взрослых пациенток. В выводах проведенных исследований указано на главные элементы специфики проведения групповой психотерапии пациенток с психической анорексией.

Anwendung der Gruppenpsychotherapie bei der Behandlung der Mädchen und Frauen mit der Diagnose Anorexia nervosa (Vorstellung des Modells der therapeutischen Arbeit im Zentrum für Behandlung der Neurosen und Essstörungen «Dąbrowka» – eigene Erfahrungen)

Zusammenfassung

Der Artikel bespricht ausgewählte Probleme aus den eigenen Erfahrungen der Autorinnen über Eigentümlichkeit und Führung der Gruppenpsychotherapie bei der Behandlung der Patientinnen mit Anorexia nervosa. Im ersten Teil beschreiben die Autorinnen Grundprinzipien des Arbeitsmodells in den jugendlichen Therapiegruppen im Zentrum für Behandlung der Neurosen und Essstörungen «Dąbrowka» in den Jahren 2002 – 2004. Im zweiten Teil wurden die Grundprinzipien der im Zentrum angewandten Gruppentherapie für Erwachsene vorgestellt. Die Schlussfolgerungen enthalten die Hauptelemente der Gruppenpsychotherapie der Patientinnen mit Anorexia nervosa.

L'application de la psychothérapie de groupe pendant la thérapie des femmes et des filles souffrant de l'anorexie nerveuse (présentation du modèle du travail thérapeutique au Centre « Dąbrowka », traitant les névroses et les troubles de conduite alimentaire – expérience propre des auteurs)

Résumé

L'article décrit les problèmes choisis des expériences propres des auteurs de cet article, problèmes concernant les principes et la spécificité de la thérapie de groupe des patientes souffrant de l'anorexie nerveuse. La première partie présente les principes du travail thérapeutique avec les filles au Centre « Dąbrowka » durant les années 2002-2004, la seconde – les principes concernant le travail thérapeutique avec les femmes. Les conclusions indiquent les éléments principaux de la thérapie de groupe des patientes avec l'anorexie nerveuse.

Piśmiennictwo

1. Goldbloom DS, Garfinkel PE. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa – diagnostic issues and risk factors*. W: Kennedy SH, red. *Handbook of eating disorders*. Toronto: University of Toronto Press; 1993, s. 1–9).
2. Iniewicz G, Józefik B, Namysłowska I, Ulańska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część II*. *Psychiatr. Pol.* 2002; 1: 65–81.
3. Emmet SW. *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Brenner/Mazel; 1980.
4. Sours J. *Starving to death in the sea of objects*. New York: Jason Aronson; 1985.

5. Wilson CP. *Fear of being fat. The treatment of anorexia and bulimia*. New York: Jason Aronson Inc; 1985.
6. Bruch H. *Death in anorexia nervosa*. Psychosomatic Medicine. 1971; 33, 2.
7. Bruch H. *Psychotherapy in primary anorexia nervosa*. W: Esman HA, red. *The psychiatric treatment of adolescents*. Int. New York: Univers. Press; 1983.
8. Drozdowski P. *Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się*. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003.
9. Curwen B, Palmer S, Ruddell P. *Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.

Adres: Bernadetta Izydorczyk
Katedra Psychologii Klinicznej i Sądowej
Uniwersytetu Śląskiego
ul. Grażyńskiego 53
40-126 Katowice

Otrzymano: 2.01.2008
Zrecenzowano: 14.11.2008
Otrzymano po poprawie: 14.01.2009
Przyjęto do druku: 10.02.2009