

PRACA SKONCENTROWANA NA CIELE JAKO JEDNA Z METOD TERAPII PACJENTEK Z ROZPOZNANIEM JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO — DOŚWIADCZENIA KLINICZNE

WORK FOCUSED ON THE BODY AS ONE OF THE THERAPY METHODS FOR PATIENTS DIAGNOSED WITH ANOREXIA NERVOSA — CLINICAL EXPERIENCE

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

² Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Janusz Rybakowski

anorexia nervosa
body work
therapeutic methods

W artykule przedstawione są charakterystyczne cechy zaburzeń odżywiania się, obrazu własnego ciała oraz zakłóceń w obszarze obrazu własnego ciała u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. Opisane są cele i założenia grupowej terapii skoncentrowanej na ciele opracowanej przez drugą Autorkę, a proponowanej pacjentkom hospitalizowanym w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu.

Summary: The aim of the authors of the article is to describe the body work conducted with patients diagnosed with anorexia nervosa treated in the Child and Youth Psychiatry Clinic of the Poznań University of Medical Sciences. The authors rely on clinical experience, forming the base for defining their unique approach to treating patients diagnosed with psychic anorexia. The body work activities are conducted by a physiotherapist and are carried out in two stages.

The first stage consists of stretching exercises and dynamic tape recording. The second stage focuses on presenting the film from the activities and discussing it in a group. The activities are carried out in homogeneous groups, during early stages of hospitalisation.

1. Wstęp

W piśmiennictwie polskim spotkać można trzy zamiennie stosowane określenia, tj. jadłowstręt psychiczny, anoreksja psychiczna oraz anorexia nervosa. Dotyczą one tego samego zaburzenia, zaliczanego w obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 do kategorii: zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi F50-F59. W ramach tej kategorii jadłowstręt psychiczny zakwalifikowany jest jako: zaburzenia odżywiania się F50: jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) F50.0. [1].

Autorki artykułu, nawiązując do klasyfikacji ICD-10, przyjęły w artykule określenie „jadłowstręt psychiczny” [1] i koncentrują się na jednym obszarze jego kryteriów diagnostycznych, jakim jest zaburzony obraz swojego ciała. W klasyfikacji ICD-10 kryterium jadłowstrętu jest spełnione, gdy: wyobrażenie własnego ciała jest zaburzone i przyjmuje

postać specyficznego zespołu psychopatologicznego, w którym obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli [1]. Natomiast w klasyfikacji DSM IV-TR jego kryterium to: zaburzenie sposobu doświadczenia własnej wagi i kształtu ciała; pacjentka nie jest w stanie wpływać na ciężar i kształt ciała na podstawie własnej oceny lub zaprzecza znaczeniu niskiej masy ciała [2]. Zaburzenie wyobrażania i doświadczenia wagi, kształtu własnego ciała u pacjentek z JP jest jednym z obszarów oddziaływań terapeutycznych stosowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu. Praca z ciałem prowadzona jest tu od ponad dwudziestu lat i jest jedną z metod leczenia pacjentek. W Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu stosowane są następujące metody leczenia pacjentek z rozpoznaniem JP: kontrakt behawioralny, społeczność terapeutyczna, praca skoncentrowana na ciele, fizjoterapia z relaksacją, terapia grupowa, psychoterapia indywidualna, terapia rodzinna, terapia zajęciowa. Opisywana metoda pracy opracowana została przez drugą z autorek niniejszego artykułu [3, 4].

2. Jadłowstręt psychiczny

Jadłowstręt psychiczny w aktualnie obowiązujących klasyfikacjach: Międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów (ICD) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM IV-TR), zaliczany jest do grupy zaburzeń odżywiania się [1, 2].

Wg kryteriów diagnostycznych w klasyfikacji ICD-10, do rozpoznania anoreksji konieczne jest stwierdzenie następujących objawów:

- masa ciała utrzymuje się na poziomie co najmniej 15% poniżej oczekiwanej (z powodu jej utraty albo dlatego, że nigdy nie osiągnęła masy należnej),
- utrata masy ciała jest spowodowana unikaniem „tuczących pokarmów”, a ponadto jedną z wymienionych czynności: prowokowaniem wymiotów, przeczyszczaniem, wyczerpującymi ćwiczeniami fizycznymi, stosowaniem leków tłumiących łaknienie i/ lub środków moczopędnych,
- wyobrażenie własnego ciała jest zaburzone i przyjmuje postać specyficznego zespołu psychopatologicznego, w którym obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu masy ciała,
- liczne zaburzenia hormonalne obejmują oś przysadkowo-nadnerczową, co u kobiet przejawia się zatrzymaniem miesiączki oraz innymi konsekwencjami zaburzeń hormonalnych,
- jeżeli początek zachorowania nastąpił przed okresem pokwitania, to liczne zjawiska związane z okresem pokwitania są opóźnione albo zahamowane [1].

Kryteria diagnostyczne anoreksji wg Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) DSM IV-TR to:

- odmowa utrzymywania ciężaru ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu (np. utrata wagi prowadząca do utrzymywania ciężaru ciała poniżej 85% wagi oczekiwanej lub brak należytego przyrostu wagi w okresie wzrastania prowadzący do utrzymywania ciężaru ciała poniżej 85% wagi należnej),
- intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi,

- zaburzenie sposobu doświadczania własnej wagi i kształtu ciała; pacjentka nie jest w stanie wpływać na ciężar i kształt ciała na podstawie własnej oceny lub zaprzeczenia znaczeniu niskiej masy ciała,
- u kobiet nieobecność przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych.

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych według DSM IV-TR, wyodrębnione zostały dwa typy jadłowstrętu psychicznego: typ „restrykcyjny” oraz typ „żarłoczno-wydalający”.

Typ „restrykcyjny”: (restricting type): w trakcie anoreksji nie dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się lub zachowań „wydalających” (np. indukowanych wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających lub diuretyków).

Typ „żarłoczno-wydalający”: (binge eating/purging type): w przebiegu anoreksji dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się i zachowań „wydalających” (indukowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i/lub odwadniających) [2]

Podstawą klasyfikacji anoreksji jest kryterium kliniczno-opisowe. Przyjmuje się, że anoreksja jest zaburzeniem o podłożu wieloczynnikowym, m.in. biologicznym, osobowościowym, rodzinnym, społeczno-kulturowym.

Autorki artykułu opisują pracę terapeutyczną skoncentrowaną na objawie, który dotyczy zaburzeń wyobrażenia własnego ciała i obawy przed otyłością, występującą w formie natrętnej myśli nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu masy ciała [1], oraz zaburzeń sposobu doświadczania własnej wagi i kształtu ciała lub zaprzeczania niskiej masy ciała [2].

3. Obraz własnego ciała

W psychologii klinicznej doświadczanie własnej cielesności rozpatruje się wspólnie w ramach takich pojęć, jak: schemat ciała (body schemat), Ja cielesne (body self), obraz ciała (body image), koncept/pojęcie ciała (body concept) [5].

W zakresie doświadczania cielesności wyróżnia się: schemat ciała oraz jego obraz.

Wg Bielefelda [za: 5, 6] w skład schematu ciała wchodzi: świadomość swojego ciała, jego powierzchni i wnętrza, ocena wielkości ciała, tj. określenie wielkości i miejsca, jakie zajmuje ono w przestrzeni, oraz wiedza o ciele, tzn. o budowie ciała i jego części. Natomiast obraz ciała obejmuje: świadomość ciała, czyli reprezentację psychiczną własnego ciała lub jego części, granice ciała, tzn. doświadczenie oddzielenia własnego ciała od świata zewnętrznego, oraz stosunek do ciała, czyli postawę wobec niego, z uwzględnieniem wymiaru zadowolenia/niezadowolenia. Wg Casha [5, 6] na obraz ciała składa się schemat ciała oraz stosunek do niego. Jego zdaniem schemat ciała to poznawcza reprezentacja wiedzy jednostki dotyczącej własnego ciała, natomiast stosunek do ciała to poziom zadowolenia z niego, a także jego poznawcze, emocjonalne i behawioralne znaczenie dla ogólnego poziomu zadowolenia z siebie. Rabe-Jabłońska i Dunajska również podkreślają wielowymiarowość obrazu ciała i wyróżniają komponent percepcyjny oraz nastawienie emocjonalne, myśli i postawy wobec ciała oraz jego ocenę, które z kolei modelują percepcję. Ich zdaniem na obraz ciała składa się również stopień zbieżności/rozbieżności między obrazem idealnym a obiektywnymi uwarunkowaniami. Wg Rabe-Jabłońskiej

i Dunajskiej doświadczenia intrapsychiczne i interpersonalne związane z własnym ciałem tworzą jego wewnętrzny obraz i kształtują postawę wobec niego, a tym samym wpływają na samoocenę jednostki [7, 8].

Opisane w wymienionych poglądach założenia nie wykluczają się, a raczej uzupełniają. Bielefeld wyróżnia: schemat ciała — oparty na procesach poznawczych (znajomość ciała, wiedza o ciele), oraz obraz ciała — odnoszący się zarówno do procesów poznawczych (świadomość ciała, reprezentacja psychiczna ciała), jak i emocjonalnych (stosunek do ciała). Z kolei Cash, wyodrębniając obraz ciała, wpisuje w to pojęcie zarówno procesy poznawcze (schemat ciała), jak i emocjonalne (stosunek do ciała, poziom zadowolenia). Rabe-Jabłońska i Dunajska w swojej koncepcji również rozpatrują wymiar percepcyjny oraz emocjonalny, zwracając jednocześnie uwagę na wzajemne zależności i modelujący wpływ percepcji na ocenę i odwrotnie. Autorkom niniejszego artykułu bliska jest koncepcja Rabe-Jabłońskiej i Dunajskiej, gdyż szczególnie wzajemne zależności między percepcją a oceną swojego ciała obserwujemy w naszej pracy z pacjentkami. Pogłębioną analizę różnych koncepcji obrazu ciała dokonały Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk w monografii pt. *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej* [5].

4. Obraz własnego ciała u pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

Kształtowanie się obrazu ciała u chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego rozpatrywane może być w różnych kontekstach. W kontekście biologicznym, w zakresie procesów myślenia, stwierdza się nieprawidłowe przekonania dotyczące obrazu własnego ciała. Pacjentki z rozpoznaniem JP przekonane są o nadwadze czy wręcz otyłości, mimo znacznej niedowagi. Utrzymywanie szczupłej sylwetki staje się dla nich wartością nadrzędną. Często zauważa się u nich zaburzenia treści myślenia. W zależności od zachowanego wglądu zaburzenia treści myślenia występować mogą w różnym stopniu nasilenia — rozpatrywać je można na continuum: obsesje, myśli nadwartościowe i urojenia [9]. Jak pisze Pytlińska [9], myślenie o wygładzie i przeżywane w związku z tym emocje często mają charakter obsesyjny: pacjenci relacjonują subiektywne uczucie przymusu objawów, zachowują jednocześnie krytycyzm wobec treści obsesji. Zdarza się jednak często, że dochodzi do zmniejszenia się krytycyzmu myślenia i częściowej lub całkowitej akceptacji irracjonalnej treści obsesji. Myślenie charakteryzuje się wówczas sztywnością i całkowitą fikcją na temacie nadwagi i sposobach jej zmniejszania. Większość chorych uważa, że jest „zbyt gruba” — tego typu przekonanie zakwalifikować można jako myśli nadwartościowe. Natomiast w sytuacji, kiedy pacjenci mają całkowitą pewność co do swojej nadwagi, mimo jednoznacznych dowodów świadczących przeciwko temu, a zwłaszcza, kiedy postawa taka stanowi zagrożenie dla ich życia, możemy mówić o urojeniach, ponieważ nie są oni wówczas w stanie poddać ich racjonalnej ocenie [9, 10]. Jednym z dowodów, wskazującym na obecność zaburzeń treści myślenia pod postacią urojeń w anoreksji, mogą być wyniki badania przeprowadzonego przez Powers i wsp., którzy dokonali oceny psychopatologii za pomocą skali PANNS u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego [za: 9]. Wcześniej wykluczono u nich schizofrenię, zaburzenia schizoafektywne oraz chorobę afektywną dwubiegunową; stwierdzono wysokie nasilenie objawów na podskali badającej zaburzenia myślenia oraz na podskali oceniającej obecność urojeń. Autorzy badania

zwrócili uwagę, że takie nasilenie zaburzeń w sferze myślenia w przypadku pacjentów ze schizofrenią kwalifikowałoby ich do farmakoterapii [za: 9, 11]. Jak pisze Pytlińska „znane są wyniki badań wskazujące na skuteczność leków antypsychotycznych w leczeniu pacjentów z anoreksją, u których nieprawidłowe przekonania dotyczące własnego wyglądu i nastawienie do odżywiania miały nasilenie urojeń obserwowanych w zaburzeniach psychotycznych. Po zastosowaniu olanzapiny, a w innym badaniu — haloperidolu nastąpiła znaczna poprawa w sferze myślenia” [9, s. 20].

Obserwacje te mogą stanowić pośredni dowód wskazujący na obecność myślenia urojeniowego u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym [9, 11, 12, 13]. Ciesielski [10] w swoich badaniach dokonał oceny zaburzeń treści myślenia w grupie pacjentek z anoreksją używając w tym celu Skali Oceny Przekonań Brown — BABS (Brown Beliefs Assessment Scale). Analizie poddał częstość występowania oraz nasilenie irracjonalnych przekonań związanych z obrazem własnego ciała. Wyniki badania wykazały, że u 56,7% pacjentek występowały nieprawidłowości myślenia o typie przekonań nadwartościowych, natomiast u 2,1% zaburzenia treści myślenia w postaci urojeń typu somatycznego [10]. Steinglass J. i wsp. [za: 9, 10] również zastosowali skalę BABS w celu oceny dominujących przekonań u pacjentek z anoreksją. Wyznawane przekonania dotyczyły przeważnie obrazu własnego ciała i nastawień do odżywiania się. U 20% badanych przekonania sięgały natężenia urojeń [9, 14]. Obserwacje kliniczne przebiegu jadłowstrętu psychicznego wskazują na związek pomiędzy głębokością zaburzeń treści myślenia dotyczących obrazu ciała a nasileniem innych objawów choroby, co ma wpływ na gorsze wyniki leczenia i rokowanie [9]. Probst, Vandereycken, van Coppenolle i Vanderlinden opracowali Kwestionariusz Postaw wobec Ciała — Body Attitude Test (BAT) [14]. Służy on do subiektywnej oceny doświadczeń związanych z własnym ciałem oraz nastawieniem do niego. Obejmuje 20 pozycji opisujących nasilenie określonych objawów punktowanych w sześciostopniowej skali. Wyróżnia się 3 główne podskale:

- negatywna ocena rozmiarów ciała (negative body size appreciation),
- poczucie obcości własnego ciała (body unfamiliarity),
- ogólny brak zadowolenia z ciała (body dissatisfaction).

W badaniach Probst i wsp. wyraźnie zaznaczyły się istotne statystycznie ($p < 0,001$) związki między komponentą poznawczą — irracjonalne przekonania (BABS) a afektywną — postawa afektywna (BAT) dotycząca własnego obrazu ciała [14, 15]. Zdaniem licznych autorów fałszywe sądy „jestem za gruba” współwystępują z negatywnym nastawieniem emocjonalnym do swojego wyglądu [10, 14, 15]. Probst i wsp. wyróżniają trzy typy niezadowolenia wynikającego z negatywnego doświadczenia swego ciała, będące wynikiem rozbieżności między realnym a idealnym obrazem ciała w populacji osób z JP: 1) chore są niezadowolone z rozmiarów swego ciała i pragną schudnąć jeszcze bardziej (zaprzeczanie istniejącemu wyniszczeniu organizmu), 2) chore są zadowolone z rozmiarów swego ciała i nie zamierzają go zmienić (opór przed przyborem masy ciała), 3) chore są świadome swojej chudości i pragną przytyć (wyrażony w różnym stopniu wgląd) [10, 14, 15]. W kontekście opisanych powyżej irracjonalnych przekonań związanych z obrazem własnego ciała, takich jak myślenie o typie przekonań nadwartościowych czy zaburzenia treści myślenia w postaci urojeń typu somatycznego, praca skoncentrowana na ciele może

wiązać się także z niebezpieczeństwem nadmiernego skupiania na nim uwagi, a w konsekwencji prowadzić do utrwalenia zaburzeń myślenia oraz negatywnej oceny nie tylko ciała, ale i własnej osoby.

W koncepcji poznawczo-behawioralnej istotnym czynnikiem w etiopatogenezie jadłowstrętu psychicznego jest obraz ciała. Wg Casha [6] obraz ciała to poznawcza reprezentacja wiedzy o nim oraz przeżywanych w związku z nim uczuć. Cash opracował model kognitywno-behawioralny obrazu ciała, który kształtowany jest przez dwie grupy czynników, tj. czynniki „historyczno-rozwojowe” oraz „pośredniczące”. Wg modelu Casha [za: 5] czynniki „historyczno-rozwojowe” obejmują: dotychczasowe doświadczenia, myśli i działania dotyczące ciała, m.in. takie, jak: doświadczenia interpersonalne, nawyki żywieniowe, cechy budowy i wagi ciała (BMI), a także kształtujące się w życiu jednostki poczucie własnej wartości. Do „czynników pośredniczących” Cash zalicza m.in. myśli i interpretacje oraz emocje związane z ciałem, a także behawioralne strategie samoregulacji [5, 6]. W koncepcji poznawczo-behawioralnej funkcjonuje również poznawczy model wizerunku ciała opracowany przez Williamsona i wsp. [17]. Wg autorów model kształt i rozmiar ciała, będący schematem poznawczym, kształtowany jest przez indywidualne cechy jednostki, rodzaj stymulacji zewnętrznej, procesy (w tym błędy) poznawcze oraz emocje. Williamson i wsp. zwracają uwagę na sprzężenie zwrotne między reprezentacją poznawczą ciała a emocjami. Ich zdaniem u osób mających negatywną reprezentację poznawczą swojego wyglądu mogą występować negatywne emocje. Z kolei negatywny nastrój, na zasadzie sprzężenia zwrotnego, może uaktywniać niesatysfakcjonujący schemat wizerunku ciała i nasilać obniżony nastrój, jednocześnie pogłębiając zaburzenia w obrazie ciała [16].

Pierwsza z autorek niniejszego artykułu niejednokrotnie w swojej praktyce terapeutycznej obserwowała zjawisko „przenoszenia” różnego rodzaju negatywnych emocji i dyskomfortu psychicznego na wizerunek ciała. Obserwacje te skłaniają do postawienia hipotezy, iż wizerunek ciała jest obszarem, gdzie chore z rozpoznaniem JP kierują i kumulują swoje frustracje, np. pacjentka, niezadowolona z ocen szkolnych czy relacji interpersonalnych, jakby „automatycznie” przenosi negatywne emocje na wizerunek swojego ciała, co powoduje nasilenie się niezadowolenia z jego budowy, kształtu czy wagi.

W koncepcji psychoanalitycznej autorki zwracają uwagę na wczesnodziecięce relacje dziecka z matką, które stanowią podłoże do kształtowania się Ja cielesnego, stanowiącego pierwszy obraz Ja tworzący się w świadomości. Dotyk matki i stymulacja sensoryczno-proprioceptywna umożliwia noworodkowi wyodrębnienie pierwotnego schematu ciała i jego granic. Wg Kreugera [18] regulacja podstawowych stanów, takich jak głód/sytość, sen/czuwanie, aktywność/odpoczynek, oraz podstawowych potrzeb, takich jak afiliacja, więź, ekspresja, eksploracja, ma miejsce w relacji z matką [18]. Kruger uważa, że na przebieg jadłowstrętu psychicznego istotny wpływ mają zaburzenia wizerunku ciała spowodowane brakiem integracji cielesnej oraz psychicznej struktury Ja, a także rozproszone granice własnego ciała [18, 19]. Zdaniem Bruch [20] zaburzenia obrazu ciała u chorych z rozpoznaniem JP mają związek z zaburzeniami spostrzegania (przewaga procesów analizowania nad syntetyzowaniem) oraz poznawczej interpretacji bodźców płynących z wnętrza ciała — świadomość interoceptywna. Wg Bruch zaburzenia pojęcia i obrazu Ja związane są z trudnościami w procesie separacji/indywidualizacji w okresie pierwszych trzech lat życia. Jeżeli w tym okresie dziecko jest „programowane” zgodnie z potrzebami matki,

co przejawia się w niewystarczającym dostrzeganiu przez nią jego potrzeb, a spostrzeganiu ich przez pryzmat własnych, wówczas nie uczy się ono rozpoznawania swoich własnych uczuć i pragnień, jest zdezorientowane i bezradne. Konsekwencją są trudności dziecka w kształtowaniu granic obrazu ciała oraz integracji self [20, 21].

Zaburzenia wizerunku ciała rozpatrywane też mogą być w kontekście społeczno-kulturowym oraz z perspektywy nurtu konstrukcjonizmu społecznego. Wizerunek kształtu kobiecej sylwetki zmieniał się wraz ze zmianami historycznymi. Podobnie też zmianom ulegało myślenie, rozumienie i podejście dotyczące zaburzeń odżywiania się. Preferencje historyczno-kulturowe, jeśli chodzi o kształty kobiecego ciała, oddają dzieła sztuki literackiej czy malarskiej. Szczególnie sylwetki kobiet uwiecznione przez malarzy, pozwalają dostrzec różnice wizerunku kobiecego ciała na przestrzeni minionych wieków. W klasycie malarskich dzieł sztuki, abstrahując od charakterystycznego dla danego okresu stylu malowania portretów i postaci, oraz kulturowego kontekstu prezentowania ciała i urody, ujawniają się określone „typy wizerunku” kobiecej sylwetki. W epoce renesansu słynne dzieła Tycjana („Wenus Anadiomene”, „Danae” czy „Wenus i organista”) ukazują pełne kształty kobiecego ciała, które w dzisiejszych czasach, zgodnie z obowiązującymi normami, uznane zostałyby za nadwagę czy nawet otyłość. Również znane i stosowane jest dzisiaj określenie „rubensowskie kształty”, nawiązujące do okresu baroku i twórczości Rubensa, który malował kobiety o obfitych kształtach („Trzy gracje”, portret „Heleny Fourment w futrze”) [22, 23]. Natomiast w późniejszych epokach, np. rokoko czy belle epoque, kobieca sylwetka prezentowana jest jako szczuplejsza, ze szczególnym podkreśleniem talii, ale przy zachowaniu atrybutów kobiecych kształtów (np. portret „Madame de Pompadour” Bouchera, „Poranny spacer” i „Portret Marry Robinson” Gainsborougha) [22, 23]. W czasach bardziej współczesnych, na przestrzeni XX wieku, wizerunek kobiecego ciała również ulegał zmianom [24]. W latach dwudziestych sylwetka kobieca była bardzo szczupła i koścista, w latach trzydziestych i czterdziestych kształty były bardziej krągłe, w latach pięćdziesiątych pełniejsze w biuście i biodrach, z podkreśloną talią (Marilyn Monroe), a z kolei w latach sześćdziesiątych wzorcem było bardzo szczupłe ciało (Twiggy, Jane Fonda). Jak pisze Jablow [24], wraz z promowaniem sylwetki pozbawionej kobiecych kształtów, kojarzonej również z bezradnością i dziewczęcością, wizerunek bardzo szczupłej sylwetki był coraz bardziej popularny [24]. Jednocześnie promowanie takiego wizerunku w mediach (aktorki, modelki, celebrytki) spowodowało, że szczupłość stała się wymaganym standardem, utożsamianym z sukcesem, szczęściem i powodzeniem.

Czynniki społeczno-kulturowe, dotyczące wizerunku własnego ciała w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, rozpatrywać można również z perspektywy konstrukcjonizmu społecznego, w kontekście czasu i miejsca, w tym również środowiska. Konstrukcjonizm społeczny zakłada, że wiedza ma charakter społeczny: powstaje i jest podtrzymywana w ramach społecznych interakcji i uzgodnień, a także implikuje społeczne zachowania. Oznacza to, że uwarunkowania kulturowe określają, czy dane zachowanie może być traktowane jako zaburzenie lub nie [21, 25]. Dlatego też rozpatrywanie jadłowstrętu psychicznego z perspektywy konstrukcjonizmu społecznego nasuwa refleksję, iż interpretacja zachowań anorektycznych, w tym także przyjętych standardów kobiecego ciała, zależy od kontekstu kulturowego i dominującego dyskursu w danym okresie.

Konstrukcjonizm społeczny pozwala więc nie tylko na perspektywę uwzględniającą kontekst czasu, ale także miejsca i środowiska, pokazując, że zachowania globalnie interpretowane jako zaburzenie mogą lokalnie zyskiwać status pożądanej normy. Na przykład oczekiwanie i lansowanie bardzo szczupłego, a czasem wręcz wychudzonego ciała przyjęte jako standardy w środowiskach m.in. modelek czy baletnic, mogą przybrać formę ogólnie przyjętych standardów społecznych [26].

5. Przebieg pracy skoncentrowanej na ciele

Do specyficznych form terapii stosowanych w leczeniu chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego należy terapia skoncentrowana na ciele. Zaburzona percepcja ciała oraz nieprawidłowe odczuwanie schematu jego budowy i funkcjonowania, jest jednym ze specyficznych objawów jadłowstrętu psychicznego. W naszej pracy odwołujemy się do wymienionych wcześniej koncepcji ciała z uwzględnieniem komponent poznawczych i emocjonalnych [6, 7, 8, 15]. Dlatego też dwa główne nasze cele to urealnienie spostrzeżenia ciała oraz zmiana/poprawa jego oceny/akceptacji.

Przyjęte przez nas szczegółowe cele i założenia pracy z ciałem:

- Pomoc w uzyskaniu należytej wagi ciała oraz uregulowanie naturalnych rytmów biologicznych.
- Doświadczenie ciała jako obszaru autonomii i samokontroli.
- Adorowanie ciała jako źródła pozytywnych doznań i środka ekspresji.
- Konfrontacja Ja idealnego z idealnym obrazem ciała.
- Asocjacja kinestetyczno-wizualna.
- Rozszerzenie percepcji bodźców kinestetycznych odczuwalnych w ciele.
- Zmodyfikowanie zaburzonego spostrzegania schematu swojego ciała i urealnienie jego idealnego obrazu.
- Pomoc w zaakceptowaniu budowy i kształtu ciała typowego dla płci.
- Praca z ciałem proponowana jest pacjentkom w pierwszych dniach pobytu w klinice. Jest to metoda opracowana przez drugą autorkę niniejszego artykułu. Zajęcia mają charakter grupowy i prowadzone są przez fizjoterapeutkę oraz filmowane za zgodą pacjentek, przez drugiego fizjoterapeutę. Praca z ciałem obejmuje dwa etapy. Pierwszy etap to zajęcia psychomotoryczne prowadzone przez rehabilitanta, filmowane za zgodą pacjentek kamerą wideo przez drugiego rehabilitanta. Ćwiczenia opisane zostały przez autorki w kolejności, w jakiej są prowadzone w proponowanej pracy z ciałem. Drugi etap to projekcja nagrania z ćwiczeń oraz rozmowa w grupie pacjentek biorących udział w zajęciach pod kierunkiem fizjoterapeuty.

Etap pierwszy składa się z kilku części: Wstęp zajęć — to filmowanie każdej pacjentki w pozycji swobodnej (przodem, bokiem, tyłem) oraz skorygowanej postawy — w pozycji wyprostowanej. Przedstawienie sylwetki w pozycji statycznej pozwala uchwycić wady postawy takie, jak: okrągłe plecy, lekka skolioza, zwiększenie lub wygładzenie fizjologicznej lordozy lędźwiowej, do których dochodzi często na skutek zaniku mięśni posturalnych. Ważne jest sprawdzenie, czy pacjentka potrafi skorygować nieprawidłową postawę ciała, czy w skrajnym stanie wyniszczenia nie doszło do przykurczów.

Ćwiczenia: dynamiczne, izometryczne, rozciągające, oddechowe.

Ćwiczenia dynamiczne — to ćwiczenia angażujące duże grupy mięśni. Prowadzone są przy rytmicznej muzyce, zarówno bez przyborów, jak i z przyborami, takimi jak: piłka, laska, ringo. Ćwiczenia te pozwalają zaobserwować ciało w ruchu oraz sprawdzić, czy mięśnie są dość silne, czy pacjentki ćwiczą z lekkością i naturalnym wdziękiem.

Ćwiczenia izometryczne — zwiększające napięcie mięśni bez zmiany ich długości, wykonywane są bez zrywów, przy stuprocentowym nakładzie siły. Opór przeciwstawiany mięśniom musi być tak duży, żeby wykluczał wszelki ruch. Każde ćwiczenie trwa 6 sekund.

Ćwiczenia rozciągające — polegają na zwiększaniu długości i elastyczności ścięgien i więzadeł stawowych, poszerzają przestrzenie międzyżebrowe; pozwalają sprawdzić, czy występują ograniczenia zakresu ruchu w stawach.

Ćwiczenia oddechowe — dotleniają organizm, wprowadzają w stan uspokojenia, a jednocześnie uwypuklają zarys szczupłej klatki piersiowej, mostka i żeber.

Wymienione powyżej ćwiczenia wykonywane są w różnych pozycjach wyjściowych: na plecach, na brzuchu, w klęku, w siadzie. Pozycje te pozwalają doświadczać chorym, że już sama pozycja wyjściowa do ćwiczeń na dość twardym podłożu (kocu i ręczniku) może być niewygodna i na obecnym etapie choroby stanowi dyskomfort.

W dalszej części pierwszego etapu prowadzone są:

Ćwiczenia w parach z przeciąganiem, siłowaniem — rozładowują napięcie emocjonalne związane z udziałem w zajęciach, przywracają spontaniczną radość wynikającą z ruchu, a jednocześnie pozwalają osobie chorej na dokładną obserwację ciała innej pacjentki z tym samym zaburzeniem. Obserwacje te dokonywane są w czasie wysiłku, z bliskiej odległości, pozwalają też na porównanie siły obu ćwiczących osób.

Masaż relacyjny. Kolejnym ćwiczeniem prowadzonym w parach jest masaż relacyjny wykonywany z zamkniętymi oraz otwartymi oczami.

Masaż relacyjny z zamkniętymi oczami — to poznawanie ciała innej pacjentki za pomocą dotyku. Osoba masująca koncentruje swoją uwagę na: suchości i szorstkości skóry, rozbudowaniu mięśni lub ich atrofii, a także na tym, jakie struktury dominują: kostne, mięśniowe czy tkanka tłuszczowa. W trakcie masażu relacyjnego pacjentki proszone są o zwracanie uwagi, jaka jest temperatura ciała w częściach dystalnych i proksymalnych pacjentki masowanej.

Masaż relacyjny z otwartymi oczami — to zmodyfikowany (przez drugą współautorkę niniejszego artykułu), skrócony klasyczny masaż leczniczy z wykorzystaniem oliwki lub talku. W proponowanej wersji stosowane są wszystkie techniki masażu, takie jak: głaskanie, rozcieranie, ugniatanie oraz oklepywanie ruchem szponowatym, miotłkowym, siekanym, łyżkowym i całymi dłońmi. Masaż, będąc silnym bodźcem mechanicznym, poprawia stan troficzny mięśni, jednak w zależności od stanu umięśnienia może być odbierany także jako bodziec nieprzyjemny, np. bolesny. W tej części pracy fizjoterapeutka prowadząca zajęcia zwraca szczególną uwagę na poprawne medyczne na-

zewnictwo poszczególnych części ciała i czynności, aby nie było wątpliwości dotyczących leczniczego charakteru zajęć.

Automasaż — jest następną proponowaną w pierwszym etapie formą ćwiczeń. Każda pacjentka proszona jest o wybranie dowolnej części swojego ciała i masuje je. Zabieg ten pozwala obserwować, jaki jest jej stosunek do własnego ciała.

Przeoglądanie się w lustrze — to kolejny punkt programu pracy z ciałem. Pozycja, ruchy, odległość od lustra są dowolne. Chore proszone są również, by zaprosiły przed lustro inną pacjentkę lub kilka pacjentek i porównywały własną sylwetkę z inną bądź kilkoma innymi sylwetkami pacjentek.

Obrysowywanie konturów ciała — to zajęcia kończące cykl ćwiczeń. Jedna z ćwiczących osób leży w bezruchu na wznak na dużym arkuszu papieru, a druga dokładnie obrysowuje jej sylwetkę. Ten płaski obraz bardzo wyostża proporcje poszczególnych części ciała i pozwala spojrzeć na swoje odrysowane, uproszczone i schematyczne odbicie, umożliwiając adekwatną percepcję wzrokową własnego ciała.

Drugi etap pracy z ciałem polega na oglądaniu przez chore filmu z przeprowadzonych ćwiczeń. W ramach drugiego etapu, pacjentki przy udziale fizjoterapeutki dzielą się swoimi spostrzeżeniami, refleksjami oraz odczuciami, dotyczącymi spostrzegania siebie oraz innych pacjentek. Przebieg takiej pracy często wywołuje silne emocje związane z konfrontacją własnych wyobrażeń o wyglądzie, wynikających z zaburzenia jego spostrzegania, z możliwością zobaczenia swojego ciała „z perspektywy” obserwatora filmu. Część chorych spostrzega wówczas swoje ciało adekwatnie, ale dla części nadal ich ciało pozostaje „zbyt grube” w określonych partiach ciała lub w ogóle. Znamienne jest, że chore adekwatnie spostrzegają rozmiar i budowę ciała współpacjentek, natomiast w sposób zaburzony widzą obraz swojego ciała. Dla pacjentek szczególnie ważna, dotycząca ich wyglądu, jest opinia innych chorych biorących udział w zajęciach pracy z ciałem, natomiast nie respektują opinii osób dorosłych.

W terapii skoncentrowanej na ciele, poza ćwiczeniami i masażem relacyjnym, stosowana jest wizualizacja prawidłowej wagi. Na zakończenie drugiego etapu pacjentki rozkładają arkusze z obrysowanym konturem własnego ciała i proszone są o naniesienie nań poprawek zgodnie ze swoimi oczekiwaniami. Celem terapii skoncentrowanej na ciele jest korekta zaburzonego obrazu ciała oraz zbudowanie jego realistycznego wizerunku, a także rozwijanie zdolności przeżywania przyjemności związanych z ciałem. Pozostałe cele to: poprawa samooceny, ograniczenie nadaktywności oraz impulsywnego ćwiczenia. Praca skoncentrowana na ciele stosowana jest na oddziale w homogennej grupie chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego typu restrykcyjnego i bulimicznego.

Podsumowanie

Praca z ciałem jest jedną z metod stosowanych od ponad dwudziestu lat w terapii chorych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu. W pracy tej stawiamy określone cele, które daje się osiągać w różnym stopniu u różnych pacjentek. Często udział w zajęciach jest dla nich, od czasu zachorowania na JP, pierwszą sytuacją, w której mogą doświadczać swojego

ciała jako obszaru autonomii, źródła przyjemnych doznań czy środka ekspresji. W trakcie ćwiczeń chore dokonują też konfrontacji idealnego obrazu ciała z jego realnym odbiciem w lustrze, w różnych pozach i z różnym napięciem poszczególnych mięśni. Ćwiczenia są też pomocne w procesie asocjacji kinestetyczno-wizualnej oraz pozwalają na poszerzenie percepcji bodźców kinestetycznych odczuwanych w ciele. Opisany program pracy z ciałem zakłada możliwość zmodyfikowania zaburzonego spostrzegania schematu swojego ciała i urealnienie jego wizerunku, a także ma być pomocny w zaakceptowaniu budowy i kształtu ciała typowego dla płci, z uwzględnieniem specyfiki sylwetki (szerokość ramion, miednicy, długość kończyn itp.) danej pacjentki. Autorki artykułu w swojej ponaddwudziestoletniej praktyce psychoterapeutycznej i fizjoterapeutycznej zauważyły, iż „upośredniony”, za pomocą zdjęć czy filmu, obraz ciała, sprzyja jego bardziej adekwatnej percepcji. Jednocześnie, odwołując się do opisanych powyżej koncepcji zaburzeń spostrzegania swojego ciała przez chore, włącznie z continuum zaburzeń myślenia (obsesje, myśli nadwartościowe, urojenia), niejednokrotnie obserwowały, iż skuteczność oddziaływań pracy z ciałem zależy może od różnych czynników, m.in. stopnia zaburzeń treści myślenia, nasilenia pozostałych objawów jadłowstrętu psychicznego, długości okresu chorowania oraz innych złożonych czynników osobowościowych, rodzinnych i społecznych.

Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV-TR. Washington D.C. American Psychiatric Association; 2000.
3. Talarczyk M. Terapia pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego leczonych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM — specyfika, zasady i dylematy. *Psychoter.* 2010; 1: 52: 37–53.
4. Talarczyk M, Michalak E, Nowakowska I, Rajewski A. Zasady postępowania terapeutycznego w przypadku chorych z jadłowstrętem psychicznym w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu. *Biul. Inf. Okręg. Izby Pielęg. Położn.* 1997; 2: 7–8.
5. Brytek-Matera A, Rybicka-Klimczyk A. Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2009.
6. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* New York, London: The Guilford Press; 2004.
7. Rabe-Jabłońska J, Dunajska A. Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstania i przebiegu zaburzeń odżywiania. *Psychiatr. Pol.* 1997; 6: 723–738.
8. Rabe-Jabłońska J. Związki między dysmorfofobią i zaburzeniami odżywiania się. *Psychiatr. Pol.* 1998; 32;2: 155–164.
9. Pytlińska N. Biologiczne i psychospołeczne czynniki związane z przebiegiem anoreksji u dziewcząt. Praca doktorska. UM Poznań; 2010.
10. Ciesielski R. Zaburzenia treści myślenia a obraz ciała w jadłowstręcie psychicznym. Praca doktorska. AM Poznań; 2005.
11. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.

12. Żechowski C, Namysłowska I, Brągoszewska J, Prusik M, Skiepmo M, Witkowska M. Różne podgrupy jadłowstrętu psychicznego — obraz kliniczny i przebieg. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2009; 1: 77–78.
13. Cassno GB, Minati M, Pini S, Rotondo A, Banti S, Borri Ch, Camilleri V, Mauri. Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: a preliminary report. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 33: 172–177.
14. Probst M, Vandereycken W, van Coppenolle H, Vanderlinden J. Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat. Disord: J. Treat. Prev.* 1995; 3: 133–145.
15. Probst M, Vandereycken W, van Coppenolle H. Body size estimation in eating disorders using video distortion on life-size screen. *Psychother. Psychosom.* 1997: 87–91.
16. Steinglass JE, Eisen JL, Attita E, Mayer, Walsh BT. In anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *J. Psychiatr. Prac.* 2007; 13: 65–71.
17. Williamson DA, Stewart TM, White MA, York-Crowe E. An information-processing perspective on body image. W: Cash TF, Pruzinsky T. red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* New York, London: The Guilford Press; 2004.
18. Kreuger DM. Psychodynamic perspectives on body image. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* New York, London: The Guilford Press; 2004.
19. Kreuger DM. Integrating body self and psychological self. *Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy.* New York, Brunner-Routledge; 2002.
20. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within.* New York: Basic Books; 1973.
21. Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
22. Zuffi S, red. *Historia portretu. Przez sztukę do wieczności.* Warszawa: Wydawnictwo Arkady; 2001.
23. <http://wikipedia.pl//>
24. Jablow MM. *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość.* Gdańsk: GWP; 2000.
25. Chrzastowski Sz, de Barbaro B. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
26. Talarczyk M. Anoreksja psychiczna z perspektywy koncepcji Karla Jaspersa, Ericha Fromma oraz nurtu konstrukcjonizmu społecznego — hipotezy i refleksje. *Psychiatr. Pol.* 2012; 3: 429–440.

Adres: talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl