

ROZUMIENIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ U ADOLESCENTÓW PŁCI MĘSKIEJ W UJĘCIU PSYCHODYNAMICZNYM, SYSTEMOWYM I BEHAWIORALNO-POZNAWCZYM

EATING DISORDERS IN MALE ADOLESCENT IN A PSYCHODYNAMIC, SYSTEMIC AND COGNITIVE-BEHAVIOURAL PERSPECTIVE

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

Kierownik: dr hab. med. Filip Rybakowski

eating disorders
male adolescents
psychotherapy

W pierwszej części artykułu zawarte są podstawowe informacje o etiologii i obrazie zaburzeń odżywiania się u młodych mężczyzn w porównaniu z tymi samymi zaburzeniami występującymi u dziewcząt w okresie dojrzewania. Druga część stanowi opis przebiegu choroby i leczenia 19-letniego mężczyzny. W części trzeciej Autorki przedstawiają rozumienie zaburzeń opisywanego pacjenta w świetle podejścia systemowego, behawioralno-poznawczego i psychodynamicznego oraz opisują przebieg terapii prowadzonej z rodziną i indywidualnie w trzech opisywanych podejściach.

Summary: Firstly, current concepts on eating disorders in males are reviewed. Then, a case study of a male patient with anorexia nervosa is presented and discussed. Finally we describe a therapeutic process of the patient focusing on cognitive-behavioural, psychodynamic and systemic perspectives.

Część pierwsza: Przegląd poglądów dotyczących zaburzeń odżywiania się u osób płci męskiej

Częstość występowania jadłowstrętu w ciągu życia w całej populacji jest szacowana na 0,5–3,7% [1]. Zazwyczaj podaje się, że chłopcy i mężczyźni stanowią około 10% chorych, choć dane epidemiologiczne są niejednoznaczne — przykładowo, w kanadyjskim badaniu epidemiologicznym obejmującym prawie 10 000 respondentów, uwzględniającym również formy subkliniczne anoreksji, stosunek kobiet do mężczyzn wynosił 2:1 [2]. Jeszcze bardziej rozbieżne są dane epidemiologiczne dotyczące adolescentów, wszystkie jednak badania potwierdzają wyraźnie częstsze występowanie tego schorzenia u płci żeńskiej [3].

Podobnie jak u kobiet, etiologia zaburzeń jedzenia u mężczyzn jest wieloczynnikowa. Wśród czynników ryzyka wymienia się między innymi uprawianie sportów, zwłaszcza wymagających niskiej masy ciała, a w niektórych badaniach — również zaburzenia lękowe i perfekcjonizm [3]. Idealny obraz ciała w świadomości mężczyzn to zazwyczaj nie — jak u kobiet — szczupłość, lecz proporcje w kształcie litery V z uwzględnieniem muskultury. W związku z tym wyczerpujące ćwiczenia fizyczne są dla nich jedną z typowych metod uzyskiwania spadku wagi. Wydaje się jednak, że związek pomiędzy ćwiczeniami a zaburzeniami jedzenia może być bardziej złożony. Oprócz wyjaśnień z uwzględnieniem

mechanizmów psychologicznych, warto także pamiętać, że ograniczona podaż pokarmu, zarówno u zwierząt, jak i u ludzi, wywołuje zwiększenie aktywności w nie do końca poznany mechanizm [3].

Opisano ponadto kilka przypadków mężczyzn, u których anoreksja współwystępowała z zaburzeniami identyfikacji płciowej [4, 5]. Zwracano uwagę również na związek pomiędzy anoreksją a homoseksualną lub biseksualną orientacją u mężczyzn, choć dane nie są tutaj jednoznaczne [5, 6, 7].

Obraz psychopatologiczny anoreksji u mężczyzn i kobiet wydaje się podobny. BMI, wiek zachorowania i obraz kliniczny zazwyczaj nie różnią się w sposób istotny. U obu płci mogą współwystępować inne zaburzenia psychiczne, zwłaszcza lękowe i depresyjne [7]. W badaniu Carlati i wsp. [6], dotyczącym 135 pacjentów z zaburzeniami jedzenia, stwierdzono, że zarówno u mężczyzn, jak i kobiet aktualnie lub w wywiadzie stwierdzano depresję (54%), nadużywanie substancji psychoaktywnych (37%) i zaburzenia osobowości (24%). Z kolei w badaniu Woodside'a i wsp. [2] zaobserwowano częstsze występowanie uzależnienia od alkoholu u mężczyzn, depresji zaś u kobiet [2].

Różnice w ciężkości przebiegu choroby u obu płci zaobserwowała Siegel [8] i wsp. W badaniu obejmującym 10 adolescentów płci męskiej stwierdzono znaczne wyniszczenie, zaniki korowe i poważny stan somatyczny. U trzech z nich wystąpiła niewydolność krążenia. Ponadto ośmiu pacjentów miało wzrost poniżej 50 centyli, trzech zaś — poniżej 10. Na zahamowanie wzrostu u adolescentów płci męskiej chorujących na anoreksję wskazuje także praca Modana-Mosesa i wsp. [9].

Przebieg leczenia wydaje się podobny u obu płci, a pewne dane wskazują nawet na lepsze rokowanie u mężczyzn. W jednym z badań [za: 3] mężczyźni w ciągu roku po zakończeniu hospitalizacji przybierali na wadze więcej niż kobiety i w przeciwieństwie do kobiet żaden z nich nie trafił ponownie do szpitala. Z kolei w badaniu Stovinga i wsp. [10] zauważono u nich znacznie krótszy okres od pojawienia się objawów do wystąpienia remisji (3 lata vs 7). W trakcie rocznej obserwacji przeprowadzonej przez Strobera i wsp. [11] stwierdzono częstsze utrzymywanie się objawów u kobiet. Natomiast Lindblad i wsp. [12] zaobserwowali, że ponowne hospitalizacje psychiatryczne z powodu zaburzeń psychicznych innych niż anoreksja u mężczyzn były równie częste, jak w populacji ogólnej u mężczyzn, podczas gdy u kobiet z anoreksją ten odsetek był wyższy.

Część druga: Przebieg choroby i leczenia 19-letniego pacjenta

Dane medyczne

Choroba pacjenta rozpoczęła się w 16. r.ż., w pierwszej klasie technikum, utratą 15 kg masy ciała.

Do istotnego zaostrzenia doszło dwa lata później, jesienią 2010 r., i z tego powodu został on skierowany do szpitala. Od początku hospitalizacji był objęty behawioralnym programem zaburzeń odżywiania się. W dniu przyjęcia został zakwalifikowany do drugiej fazy programu. Ponieważ jego wskaźnik BMI wynosił 16, pominięto pierwszą bardziej restrykcyjną fazę leczenia. W trakcie hospitalizacji był bierny, wycofany, milczący, przyjmował rolę uważnego obserwatora, a z personelem i rówieśnikami utrzymywał powierzchowny kontakt. Miał wyraźne trudności w przestrzeganiu zasad programu. W sposób wybiórczy

uczestniczył w innych formach terapii. Brał dość systematyczny udział w psychoterapii grupowej, ale unikał jej innych form, takich jak psychorysunek, muzykoterapia, praca z ciałem. Po kilku tygodniach pobytu w szpitalu, ze względu na nasilenie objawów oraz trudności w relacjach interpersonalnych, podjęto decyzję o włączeniu leczenia farmakologicznego (zastosowano olanzapinę w dawce 5 mg/dz.). Równoległe z tym postępowaniem rozpoczęły się również spotkania w ramach terapii rodzin. Po 12 tygodniach hospitalizacji pacjent został wypisany w trybie planowym z wagą 51,800 kg i BMI >18.

Dalsze leczenie prowadzono w poradni psychiatrycznej dla młodzieży. Intensywność wizyt zależała od stanu pacjenta. Początkowo odbywały się one raz w tygodniu. Obserwowano stopniowy przyrost masy ciała oraz widoczną poprawę w zakresie kontaktu, aktywności i nastroju. Pacjent z własnej inicjatywy rozpoczął również psychoterapię indywidualną z wybraną przez siebie terapeutką. W tym czasie zespół kliniki nadal kontynuował spotkania terapeutyczne z rodziną. Mimo tych działań, po krótkim okresie wyraźnej poprawy, nastąpiło nagle nasilenie się objawów: wymioty, ponowny ubytek masy ciała, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia repolaryzacji w zapisie EKG. Z tego powodu ponownie został skierowany do szpitala.

Druga hospitalizacja rozpoczęła się dwa miesiące po zakończeniu pierwszej i trwała 10 tygodni. Pacjent ponownie został objęty behawioralnym programem leczenia anoreksji. Tym razem program zmodyfikowano — progi przejścia do kolejnych faz ustalano używając siatek centylogowych BMI uwzględniających wiek i płeć pacjenta.

Leczenie rozpoczęto od pierwszej fazy, w której obowiązuje przyjmowanie odżywek dwa razy dziennie, konieczność spożywania pełnych porcji posiłków i kontroli ich ilości przez personel. Początkowo nie stosowano leczenia farmakologicznego. Z uwagi na obecność objawów bulimicznych, wprowadzono elementy programu leczenia bulimii i zaproponowano prowadzenie dzienniczka, w którym miały być zapisywane informacje dotyczące spożywanych posiłków, epizodów objadania się, prowokowania wymiotów oraz przemyśleń i odczuć związanych z objawami choroby. Pacjent początkowo odrzucał zalecenie pracy z dzienniczkiem, ale stopniowo zaakceptował je i zaczął bardzo systematycznie prowadzić notatki. Umożliwiło to monitorowanie zmian, jakie zachodziły w jego myśleniu i emocjach. Zaobserwowano poprawę w zakresie odżywiania się, szybkie przejście do drugiej fazy programu, poprawę samopoczucia i aktywności wśród rówieśników. Zauważono, że intensywnie reaguje na wszelkie zmiany składu i dynamiki grupy rówieśniczej, co nasilało objawy i zmniejszało motywację do zmiany. W 10. tygodniu leczenia z BMI 19,5 pacjent zażądał wypisania przed zakończeniem programu leczenia. Była to jego pierwsza, stanowcza, chociaż kontrowersyjna, samodzielnie podjęta decyzja, którą uzasadniał tym, że czuje się silniejszy i da sobie radę z leczeniem poza szpitalem.

Historia życia pacjenta

Pacjent pochodzi z rodziny pełnej. Matka — lat 46, somatycznie zdrowa, wykształcenie wyższe — od kilku lat pracuje zawodowo; wcześniej zajmowała się domem i dziećmi. Mniej więcej 2—3 lata temu nadużywała alkoholu, nie leczyła się. Ojciec — lat 48, leczony z powodu astmy, obecnie bez dolegliwości, wykształcenie wyższe politechniczne — pracuje na stanowisku menedżerskim. Siostra, o trzy lata młodsza, jest zdrowa.

Pacjent jest dzieckiem z drugiej ciąży o przebiegu prawidłowym (w wywiadzie, trzy lata przed jego urodzeniem, poronienie samoistne). Poród odbył się bez powikłań, lecz dziecko urodziło się z drobną, ale widoczną wadą wrodzoną. Z tego powodu chłopiec pozostawał pod opieką neurologa, który sugerował zabieg chirurgiczny korygujący wadę po ukończeniu 18 lat. Jednak po osiągnięciu pełnoletności pacjent nie wyraził zgody z obawy przed powikłaniami.

Rozwój w okresie niemowlęcym przebiegał prawidłowo. Od około 4. roku życia chłopiec zaczął uczęszczać do przedszkola. Początkowo występowały trudności separacyjne, ale stopniowo zaakceptował przedszkole. W szkole podstawowej nie miał problemów z nauką, był lubiany przez rówieśników. Jedynym problemem i przyczyną żartów była nadwaga na poziomie 97 centyla.

W okresie, gdy pacjent kończył gimnazjum, rodzina przeżywała problemy związane z relacją między domownikami, także zawodowe, finansowe i zdrowotne. Ojciec zaczął walczyć z nadwagą, stosując różne diety i wprowadzając tzw. zasady zdrowego odżywiania się, w czym był bardzo wspierany przez własną matkę. Syn, w ślad za ojcem, przeszedł na dietę i postanowił dbać o zdrowie. Kiedy rozpoczął naukę w szkole średniej, kontakty z dawnymi kolegami bardzo się rozluźniły. Chłopiec stopniowo zaczął się izolować od rówieśników, stał się bierny, wycofany, zaczął przyjmować rolę obserwatora — „fotografa” życia innych. Nasilił stosowanie restrykcyjnych diet, prawdopodobnie okresowo prowokował wymioty, tracił kolejne kilogramy i obsesyjnie obawiał się przytycia.

Część trzecia

Systemowe rozumienie zaburzeń odżywiania na podstawie terapii opisywanego pacjenta

Publikowane dotychczas dane dotyczące terapii rodzin w zaburzeniach jedzenia odnoszą się niemal wyłącznie do rodzin z chorującymi dziewczętami. Minuchin [za: 13, 14] stworzył koncepcję „rodziny anorektycznej”, charakteryzującej się m.in. sztywnością, uwikłaniem i włączeniem dziecka w konflikt rodziców. Inni autorzy opisują trudności w procesie separacji-indywiduacji w rodzinach (Weber, Stierlin, [za:13]), nadmierne wiązanie i blokowanie w uzyskiwaniu autonomii przez dziecko [14]. Zdaniem Rajewskiego [14] oraz Minuchina [za: 13] rodziny, w których występuje problem anoreksji, mogą mieć trudności komunikacyjne oraz nie radzić sobie z rozwiązywaniem konfliktów. Często nie potrafią również okazywać uczuć negatywnych [15], a także unikają otwartych dyskusji na temat różnic zdań między rodzicami a dziećmi [16].

Fakt zachorowania jest przez część autorów rozumiany nie jako efekt określonych działań czy cech rodziny bądź samego dziecka, lecz jako problem związany z trudnościami doświadczanymi przez rodzinę przy przechodzeniu do kolejnego etapu życia. Choroba może wówczas m.in. opóźnić realizowanie zadań rozwojowych związanych z danym etapem życia rodziny często dając jej „czas na uporanie się z wewnątrzrodzinnymi lub pochodzącymi spoza systemu rodzinnego stresorami” [17, por. też: 18].

W opisywanym okresie odbyła się wstępna konsultacja rodzinna i 6 sesji systemowej terapii rodzinnej z udziałem terapeutki pracującej bezpośrednio z rodziną i reflektującego zespołu terapeutycznego, obserwującego sesje przez szybę.

Już na początku terapii — zauważono w rodzinie pacjenta odwrócenie — w porównaniu z typowym obrazem rodziny z anoreksją — ról związanych z płcią. Chodziło nie tylko o to, że osobą chorującą był syn, a nie jak zazwyczaj córka. Spostrzeżenia nasze dotyczyły również zamiany ról między rodzicami: ojciec wypowiadał się szczegółowo i ekspresyjnie, a matka miała trudności w prowadzeniu otwartej rozmowy. Sytuacja ta odzwierciedlała ówczesny podział ról w rodzinie. W tym okresie ojciec podejmował znaczną część decyzji i aktywności związanych z leczeniem syna i organizacją życia rodziny.

Początkowo podczas spotkań terapeutycznych koncentrowano się na problemach związanych z chorobą pacjenta i jej wpływem na sytuację rodzinną. Stopniowo pojawiał się temat wzajemnej komunikacji, ze szczególnym uwzględnieniem wyrażania emocji, a także relacji w rodzinie, zwłaszcza sposobów radzenia sobie z napięciem i różnicami zdań pomiędzy członkami rodziny. Zwracano też uwagę na proces podejmowania decyzji, podział ról i dystrybucję władzy w rodzinie. Na tym etapie pracy obserwowano stopniowe wyrównywanie się poziomu aktywnego zaangażowania każdego z członków rodziny w rozmowę oraz znaczny wzrost swobody i stopnia zróżnicowania ekspresji emocjonalnej (szczególnie widoczny u pacjenta i jego siostry).

W trakcie kolejnych spotkań następowało stopniowe przechodzenie z fazy koncentracji na objawach do fazy skupienia uwagi na odkrywaniu i opracowywaniu napięć i konfliktów. Kolejnym krokiem była intensywne prace związane z ujawnianiem emocji i poprawą komunikacji wewnątrzrodzinnej. Coraz bardziej możliwa stawała się praca nad procesem separacji-indywiduacji, zarówno dotyczącym pacjenta, jak i jego siostry. W efekcie rodzzeństwo zaczęło budować swój odrębny podsystem.

Najwyraźniejszą cechą funkcjonowania rodziny pod koniec opisywanej fazy terapii było znaczne zróżnicowanie przeżywanych i wyrażanych emocji: od niepewności i lęku, poprzez złość, aż po zadowolenie i nadzieję. Można to łączyć zarówno z utrzymywaniem się u pacjenta niestabilnego stanu zdrowia, jak i z podjętym przez rodzinę intensywnym poszukiwaniem i stopniowym wdrażaniem nowych, odpowiadających aktualnemu etapowi życia rodziny, sposobów komunikowania się i funkcjonowania w relacjach.

Behawioralno-poznawcze rozumienie zaburzeń odżywiania na podstawie terapii opisywanego pacjenta

Program behawioralno-poznawczy odbudowy masy ciała realizowany w naszej klinice trwa 12 tygodni i składa się z czterech faz różniących się między innymi stopniem kontroli personelu nad odżywianiem się pacjentów [19]. Podczas pierwszej rozmowy z lekarzem pacjenci zapoznają się z zasadami programu, a jego realizacja jest możliwa od chwili, gdy wyrażą na to zgodę. Od tej pory rozpoczyna się codzienna współpraca pacjenta z lekarzem i personelem bezpośrednio zaangażowanym w nadzorowanie posiłków. W konsekwentnym przestrzeganiu ustalonych zasad pomaga refleksja i dyskusja w zespole terapeutycznym. Zakres pracy lekarza z pacjentem przypomina model specjalistycznego wspierającego postępowania klinicznego (specialist supportive clinical management — SSCM) opisany przez Bulik i współpracowników [20]. W takim schemacie mieszczą się elementy psychoterapii wspierającej oraz postępowania klinicznego z kontrolą wagi i ustalaniem docelowej masy ciała oraz elementy psychoedukacji, często oparte na zasadach dialogu so-

kratejskiego. Na każdym z etapów terapii istotna jest motywacja i zaangażowanie pacjenta, a także dbałość o jakość relacji terapeutycznej umożliwiającej proces zmiany. Nawiązanie i podtrzymywanie silnej relacji terapeutycznej między lekarzem a adolescentem chorującym na jadłowstręt psychiczny może być najistotniejszym czynnikiem zwiększającym zaangażowanie chorego w proces terapeutyczny i w zapobieganie zaostrzeniom [21].

W trakcie leczenia głównym argumentem umożliwiającym przejście do kolejnej fazy jest normalizacja sposobu jedzenia przejawiająca się również wzrostem wagi. Zgodnie z zasadami terapii behawioralnej stosowane są wzmocnienia pozytywne, związane z przejściem do kolejnej fazy programu, takie jak większe przywileje, częstsze wyjścia na spacer i na przepustki. Natomiast wśród wzmocnień negatywnych, które są podejmowane jako ostateczny krok w sytuacji zagrożenia życia pacjenta, najczęściej po burzliwych dyskusjach w zespole terapeutycznym, mieszczą się takie działania, jak ograniczanie możliwości aktywności ruchowej pacjentów poprzez zakaz opuszczania łóżka, izolacja od grupy celem ograniczenia dostępu do niezalecanych w programie produktów żywnościowych i płynów, a w sytuacji całkowitej odmowy jedzenia przymusowe karmienie sondą [19]. Omawiany w tym artykule pacjent również został włączony do programu behawioralno-poznawczego

Tabela 1. **Interwencje behawioralne podczas pierwszej hospitalizacji**

Przykłady zachowania	Interwencje behawioralne
<p>Pacjent rozpoczął leczenie od fazy II. Przez wiele tygodni po niewielkim przyroście wagi, gwałtowny spadek wagi z bardzo silnym lękiem przed przytyciem. W fazie II pacjent nie mógł sobie poradzić z samodzielnym określeniem odpowiedniej ilości spożywanego pokarmu.</p> <p>Pacjent łatwo się podporządkował, spożywał ilości pokarmu ustalone przez personel, zmniejszył się lęk, ale utrzymywały się nasilone obawy przed przytyciem.</p>	<p>Decyzja zespołu terapeutycznego o cofnięciu pacjenta do fazy I programu, z kontrolą jedzenia (co odbiegało od standardowego postępowania).</p>
<p>Manipulacja wagą przez wypijanie nadmiernej ilości płynów</p>	<p>Kontrola ilości dziennego spożycia płynów ze ścisłymi zaleceniami określającymi dopuszczalną ilość</p>
<p>Pogorszenie stanu somatycznego, bradykardia, zmiany w ECHO serca, szybki spadek HGB, ERYT., HCT</p>	<p>Reżim łóżkowy, z określeniem wagi pozwalającej na zakończenie tej interwencji</p>
<p>Poprawa stanu somatycznego i stabilizacja wagi</p>	<p>Zakończenie hospitalizacji</p>

leczenia zaburzeń jedzenia. Przykłady stosowanych interwencji behawioralnych w różnych okresach hospitalizacji ilustruje tabela 1.

Równoległe z interwencjami behawioralnymi stosowano techniki poznawcze. Początkowo dominowała psychoedukacja, której celem było modyfikowanie postaw wobec wagi własnego ciała, sposobu odżywiania się oraz omawianie błędnych koncepcji, dotyczących postrzegania zaburzenia, które mają wpływ na podtrzymywanie problemów z jedzeniem. Poruszano takie tematy, jak masa ciała i jej regulowanie, następstwa ograniczania jedzenia, powikłania somatyczne, zasady dobrego odżywiania się. W tym czasie pacjent wykazywał małą potrzebę komunikacji interpersonalnej i tendencję do wycofywania się z kontaktu; pomocne okazywało się prowadzenie dialogu kierowanego. Zwłaszcza empatyczne

skupianie się na wypowiedziach i komunikatach pozawerbalnych otwierało dostęp do jego trudności poznawczych. Wykorzystywano wówczas takie techniki, jak klaryfikacja i skalowanie. Technika klaryfikacji była przydatna głównie podczas dialogu dotyczącego konceptualizacji problemów związanych z chorobą, a także obaw i lęków odnoszących się do przyszłości. Skalowanie wykorzystywano celem badania nasilenia objawów i konfrontowania pacjenta z poziomem zmian (zarówno pozytywnych, jak i negatywnych), jakie obserwował on sam i zespół terapeutyczny.

Realizacja omawianego kontraktu terapeutycznego doprowadziła do poprawy stanu somatycznego oraz stabilizacji wagi pacjenta, co umożliwiło kontynuowanie leczenia w warunkach ambulatoryjnych. W tabeli 2 zaprezentowano niektóre interwencje terapeutyczne stosowane w tym okresie.

Tabela 2. **Interwencje behawioralne w okresie leczenia ambulatoryjnego**

Zachowanie	Interwencja
Stopniowy przyrost masy ciała Poprawa nastroju Lęk przed przytyciem Lęk przed hospitalizacją	Wizyty raz w tygodniu Kontynuacja terapii rodzinnej Psychoterapia indywidualna
BMI > 18 i brak odchyłeń w stanie somatycznym	Wizyty lekarskie co 2 tygodnie
Intensywne ograniczanie ilości i jakości posiłków, prowokowanie wymiotów, spadek masy ciała, zaburzenia repolaryzacji w EKG	Decyzja o ponownej hospitalizacji Pacjent wyraził zgodę

Konsekwencją nasilenia się objawów i niedotrzymywania zasad kontraktu ambulatoryjnego była interwencja polegająca na zaleceniu kolejnej hospitalizacji. Pacjent wyraził zgodę na ponowne leczenie szpitalne. Decyzję tę dobrze wyjaśniają wyniki badań wykazujących, że dla adolescentów cierpiących na jadłowstręt psychiczny opieka wyszkolonego personelu może stanowić wsparcie, ponieważ życie poza szpitalem wydaje się im trudne, a powtórne podjęcie odpowiedzialności zbyt stresujące. W związku z tym powtórna hospitalizację chorzy traktują raczej jako ucieczkę, a nie jako porażkę [20].

Tym razem zespół terapeutyczny, w dyskusji dotyczącej dalszej terapii, podkreślił znaczenie mało do tej pory dostrzeganego wieku pacjenta, co wiązało się z jego dziecięcym wyglądem. Pacjent w tym czasie miał już dziewiętnaście lat, w związku z tym zdecydowano o modyfikacji behawioralno-poznawczego programu odbudowy masy ciała zgodnie z siatką centylową, z uwzględnieniem BMI, płci i wieku (wykres 1 *na następnej stronie*).

Nakreślono profil rozwojowy chłopca, co z jednej strony pozwoliło na dokładną analizę zaburzenia i stworzenie programu dostosowanego do wieku i płci, a z drugiej strony umożliwiło pracę psychoedukacyjną z pacjentem i ułatwiło zaakceptowanie przez niego programu z podwyższonymi progami wagowymi (tabela 3 *na następnej stronie*).

Opisywane zmiany w początkowym okresie drugiej hospitalizacji odegrały rolę „interwencji motywującej”. Drugim czynnikiem, zwiększającym zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny oraz zmniejszającym nasilenie obaw związanych ze wzrostem wagi, był wpływ grupy rówieśniczej. Niestety, w trakcie dalszej hospitalizacji chłopiec stopniowo wycofywał się ze współpracy. Zaczęły nasilać się wymioty i epizody objadania

się. Rozpoczęto pracę z dzienniczkiem, wobec której pacjent początkowo prezentował negatywne nastawienie. W terapii poznawczej w tym czasie skupiono się nad jego motywacją i odpowiedzialnością za proces leczenia. W efekcie zauważono sumienność, a nawet pedantyczność w pracy z dzienniczkiem, lepsze rozpoznawanie i nazywanie własnych emocji. Jednak po kolejnym treningu domowym i spotkaniu z kolegami pogorszył się kontakt z chłopcem i narastała częstotliwość wymiotów. Pacjent stracił motywację do dalszej terapii i postanowił zakończyć hospitalizację.

Wykres 1. **Profil rozwojowy pacjenta na siatce: Body mass index-for-age percentiles: boys, 2 to 20 years [30]**

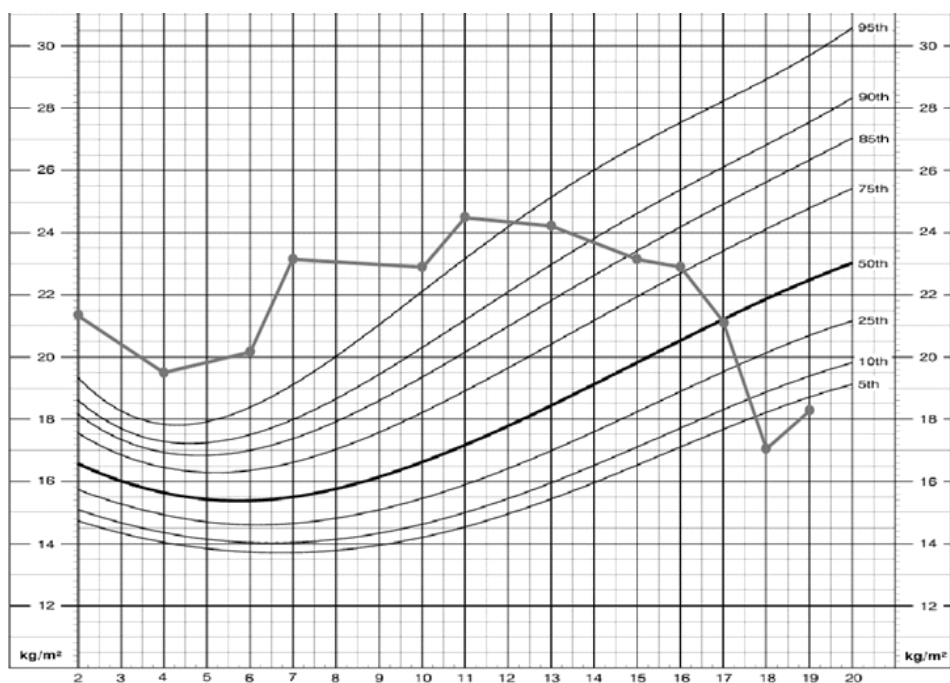


Tabela 3. **Modyfikacja programu behawioralno-poznawczego zgodnie z siatką centylową**

Faza	Program dotychczasowy	Program zmodyfikowany
I	Do 16 BMI	Do 18,5 BMI
II	Do 17 BMI	Do 19,5 BMI
III	Do 18 + 1kg	Do 20,5 BMI
IV	Od 18 + 1kg	Powyżej 20,5 BMI

Opisywany przebieg leczenia odpowiada wynikom badań z udziałem nastolatków leczonych w trybie stacjonarnym, w których wykazano, że wiarygodnym czynnikiem predykcijnym powtórzenia przyjęcia do szpitala jest słaba motywacja do wprowadzenia zmian [22].

Psychodynamiczne rozumienie zaburzeń odżywiania się na podstawie terapii opisywanego pacjenta

Rozumienie psychodynamiczne problemów pacjenta oparte jest na hipotezach głównie pochodzących z rozmów lekarza prowadzącego — będącego jednocześnie psychoterapeutą o tym profilu wykształcenia — oraz dyskusji zespołu terapeutycznego, podczas których, mimo różnych orientacji teoretycznych, często odwoływano się do teorii psychodynamicznych.

Utrata pierwszej ciąży w rodzinie, a następnie narodziny dziecka z widoczną wadą wywołały silny lęk rodziców, a szczególnie matki, o jego zdrowie i prawidłowy rozwój oraz niepokój, że stanie się ono ofiarą rówieśników [23]. Nastąpiła projekcja lęku matki na syna [24]. Dane z wywiadu na temat wczesnego dzieciństwa wskazywały na problemy matki w kontenerowaniu trudnych uczuć dziecka związanych z separacją [24, 25]. Silna zazdrość pacjenta o młodszą siostrę mogła wiązać się z poczuciem wykluczenia z bliskiego związku z matką i z przekonaniem, że lepszą pozycję przy matce zapewnia bycie młodszym, a może nawet trzeba być dziewczynką [26]. Utrzymującą się od wczesnego dzieciństwa do okresu gimnazjum otyłość można rozumieć jako wyraz tęsknoty za symbiozą z matką, która w późniejszym czasie została zastąpiona symbiozą z ojcem. Wydaje się również istotne, że w rodzinach pochodzenia obydwójga rodziców występowały silne tendencje symbiotyczne.

Pierwsze objawy choroby pojawiły się na początku szkoły średniej, czyli podczas prób przechodzenia przez kolejny etap procesu separacji. W tym samym czasie zostało zachwiane poczucie bezpieczeństwa całej rodziny z powodu problemów zdrowotnych, zawodowych i finansowych. Pojawiło się zagrożenie realizacji w rzeczywistości fantazji edypalnych ożywionych w okresie dojrzewania (choroba ojca, lęk o jego życie) [27]. Osłabiona licznymi problemami para rodzicielska nie mogła w tym momencie działać jako czynnik ochronny [28]. W konsekwencji doszło do przywołania i wzmocnienia wczesnodziecięcych lęków separacyjnych; pacjent zrezygnował z buntu, proces separacji został zahamowany, symbioza z ojcem uległa wzmocnieniu, rozpoczął się okres wspólnych diet [29].

Mimo korzystnych zmian w strukturze rodziny i naszego głębszego rozumienia pacjenta doszło jedynie do przejściowej poprawy. Już podczas naszej pracy nad niniejszym tekstem, pacjent wrócił do kliniki z powodu znacznego nasilenia się objawów i spadku masy ciała. W związku z tym po raz kolejny zadajemy sobie pytanie, jak postępować, aby jak najskuteczniej pomóc?

Na zakończenie autorki artykułu dziękują pacjentowi i jego rodzinie za wyrażenie zgody na publikację historii choroby i przebiegu terapii.

Piśmiennictwo

1. Rajewski A. Jadłowstręt psychiczny. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wiórka J, red. Psychiatria. T 2. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban and Partner; 2003.
2. Woodside B, Garfikel P, Lin E, Goering P, Kaplan A, Goldbloom D, Kennedy S. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 570–574.

3. Weltzin T, Weisensel N, Franczyk D, Burnett K, Klitz C, Bean P. Eating disorders in men: update. *J. Men's Health Gender* 2005; 2: 186–193.
4. Winston AP, Acharya S, Chauduri S, Fellowes L. Anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males: a repost of two cases. *Int. J. Eat. Disord.* 2004; 36: 109–113.
5. Hepp U, Milos G. Gender identity disorders and anorexia nervosa in male monozygotic twins. *Int. J. Eat. Disord.* 2004; 35: 239–243.
6. Carlat D, Camargo C, Herzog D. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am. J. Psychiatry.* 1997; 154: 1127–1132.
7. Muise A, Stein D, Arbess G. Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J. Adolesc. Health* 2003; 33: 427–435.
8. Siegel J, Hardoff D, Neville G, Shenker R. Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *J. Adolesc. Health.* 1995; 16: 448–453.
9. Modan-Moses D, Yaroslavsky A, Novikov I, Segev S, Toledano A, Miterany E, Stein D. Stunting of growth as a major feature of anorexia nervosa in male adolescents. *Pediatr.* 2003; 2: 270–276.
10. Stoving R, Andries A, Brixen K, Bilenberg N, Horder K. Gender differences in outcome of eating disorders. *Psychiatry Res.* 2011; 186: 362–366.
11. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Teplinsky C, DeAntonio M. Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 570–575.
12. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Anorexia nervosa in young men: a cohort study. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 662–669.
13. Józefik B, Ułasińska R. Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
14. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
15. Maryl M. Obraz siebie osób chorych na jadłowstręt psychiczny a związki emocjonalne w rodzinie i relacje w diadzie rodzice—dzieci. Niepublikowana rozprawa doktorska. Biblioteka Naukowa Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa: 2009.
16. Vandereycken W. Families of patients with eating disorders. W: Fairburn CG, Brownell KD, red. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook.* London, New York: The Guilford Press; 2002.
17. Siewierska A, Śliwczyńska J, Misiec M, Namysłowska I. Więzy czy więzania — przebieg procesu separacji międzypokoleniowej w rodzinach dorastającej młodzieży. W: Tryjarska B, red. *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
18. Namysłowska I. Rozwój psychiczny człowieka. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria (t. I). Podstawy psychiatrii.* Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
19. Żechowski C, Namysłowska I, Jakubczyk A, Siewierska A, Bażyńska AK. Program zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży — refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2010, 10 (1): 25–30.
20. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA. I in. *Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials.* *Int. J. Eat. Disord.* 2007, 40 (4): 310–320.
21. Herpertz-Dahlmann B, Salbach-Andrae H. Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am.* 2008; 18: 131–145.

22. Ametller L, Castro J, Serrano E I in. Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2005; 46: 394–400.
23. Freud S. Zahamowanie, symptom i lęk. W: *Histeria i lęk (Dzieła, t. VII)*. Przeł. R. Reszke. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1926/2001.
24. Bion W. *Second thoughts: selected papers on psychoanalysis*. New York: Jaason Aronson; 1962.
25. Johns J. Sprzyjające otoczenie. W: Budd S, Rusbridger R, red. *Współczesna psychoanaliza brytyjska. Podstawowe zagadnienia*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2008.
26. Klein M. Zawiść i wdzięczność. *Pisma, t. III*. Gdańsk: GWP; 2007.
27. Klein M. Kompleks Edypa w świetle lęków wczesnodziecięcych. Przeł. D. Golec. W: M. Klein, Miłość, poczucie winy i reparacja (*Pisma, t. I*). Gdańsk: GWP; 2007.
28. Britton R, Feldman M, O'Shaughnessy E. Kompleks Edypa dzisiaj. Implikacje kliniczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
29. Laufer M. Egle. Tożsamość płciowa i rzeczywistość. W: Budd S, Rusbridger R, red. *Współczesna psychoanaliza brytyjska. Podstawowe zagadnienia*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2008.
30. CDC Growth Charts: United States; Body mass index-for-age percentiles: boys, 2 to 20 years. The National Center for Health Statistics we współpracy z The National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2000.

Adres: Lidia Popek, IPiN, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
lpopek@ipin.edu.pl, (22)4582806

CENY PRENUMERATY I POJEDYNCZYCH EGZEMPLARZY

oraz sposób zamawiania wydawnictw
Komitetu Redakcyjno-Wydawniczego
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

PSYCHIATRIA POLSKA

Rok	Prenumerata roczna	Pojedynczy zeszyt
2012	150	35
2011	120	30
2010	80	25

PSYCHOTERAPIA

Rok	Prenumerata roczna	Pojedynczy zeszyt
2012	100	30
2011	80	25
2010	60	20

ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Rok	Prenumerata roczna		Pojedynczy zeszyt	
	Instytucja	Odbiorcy indywidualni	Instytucje	Odbiorcy indywidualni
2012	120	80	35	25
2011	120	80	35	25
2010	120	80	35	25

Dział kolportażu przyjmuje wpłaty w formie przelewów na rachunek bankowy wydawnictwa: PKO BP 42 1020 2892 0000 5302 0015 4849. Można ich dokonywać używając blankietów dostępnych w bankach i placówkach pocztowych a także za pośrednictwem Internetu. W ten sam sposób prosimy przekazywać należności za książki z serii „Biblioteka Psychiatrii Polskiej” (wykaz dostępnych pozycji na następnej stronie).

Zamówienia prosimy kierować na adres mailowy (poniżej) lub składać telefonicznie bądź pisemnie na adres wydawnictwa.

Dział kolportażu KRW PTP
ul. Lenartowicza 14
31-138 Kraków

email: kolportaz@psychiatriapolska.pl tel./fax: 12 633 40 67

Uwaga! Prenumerata może być realizowana dopiero po jej opłaceniu.