

Małgorzata Talarczyk

## GODNE ŻYCIE... A ZABURZENIA ODŻYWIANIA SIĘ

### A DIGNIFIED LIFE AND EATING DISORDERS

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu  
Kierownik kliniki: prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

eating disorders  
dignity  
workshop

*Celem artykułu, który powstał w oparciu o doświadczenia kliniczne i refleksję autorki na temat godnego życia i trudności doświadczania go przez osoby z zaburzeniami zachowania zarówno w życiu prywatnym, jak również podczas terapii jest analiza sytuacji sprzyjających i przeszkadzających w doświadczaniu godności przez te osoby. Poruszane są kwestie związane z etykietowaniem oraz rolą narracji w terapii chorych z jadłowstrętem psychicznym i bulimią. Autorka wyodrębnia czynniki zewnętrzne (kontrola, krytyka, ograniczenia) oraz wewnętrzne (wina, wstyd, porażka, alienacja), które mogą naruszać godne życie osób chorujących na zaburzenia odżywiania. Zastanawia się nad możliwością przewyciężania ich podczas psychoterapii.*

#### Summary

The article consists of a summary of a workshop lead by the author during the 33rd Scientific Convention of the Polish Psychological Committee, which was held in Poznan in September 2008. The convention was entitled „To live a dignified life...”. And was a subject to scientific analysis, research presentation and sharing practical experience. The aim of the workshop „A dignified life...and eating disorders” was to focus attention on the favourable and unfavourable situations in experiencing dignity by persons suffering from eating disorders, in the private life of the sick, as well as in therapeutic situations. Issues related to labelling and the role of narration in the therapy of patients suffering from psychic anorexia and bulimia are raised. The aforementioned were discussed based on clinical practice and therapy with persons suffering from eating disorders.

#### 1. Wstęp

W dniach 24–27 września 2008 roku w Poznaniu odbył się XXXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Myślą przewodnią obrad był temat „Życie godnie...”. We wstępie wydanych materiałów zjazdowych, prof. dr hab. Helena Sęk oraz prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska podkreślają, iż „tematyka godnego życia nie jest w psychologii dość często podejmowana, a warto odkrywać jej dawne i nowe znaczenie [...] Człowiek żyjący z godnością ma bowiem poczucie własnej wartości, potrafi to wyrazić, wzbudza też w innych ludziach poważanie i szacunek [...] Życie godnie można w zdrowiu i chorobie, w młodości i ostatnich latach życia [...]” [1, str. 7]. W ramach trzydniowego zjazdu odbyło się wiele interesujących wykładów plenarnych, dyskusji panelowych, sympozjów autorskich, referatów indywidualnych oraz warsztatów i prezentacji plakatów [1].

Autorka, podczas prezentowanego warsztatu pt. „Godne życie... a zaburzenia odżywiania się” poruszyła kwestię godności osób chorujących na jadłowstręt psychiczny i bu-

limię. Celem warsztatu było zwrócenie uwagi na okoliczności i sytuacje przeszkadzające w zachowaniu godności przez osoby chore na zaburzenia odżywiania się, zarówno w ich życiu prywatnym, jak i w sytuacjach terapeutycznych.

## 2. Godność

Godność człowieka (*dignitas hominis*) rozpatrywana może być jako pojęcie filozoficzne, etyczne oraz psychologiczne, a także w sensie prawnym.

Pierwsze koncepcje godności ukształtowane zostały w starożytnej Grecji. O godności pisali m.in. Arystoteles, twórca pojęcia „etyka”, oraz Immanuel Kant, a także Fryderyk Nietzsche. Kant pisał m.in., że podstawą godności natury ludzkiej jest autonomia. Nietzsche podkreślał, że najwyższym dobrem jest życie i wszystkie działania służące dynamicznemu rozwojowi jednostki [2].

O godności człowieka w psychologii pisał trzydzieści lat temu Józef Koziński w swoim eseju pt. *O godności człowieka* [3]. „Czym jest godność? Chociaż pojęcie to jest do pewnego stopnia nieokreślone, tak jak poczucie piękna, chociaż każdy człowiek buduje sobie odrębną definicję godności, to jednak w tej różnorodności określeń można znaleźć pewne wspólne, charakterystyczne rysy [...] Godność jest trwałym przekonaniem jednostki o jej autentycznej wartości, jako człowieka będącego niepodzielną całością: jest ono moralnym składnikiem osobowości każdego z nas [...] Mimo iż pojęcie godności zawsze odgrywało ważną rolę w życiu jednostki, to jednak jego treść i przejawy zmieniały się wraz z charakterem epoki [...] Pojęcie godności nie jest raz na zawsze ustalone, zmienia się ono historycznie, tak jak poczucie wolności czy poczucie odpowiedzialności” [s. 10–11].

Koziński wyodrębnia dwa rodzaje godności, to jest: godność ludzką, związaną z prawami człowieka, i godność osobistą jako cechę charakteru [3, 4]. W etyce współczesnej wyróżnia się trzeci rodzaj godności, określanej jako godność społeczna lub zawodowa, która związana jest z jedną z podejmowanych przez człowieka ról [2].

- Godność ludzka przez humanistów opisywana jest jako wartość najwyższa. Moralisci i prawodawcy tworzą normy z myślą o poszanowaniu i przestrzeganiu godności. Prawa cywilizowanych państw gwarantują człowiekowi bezpieczeństwo fizyczne, wolność osobistą, wolność słowa i dowolność zrzeszania się oraz prawa obywatelskie, prawo do nauki i prawo do pracy. Godność ludzka najlepiej opisana jest w Deklaracji praw człowieka z 1948 roku.
- Godność osobista odnosi się do poczucia własnej wartości jako osoby kierującej się w życiu wyznawanym systemem wartości i ideałów oraz zachowującej dozę krytycyzmu w stosunku do siebie i innych. Godność osobista rozumiana jest także jako postawa otwartości na to, co nowe i godne uznania. Godność osobista opisywana jest również jako postawa i cecha charakteru, jest też związana z problemem podmiotowości. Podmiotowość rozumiana jest tu m.in. jako podmiotowa aktywność, kształtowanie indywidualnego „ja” oraz dokonywanie niezależnych wyborów, a także szukanie treści i sensu własnego życia i własnych wartości [2, 5]
- Godność społeczna, określanej także godnością zawodową, związana jest z jedną z podjętych przez człowieka ról, tzn. z rolą społeczno-zawodową. Godność społeczna odnosi się do wzorca zachowania wynikającego z odgrywanej przez jednostkę roli

społeczno-zawodowej i zajmowanej pozycji społecznej. W tym znaczeniu godność własna jednostki łączy się z normami etycznymi zawartymi w etyce zawodowej w ogóle i normach etycznych poszczególnych zawodów. Godność zawodowa oznacza poszanowanie i ochronę przez pracownika tożsamości społecznej [2, 6, 7].

Do podstawowych źródeł godności ludzkiej, osobistej i społecznej zalicza się: siłę moralną jednostki, aktywną postawę i poczucie wolności.

- Siła moralna jednostki opisywana jest m.in. jako zgodność postępowania z uznawanymi normami moralnymi i stała samokontrola własnego zachowania. W historii filozofii siła moralna była często odmiennie rozumiana i różnie opisywana. Arystoteles, prezentujący tezę, że człowiek z natury swojej jest istotą społeczną, uważał, że działalność etyczna jest pewnego rodzaju umiarem i trwałą dyspozycją człowieka. Według Immanuela Kanta najwyższą zasadę moralności stanowi autonomia woli, która jest podstawą godności natury ludzkiej i każdej istoty rozumnej [2, 8, 9]. Fryderyk Nietzsche zasady moralne uzależniał od woli mocy, twierdząc, że moralność służąca rozwojowi mocy jest moralnością indywidualną, arystokratyczną, w przeciwieństwie do moralności ludzi słabych – moralności niewolniczej. W koncepcji moralności Nietzschego wolność i równość należą się tylko osobom silnym, zdolnym do zapewnienia jej sobie, natomiast „pospółstwo” i kobiety jako „pleć słaba” nie mają prawa do równości [2].
- Aktywna postawa — jest drugim podstawowym źródłem godności. Jak pisze Janusz Gajda w książce pt. *Honor, godność, człowieczeństwo* [2], postawa aktywna może być skierowana ku własnej osobie lub na zewnątrz. Obie formy są w równym stopniu istotne. Postawa aktywna skierowana ku własnej osobie polega na świadomej pracy nad sobą, która przejawiać się może poprzez kontemplację, medytację, samoedukację, a także pracę twórczą czy produkcję. W postawie tej ważna jest umiejętność samokontroli, stawianie sobie wymagań, zdolność do analizowania dokonanych osiągnięć i poniesionych porażek. Istotne są: obiektywna samoocena, samoakceptacja oraz szacunek dla siebie i innych.
- Natomiast aktywna postawa skierowana na zewnątrz związana jest z aktem dawania, w dawaniu siebie człowiek utwierdza się w swoich możliwościach i w swojej przydatności. Akt dawania wzajemnie wzbogaca obdarowującego i obdarowywanego, uczy dostrzegania odrębności i tożsamości [2].
- Wolność to trzeci warunek godności człowieka; stanowi źródło i podstawę godności. Wolność zajmuje bardzo wysokie miejsce w hierarchii wartości i ideałów człowieka. Wyróżniana bywa wolność pozytywna i wolność negatywna [2]. Wolność pozytywna, czyli wolność „do”, dotyczy prowadzenia jednego przypisanego sposobu życia, zależnego od źródła władzy oraz przyjętych zasad. Wolność negatywna, czyli wolność „od”, dotyczy obszaru swobody bycia i działania według własnej woli; w takim rozumieniu przymus oznacza pozbawienie człowieka wolności. Jak pisze profesor Gajda, istotę wolności określić można jako swobodę wyboru, unormowaną prawem i przyjętymi zasadami, uwarunkowaną sytuacją społeczno-polityczną oraz podyktowaną własnym sumieniem. Wolność to świadomość koniecznych ograniczeń zewnętrznych, niezależnych od człowieka, oraz ograniczeń wewnętrznych, jakie jednostka sama sobie wyznacza. Wolność można więc rozpatrywać w kategoriach obiektywnych z zewnętrznymi uwa-

runkowaniami oraz w kategoriach subiektywnych z wewnętrznymi uwarunkowaniami. Rozróżnienie to polega na uświadomieniu sobie stanu określanego jako: „być wolnym” oraz „czuć się wolnym” [2]. Zakres wolności w kategoriach obiektywnych zależy od takich czynników, jak: ustrój społeczno-ekonomiczny, forma sprawowania władzy i obowiązujące prawo. Wolność w kategoriach subiektywnych to wolność wewnętrzna w sferze myślowej i uczuciowej, oraz dokonywania aktów wyboru. Jest to zakres wolności całkowicie autonomiczny, bez zewnętrznej kontroli i ingerencji. Tego typu wolność pozwala wytwarzać mechanizmy samoobrony i może chronić przed depresją i utratą godności w sytuacjach ekstremalnych, np. takich, jak pozbawienie wolności [2]. Godność, rozumiana jako zachowania godnościowe, uwarunkowana jest czynnikami zewnętrznymi, tzn. historycznymi, bytowymi, społeczno-politycznymi, ale także czynnikami wewnętrznymi, takimi jak: predyspozycje, wrażliwość moralna, poczucie własnej wartości, styl życia.

### **3. Wybrane czynniki naruszające godne życie chorych z zaburzeniami odżywiania się przed podjęciem terapii**

Rozważając godne życie w kontekście zaburzeń odżywiania się, myślałam nie tyle o niegodnych zachowaniach osób chorych, co raczej o trudnościach w zachowaniu godności. Trudność ta dotyczy zarówno godności osobistej, rozumianej jako postawa i cecha charakteru, i związana jest z problemem podmiotowości, jak i źródeł godności, takich jak aktywna postawa i poczucie wolności.

Na potrzeby prowadzonego warsztatu wyodrębniłam kilka czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych, które mogą naruszać godne życie osób chorujących na zaburzenia odżywiania się. Do czynników zewnętrznych zaliczam kontrolę, krytykę, brak zrozumienia oraz ograniczenia, natomiast do czynników wewnętrznych — ukrywanie choroby, poczucie winy, wstydu, porażki, kontrolę wewnętrzną, alienację.

Czynniki zewnętrzne, które mogą naruszać godność chorych.

- Kontrola zewnętrzna i ograniczenia polegają głównie na kontrolowaniu chorych przez rodziców i inne osoby znaczące i dotyczą ilości jedzenia. W przypadku jadłowstrętu psychicznego chore czują się obserwowane i kontrolowane, często przeszukiwane są ich torby, szafki itp. w celu znalezienia niezjedzonych pokarmów. Natomiast w przypadku bulimii kontrola zewnętrzna dotyczy nadmiernej konsumpcji jedzenia, a także czynności wymiotowania. W skrajnych przypadkach chore z bulimią mają zabroniony dostęp do lodówki czy spiżarni oraz są kontrolowane podczas przebywania w toalecie. Kontrola w zaburzeniach jedzenia wydaje się specyficznym czynnikiem utrudniającym godne życie. Wzmocniona kontrola zewnętrzna i brak zrozumienia zaburzać może procesy indywidualizacji, autonomii oraz separacji. Wzmocniona i rozwojowo nieadekwatna kontrola sprzyja wycofywaniu się osoby chorej i naruszać może poczucie niezależności, podmiotowości oraz godności.
- Krytyka i brak zrozumienia polegają na tym, że chore często słyszą od osób bliskich, że zachowują się nagannie lub „nienormalnie”, że „powinny wziąć się w garść”, że marnują jedzenie, że nie kochają i nie szanują najbliższych; „dlaczego robią to rodzinie”, „trzeba

być bez serca”, albo „bez sumienia”, żeby tak się zachowywać, ktoś z rodziny „traci zdrowie” z powodu ich zaburzeń odżywiania się. Krytyka i brak zrozumienia mogą powodować lub wzmacniać odczuwanie poczucia winy, poczucia wstydu oraz zaniżonej samooceny.

Czynniki wewnętrzne, które mogą naruszać godność chorych.

- Ukrywanie. Zarówno w jadłowstręciu psychicznym, jak i w bulimii, chorzy przez dłuższy czas ukrywają objawy, co wiąże się z nieuczciwymi zachowaniami wobec bliskich osób. Najczęściej określają takie zachowania jako „oszustwo”, co wywołuje konflikt lojalności wobec osób znaczących, a także poczucie winy. Ukrywanie czy „oszukiwanie” dotyczyć może zarówno odżywiania się, tzn. ograniczania jedzenia w przypadku jadłowstrętu psychicznego o typie restrykcyjnym lub okresowego nadmiernego objadania się w przypadku jadłowstrętu psychicznego o typie bulimicznym. W jadłowstręciu psychicznym najczęściej „oszukiwanie” dotyczy także kompensacyjnych ćwiczeń fizycznych, a także ukrywania spadku wagi. Natomiast chore z bulimią ukrywają kluczowe objawy choroby, tzn. objadanie się i wymiotowanie. Często też ukrywają przeżywane emocje, prezentując otoczeniu emocje przeciwstawne, co także sprzyja odczuwaniu poczucia winy. Obserwacje kliniczne skłaniają do postawienia pytania, czy prezentowane przez chore na bulimię emocje, niezgodne z przeżywanymi, spełniają funkcje mechanizmu obronnego o typie reakcji upozorowanej? [10].
- Poczucie winy. Poza zachowaniami i sytuacjami, które chorzy określają jako „oszukiwanie”, godne życie utrudnia im odczuwane poczucie winy. Poczucie winy dotyczy może ukrywania objawów oraz emocji przed osobami bliskimi, czyli związane jest z relacjami interpersonalnymi. W zaburzeniach odżywiania się poczucie winy ma też charakter intrapsychiczny, gdyż dotyczy konfliktów wewnętrznych oraz dyskomfortu psychicznego, związanych z zachowaniami wobec siebie samej. W przypadku chorych z jadłowstrętem psychicznym poczucie winy, paradoksalnie, wywołuje brak objawów, tzn. odstępstwo od restrykcyjnej diety, czyli pozwalanie sobie na jedzenie. Wynika to prawdopodobnie z faktu, iż osoby z jadłowstrętem psychicznym identyfikują się z objawami, natomiast zaprzeczają chorobie — oznacza to, że są zadowolone z niedowagi i często też z jej konsekwencji i nie czują się chore. Natomiast w bulimii poczucie winy dotyczy objawów, tzn. objadania się i wymiotowania, za które chore czują się odpowiedzialne. Zachowaniom tym, na pewnym etapie chorowania, towarzyszy świadomość, że są to zachowania nieprawidłowe oraz szkodliwe, i powinny ulec zmianie. Ponadto godność życia osób z bulimią naruszona zostaje przez identyfikowanie się z chorobą. Identyfikacji tej towarzyszy osłabienie poczucia podmiotowości, co przejawia się deprecjonowaniem dotychczasowych osiągnięć i zasobów.
- Poczucie wstydu. Chore z jadłowstrętem psychicznym często przyznają się do wstydu dotyczącego wyglądu, prawdopodobnie wynikającego z zaburzonego spostrzegania swojego ciała. Wstyd najczęściej związany jest ze spostrzeganiem siebie jako osoby zbyt grubej w ogóle lub w określonych częściach ciała. Innym źródłem wstydu jest fakt, iż chore zaprzeczają, że ograniczają jedzenie — to wywołuje poczucie wstydu związanego z okłamywaniem. Natomiast u osób z bulimią wstyd związany jest objadaniem się

i wymiotowaniem. Ponieważ objawy te łączą się z określonymi zachowaniami, chore czują się za nie odpowiedzialne i wstydzą się ich. Osoby z bulimią często też wstydzą się czynności jedzenia w obecności innych, gdyż, w związku z objawami, spożywaniu pokarmów przypisują negatywną konotację.

- Poczucie porażki. U osób z jadłowstrętem psychicznym, podobnie jak w przypadku odczuwania winy, poczucie porażki wywołuje odstąpienie od redukcji jedzenia, czyli spożywania posiłków. Oznacza to, że brak objawów jest przeżywany przez chore jako porażka. Tym samym porażką jest przyrost wagi, czyli kolejne odstępstwo od objawów. Natomiast u osób z bulimią poczucie porażki najczęściej związane jest podjęciem walki z objawami jako sposobu radzenia sobie z chorobą. Jednakże systemowe rozumienie bulimii oraz praktyka terapeutyczna pokazują, że walka z bulimią, przy silnej identyfikacji z chorobą, faktycznie jest strategią polegającą na walce chorej ze sobą. Taka postawa stanowi źródło nieustannego zmagania się ze sobą i cyklicznego przeżywania poczucia porażki.
- Kontrola. W jadłowstręcie psychicznym uruchamiana jest przez osoby chore kontrola wewnętrzna. Jednakże w związku z ich identyfikowaniem się z objawami choroby, przy jednoczesnym zaprzeczaniu chorobie, kontrola wewnętrzna faktycznie powoduje, że to one są kontrolowane przez objawy choroby i tak naprawdę tracą kontrolę nad własnym życiem i swoimi zachowaniami dotyczącymi różnych jego aspektów, m.in. jedzenia, ćwiczeń fizycznych czy emocji. W bulimii natomiast chore mają poczucie braku kontroli, co do zachowań związanych z jedzeniem. Poczucie braku kontroli utożsamiane jest przez nie z poczuciem upokorzenia i utraty godności.
- Alienacja. Osoby chore na jadłowstręt psychiczny stopniowo wycofują się z relacji interpersonalnych z rówieśnikami, zawężając swoje kontakty do relacji rodzinnych. Przestają też funkcjonować w wielu rolach psychospołecznych, ograniczając się głównie do roli córki oraz roli uczennicy [11]. Natomiast osoby cierpiące na bulimię, pomimo że formalnie funkcjonują w różnych rolach psychospołecznych, m.in. w roli kobiety, studentki, pracownika, przyjaciółki czy partnerki, faktycznie identyfikują się głównie z rolą chorej na bulimię. Często identyfikacja ta przejawia się utratą podmiotowości, znajdując wyraz w formie myślenia i mówienia o sobie jako o „bulimicze”. Chore z bulimią przyznają, że nawet przebywając w towarzystwie czują się wyalienowane, koncentrując się głównie na problemie jedzenia.

#### **4. Pytania o czynniki mogące naruszać godność chorych z zaburzeniami odżywiania się — podczas terapii**

Pojawia się pytanie, czy psychoterapia może w jakikolwiek sposób naruszać poczucie godności pacjenta? Pytanie wydaje się ważne i zarazem delikatne, gdyż dotyczy z jednej strony uczuć, a z drugiej strony — skutków profesjonalnych oddziaływań prowadzonych w intencji pomocy osobie chorej. Stawiając pytania i próbując w sposób hipotetyczny na nie odpowiadać, nie opieram się na metodologicznie opracowanych badaniach, dotyczących zagadnień poczucia godności w terapii. Zagadnienia poczucia godności, podmiotowości oraz znaczenia narracji w terapii od wielu lat leżą w kręgu moich zainteresowań z perspektywy praktyki klinicznej i terapeutycznej, w szczególności w odniesieniu do chorych z zaburzeniami odżywiania się.

Pytania i próby szukania odpowiedzi są przeze mnie traktowane, z jednej strony, jako proces i kontynuacja rozważań opartych na praktyce klinicznej, a z drugiej — stanowią inspirację do stawiania hipotez i ich weryfikacji na podstawie badań empirycznych. W wieloletniej pracy z chorymi na jadłowstręt psychiczny i bulimię, prowadzonej w paradygmacie systemowym, niejednokrotnie dowiadywałam się o interwencjach terapeutycznych, które — z uwzględnieniem różnych podejść terapeutycznych oraz w najlepszych intencjach — zamiast wzmacniać ich poczucie godności, często paradoksalnie wzmacniały czynniki naruszające godność, odczuwaną przez nich przed podjęciem leczenia.

4.1. Pierwsze pytanie dotyczące czynników naruszających godność związane jest zwykle z pierwszym kontaktem terapeutycznym oraz sposobem, w jaki pacjentka przedstawia się i mówi o swojej chorobie. Zdarza się nierzadko, że pacjentki przedstawiając się, mówią o sobie: „jestem anorektyczką” lub „jestem bulimiczką”, lub „ja tak jak anorektyczki” lub „u mnie tak jak u bulimiczek”. Pojawia się więc pytanie, czy nie korygując takiego sposobu mówienia o sobie przez chorą lub też, co niestety się zdarza, samemu używając tego typu określeń, terapeuta nie przyzwala lub nie wzmacnia zjawiska, które można by nazwać procesem „autoetykietyzacji”? Określenie „autoetykietyzacja” jest stosowane przeze mnie w celu podkreślenia często obserwowanej u chorych na zaburzenia jedzenia tendencji do utożsamiania się z objawami choroby oraz identyfikowania się z grupą osób chorujących na to samo. W przypadku jadłowstrętu psychicznego identyfikacji z określeniem „anorektyczka” często towarzyszy pozytywna konotacja, polegająca na poczuciu wyjątkowości [12, 13]. Natomiast praktyka kliniczna pokazuje, że chore na bulimię identyfikację z chorobą spostrzegają w konotacji negatywnej, jako wstydlive zachowania, porażkę i utratę kontroli.

4.2. Drugie pytanie również ma związek ze sposobem myślenia pacjentek, oraz mówienia o sobie i dotyczy zjawiska identyfikacji z objawami choroby [14]. Czy niekorygowana w terapii identyfikacja z objawami choroby narusza poczucie podmiotowości osoby chorej, a tym samym, czy narusza poczucie godności, oraz czy subiektywne poczucie odpowiedzialności za objawy, prawdopodobnie wynikające m.in. ze spostrzegania choroby jako „wykonywania objawów”, a więc z poczucia sprawstwa, może przyczyniać się do odczuwanego poczucia winy, a więc czy może też mieć negatywny wpływ na poczucie godności?

4.3. Trzecie pytanie dotyczy często spotykanego w praktyce określania zaburzeń odżywiania się jako uzależnienia. Jeżeli taki sposób myślenia nie jest korygowany w terapii, to rodzi się pytanie o jego konsekwencje prognostyczne, związane m.in. z przekonaniem o chronicznym przebiegu zaburzeń odżywiania się. Pogląd, że zaburzenia jedzenia są uzależnieniem — od niejedzenia w jadłowstręcie psychicznym oraz od jedzenia w bulimii — jest dość popularny wśród pacjentów i niestety również wśród osób prowadzących terapię. Zdarza się, że osoby z zaburzeniami odżywiania się, a szczególnie z bulimią, poddawane są oddziaływaniom terapeutycznym wzorowanym na zasadach leczenia stosowanych w grupach anonimowych alkoholików. Konsekwencją takiego podejścia jest nakłanianie chorych do rezygnowania z określonych produktów żywnościowych, m.in. słodczy czy pieczywa. W obecnie obowiązujących klasyfikacjach ICD-10 oraz DSM-IV zaburzenia odżywiania się oraz uzależnienia znajdują się w odrębnych kategoriach [15, 16, 17].

### 5. Pytania o czynniki mogące naruszać godność chorych na jadłowstręt psychiczny podczas terapii

Pytanie, czy pomijanie przez terapeutę w trakcie psychoterapii tematów związanych ze sposobem odżywiania się chorej oraz niezwracanie uwagi na jej wagę, wzmacnia godność pacjentki? Wydaje się, że niezależnie od paradygmatu pracy terapeutycznej pomijanie tematu jedzenia i wagi stanowi odzwierciedlenie postawy i zachowań chorej, bo, czy właśnie unikanie jedzenia oraz rozmów na temat własnego odżywiania się i zapobieganie przyrostowi wagi nie są osiowymi objawami jadłowstrętu psychicznego? Czy więc, niezależnie od faktu, czy terapeuta pracuje w podejściu psychodynamicznym, czy w podejściu poznawczo-behawioralnym, czy też prowadzi terapię rodzinną lub grupową, gdy nie porusza tematów wagi i odżywiania się, to wspiera poczucie godności chorej czy też objawy choroby? [11, 18–21].

Nasuwa się więc kolejne pytanie, na jak długi czas terapeuta godzi się na pomijanie osiowych objawów choroby? Czy może w terapii jadłowstrętu psychicznego ważne byłoby, aby w pierwszym etapie psychoterapii zawarł kontrakt sam ze sobą przez jak długi okres nie będzie poruszać tematów wagi i odżywiania się? Może też korzystne byłoby, aby kluczowe objawy jadłowstrętu psychicznego, na wybranym przez terapeutę etapie choroby, były kontraktowane również z pacjentką i jej rodziną?

Kolejne pytanie dotyczy związku między nieporuszeniem zagadnień odżywiania się i wagi a ryzykiem chroniczności choroby. Na podstawie praktyki klinicznej pozwolę sobie postawić hipotezę, że osoby z jadłowstrętem psychicznym preferują terapeutów, którzy nie kontraktują oraz nie konfrontują tematów odżywiania się i wagi. Nasuwa się więc kolejne pytanie, czy sytuacja, w której chora na jadłowstręt psychiczny uczęszcza na psychoterapię, trwającą często od kilku miesięcy do kilku lat, a jej waga i sposób jedzenia nie zmieniają się, nie stanowi dodatkowego zagrożenia, bo z jednej strony uspokaja rodzinę, ponieważ chora jest objęta leczeniem, a z drugiej — dla samej chorej jest usprawiedliwieniem wobec bliskich, że się leczy, a więc nie wymaga specjalnej troski od najbliższych?

Pozostałe czynniki, które mogą naruszać poczucie godności osoby z jadłowstrętem psychicznym, to brak motywacji do leczenia, który związany jest z egosyntonicznością anoreksji, a tym samym z poczuciem naruszania autonomii chorej. Egosyntoniczność polega na tym, że w odczuciu pacjentów choroba stanowi ich tożsamość, jest też źródłem przyjemności oraz dostarcza subiektywnych korzyści, powodując w konsekwencji zaprzeczenie jej i niechęć do leczenia [22, 23, 24].

Objawy jadłowstrętu psychicznego często są regresją zachowania chorej, co może powodować wzrost kontroli zewnętrznej, a przez to osłabiać autonomię, separację oraz indywidualność. W związku z tym rodzi się pytanie, w jakim stopniu leczenie, które okresowo może wiązać się ze wzrostem kontroli zewnętrznej w zakresie odżywiania się i wagi, narusza poczucie godności osoby chorej, a w jakim — pomijanie w terapii tematu wagi i odżywiania się, stanowiące odzwierciedlenie postawy chorej, polegające na unikaniu osiowych objawów jadłowstrętu psychicznego? Kolejne pytanie dotyczy okresu, w którym ewentualne naruszenie poczucia godności może nastąpić — czy będzie to określony czas terapii do uzyskania oczekiwanej wagi, czy też czas terapii bez zwracania uwagi na odżywianie się i wagę? Poza tym: czy po ukończonej psychoterapii, po której nie uległy zmianie



zbyt niska waga i nieprawidłowy sposób odżywiania się, możemy mówić o zakończeniu leczenia; czy gdy ulegnie poprawie funkcjonowanie chorej w różnych aspektach jej życia, ale waga i sposób odżywiania się odbiegać będą od ustalonej w klasyfikacjach normy, możemy mówić, że pacjentka jest zdrowa, może zakończyć terapię i godnie żyć?

## 6. Pytania o czynniki mogące naruszać godność osób z bulimią podczas terapii

Nasuujące się pytania związane są głównie z charakterystyką objawów. Czy szczegółowe wypytywanie chorej o ilość i jakość spożywanych pokarmów, poza informacjami niezbędnymi do postawienia diagnozy, może naruszać poczucie godności? Czy oczekiwania, aby pacjentka dokładnie i ze szczegółami opisywała, co zjada w trakcie napadu bulimicznego, stanowić może naruszenie jej godności? Czy zapisywanie objawów, ich częstotliwości i zakresu, wzmacnia poczucie godności, czy też może stanowić wzmocnienie walki i przeżywanych porażek, jakich chora doświadczała przed podjęciem leczenia? Czy ta koncentracja na objawach nie wzmacnia u chorych skupiania się na negatywnych doświadczeniach i stawiania sobie zakazów, zamiast na zasobach i pozytywnych celach? [25].

Czy koncentracja na objawach w terapii osób z bulimią, paradoksalnie, nie stanowi odzwierciedlenia wcześniejszej postawy chorej, polegającej na ciągłym myśleniu o jedzeniu? Czy terapeutyczne nastawienie na walkę z objawami nie jest powielaniem dotychczasowego sposobu zmagania się z chorobą, stosowanego przez pacjentkę przed podjęciem leczenia? Czy zalecenia, aby chore na bulimię całkowicie rezygnowały ze spożywania węglowodanów, przyspieszy powrót do zdrowia i wzmocni poczucie niezależności, czy też podejmowane przed leczeniem próby restrykcyjnego i często nieracjonalnego ograniczania jedzenia? Czy utwierdzanie chorych, że bulimia jest uzależnieniem i wymaga terapii wzorowanej na leczeniu alkoholików, z wykluczeniem różnych produktów żywnościowych, pomaga w odzyskaniu zdrowia i poczucia godności? Czy jednym z celów leczenia bulimii jest zaniechanie spożywania określonych produktów, podobnie jak zaniechanie stosowania określonych używek, czy też oczekiwane jest odzyskanie naturalnej kontroli jedzenia?

Rodzi się pytanie, czy utożsamianie bulimii z uzależnieniem — pomimo istniejących pewnych podobieństw, polegających głównie na utracie kontroli oraz stwierdzanych u części chorych obciążeniach rodzinnych — jest uzasadnione i wspiera poczucie godności?

Powyższe pytania wynikają z dotychczasowych doświadczeń autorki w pracy z chorymi na bulimię i licznymi informacjami od pacjentek o częstych wymaganiach sprostania, wymienionym wyżej, oczekiwaniom terapeutycznym.

## 7. Podsumowanie

Na zadane powyżej pytania trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi bez wyników szczegółowych badań. Można jednak spróbować odpowiedzieć w sposób hipotetyczny. Prezentowanym przemyśleniom towarzyszy poczucie prawdopodobieństwa zawężenia zagadnienia, wynikającego z zebrania przede mną tylko określonych doświadczeń terapeutycznych oraz subiektywnej perspektywy poznawczej.

Można przyjąć hipotezę, że chore z zaburzeniami odżywiania się odczuwają deficyt w przeżywaniu godnego życia. Przyjęta hipoteza implikuje następne, opisane poniżej.

Objawy jadłowstrętu psychicznego oraz bulimii często powodują, że chore są zewnętrznie kontrolowane i ograniczane oraz spotykają się z krytyką i brakiem zrozumienia, same jednak mają świadomość własnej winy, odczuwają wstyd, poniesione porażki, nadmierną kontrolę czy alienację. Odczucia te naruszać mogą poczucie godności.

W pracy terapeutycznej z chorymi na zaburzenia odżywiania się, nie do przecenienia jest znaczenie narracji. Odgrywa ono szczególną rolę w terapii zaburzeń odżywiania się, gdyż chore często stosują autoetykietyzację. Wydaje się, że niezwracanie uwagi na język, jakim pacjentki mówią o sobie i swojej chorobie, a tym bardziej używanie przez terapeutę określeń etykietujących, może stanowić wzmocnienie postaw naruszających ich poczucie godności. Używanie wobec nich określeń „anorektyczka” czy „bulimiczka” naruszać może zarówno poczucie podmiotowości, jak i poczucie godności.

W przypadku jadłowstrętu psychicznego, pomijanie w psychoterapii osiowych objawów choroby, takich jak zbyt niska waga, nieprawidłowe odżywianie się oraz stosowanie nadmiernych ćwiczeń fizycznych, wydaje się odzwierciedleniem postaw i zachowań osób chorych. Niezwracanie uwagi na objawy może przyczyniać się do ich wzmocnienia, a tym samym odraczać powrót do zdrowia i godnego życia. Natomiast w przypadku bulimii to nadmierna koncentracja w psychoterapii na objawach stanowi odzwierciedlenie postaw i zachowań chorych. Wzmocnia ich walkę z objawami i prowadzi w konsekwencji do powtarzanych dychotomicznych zachowań: walki i porażki, głodzenia się i objadania. Koncentracja na objawach może więc stanowić jeden z czynników utrudniających godne życie. Ponadto, praktykowane utożsamianie bulimii z uzależnieniem i stosowanie terapii polegającej na wykluczaniu z jadłospisu określonych produktów, jako zakazanych, nie sprzyja doświadczeniu autonomii, niezależności i godności.

Poruszając w artykule temat godności osób chorujących na zaburzenia odżywiania się, starałam się przyrzeć zagadnieniu z dwóch perspektyw. Jedną określiłabym jako perspektywę „zewnętrzną”, która jest intencjonalnie kreowana przez terapeutę i obejmuje m.in. wybrany paradygmat terapeutyczny, dobierane w ramach tego paradygmatu słowa oraz odpowiednio do zaburzenia i wieku chorej zawierany kontrakt. Drugą perspektywę określiłabym jako „wewnętrzną” czy też „subiektywną pacjenta”, w ramach której osoby z zaburzeniami jedzenia albo czują się za objawy odpowiedzialne, czemu zwykle towarzyszy poczucie winy, co często zdarza się w przypadku bulimii, albo też identyfikują się z objawami zaprzeczając jednocześnie chorobie, co charakteryzuje chore na jadłowstręt psychiczny. Rozważając zagadnienie poczucia godności, w procesie psychoterapii z perspektywy „zewnętrznej” uważam, że terapeuta bazując na swojej wiedzy, doświadczeniu oraz uważności, a szczególnie uważności narracyjnej, zobowiązany jest zadbać o nienaruszanie poczucia godności pacjenta. Natomiast analizując odczuwane przez pacjentki poczucie godności z perspektywy „wewnętrznej” w przypadku zaburzeń jedzenia, mogą nasuwać się wątpliwości, czy zadbanie o poczucie godności z perspektywy „zewnętrznej” daje gwarancję odczuwania godności z perspektywy „wewnętrznej”. Sądzę, że w przypadku chorych na bulimię, które najczęściej są osobami dorosłymi i zmotywowanymi do terapii, zarówno zawieranie kontraktu, odpowiednia narracja, jak i inne aspekty sprzyjające zadbananiu o poczucie godności, leżą w gestii terapeuty. Natomiast w przypadku chorych na jadłowstręt psychiczny, które zwykle są osobami w okresie adolescencji oraz nie przejawiają motywacji do terapii, wpływ na subiektywnie odczuwane poczucie godności może wykra-

czać poza intencje oraz kompetencje terapeuty. Taka sytuacja wynika z egosyntoniczności anoreksji oraz gratyfikacji, jakie pacjentka uzyskuje w okresie choroby, co powoduje, że wszelkie próby zmiany, a nawet próby zawierania kontraktu, subiektywnie odbierane mogą być przez nią jako naruszanie niezależności oraz godności. Jest to szczególna sytuacja, w której przy założeniu, że terapeuta z perspektywy „zewewnętrznej” zadbał o wszelkie czynniki sprzyjające godności, chora identyfikując się z objawami oraz zaprzeczając chorobie, a tym samym pozostając bez motywacji do terapii, może z perspektywy „wewnętrznej” odczuwać naruszanie jej poczucia godności. W warunkach ambulatoryjnych, z uwagi na problem oraz wiek chorych, często proponowana jest terapia rodzinna, która sprzyja stopniowemu odzyskiwaniu tożsamości poza obszarem choroby oraz, przy braku motywacji pacjentki do leczenia, stanowi szczególną okoliczność umożliwiającą z czasem tę motywację rozwinąć. Zaburzenia odżywiania się, ze względu na swoją specyfikę, mogą utrudniać, ograniczać lub uniemożliwiać zachowanie godności. W zakresie godności osobistej naruszają poczucie podmiotowości, w zakresie aktywnej postawy zaburzają umiejętność samokontroli oraz obiektywną samoocenę, samoakceptację, a także zdolność do analizowania osiągnięć i porażek, natomiast w aspekcie wolności naruszają swobodę wyboru, zarówno w sferze myślowej, uczuciowej, jak i zachowań. Dlatego też w artykule starałam się zwrócić uwagę na czynniki, które w procesie terapii mogą naruszać poczucie godności chorych, zarówno z perspektywy zewnętrznej, czyli kreowanej przez terapeutę, jak i z perspektywy wewnętrznej, czyli subiektywnie doświadczanej przez pacjentki.

### Piśmiennictwo

1. Sęk H, Brzezińska A. I. Życie godnie... XXXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Poznań 24–27 września 2008. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2008.
2. Gajda J. Honor, godność, człowieczeństwo. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2000.
3. Koziński J. O godności człowieka. Warszawa: Czytelnik; 1977.
4. Koziński J. O człowieku wielowymiarowym. Warszawa: PWN; 1988.
5. Reykowski J, red. Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartości. Wrocław: Ossolineum; 1990.
6. Szewczyk K. Wychować człowieka mądrego. Zarys etyki nauczycielskiej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998.
7. Tchorzewski AM, red. Odpowiedzialność jako wartość i problem edukacyjny. Bydgoszcz: Wydawnictwo WERS; 1998.
8. Kant I. Krytyka praktycznego rozumu. Warszawa: PWN; 1984.
9. Kant I. Uzasadnienie metafizyki moralności. Warszawa: PWN; 1984.
10. Carson RC, Buchter JN, Mineka S. Psychologia zaburzeń. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
11. Talarczyk M. Psychoterapia grupowa chorych z jądłowstrętem psychicznym – program autorski. Psychoter. 2007; 4: 67–79.
12. Trzebiński J. Problematyka narracji we współczesnej psychologii. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B, red. Narracja teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.

13. Józefik B. W stronę integracji pojęć. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
14. Józefik B. Od cybernetycznej metafory rodziny do dialogu i narracji. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B, red. Narracja teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
15. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD10. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV). Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
17. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
18. Nogas G. Psychodynamiczna terapia zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
19. Pilecki M. Podstawy terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
20. Józefik B, Ulasińska R. Terapia rodzinna zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
21. Ulasińska R. Psychoterapia grupowa w leczeniu zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, red. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
22. Wojciechowska I. Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej. W: Suchańska A, red. Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000.
23. Krystek M. Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczną. W: Suchańska A, red. Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000.
24. Starzomska M. Egosyntoniczność jako patognomoniczny objaw anoreksji. *Psychoter.* 2008; 3: 61–74.
25. Gröne M. Wie lasse ich meine Bulimie verhungern. Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie. Wydanie 3. Heidelberg: Carl Auer Verlag; 2000.

Adres: Małgorzata Talarczyk  
Klinika Psychiatrii UM  
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań