

16

Leczenie nastolatków cierpiących na zaburzenia odżywiania się i stosujących przemoc wobec siebie

Jednolite podejście do terapii

Kimberly Dennis, Jancey Wickstrom

Leczenie osób w okresie dojrzewania cierpiących na ED i stosujących przemoc wobec własnej osoby, tj. dokonujących samouszkodzeń ciała (*self-inflicted violence*, SIV) to bardzo trudne i zniechęcające zadanie. Efektywne postępowanie wymaga harmonijnego połączenia wielu jednocześnie stosowanych metod. W rozdziale przedstawiono opis takich zachowań i ich uwarunkowań. Uwzględniono przy tym zarówno czynniki biologiczne, jak i kulturowe. W leczeniu nastolatków z objawami ED i SIV zaproponowano zintegrowany model postępowania, który stanowi modyfikację podejścia stosowanego w narkomanii. Łączy on dialektyczną terapię behawioralną (DBT) (Linehan 1993a, 1993b) z metodą 12 kroków. W modelu uwzględniono wpływ SIV nie tylko na samego pacjenta, ale także na rówieśników i opiekunów. W skład modelu wchodzi różnorodność metod terapeutycznych, które mają zapewnić najbardziej skuteczną pomoc nastolatkom ujawniającym ED i SIV.

DEFINICJA I ZAKRES PROBLEMATYKI

Pojęcie „przemocy” obejmuje swoim znaczeniem gwałtowne działania fizyczne, wykorzystywanie i zniszczenie. Według Mazelis (2002) w pojęciu „przemocy wobec siebie” (SIV) chodzi o różnorodne działania mające na celu wyrządzenie szkody własnemu ciału. Takie określenie (tj. SIV) ma przeciwdziałać powszechnemu zaprzeczaniu i lekceważeniu tego problemu nie tylko wśród samych pacjentów przeważnie objętych opieką psychiatryczną, ale i wśród ich kolegów, rodziców i innych osób sprawujących opiekę. Określenie to dokładniej charakteryzuje zaburzenie zachowania oraz rodzaje gwałtownych czynów wymierzonych w integralność fizyczną własnego ciała.

Większość ludzi, słysząc pojęcie „samouszkodzenie” wyobraża sobie nastolatka lub nastolatkę nacinających się brzytwą. Tymczasem jest to wiele różnych zachowań, takich jak cięcie się, skubanie skóry, wrywanie włosów, uderzanie głową, parzenie się, umieszczanie przedmiotów pod skórą, obgryzanie paznokci, drapanie, tatuowanie się, nakłuwanie ciała. W pewnym sensie formą przemocy wobec własnego ciała jest również ED, bo czymże innym są głodzenie się, przeciążanie wysiłkiem fizycznym, obżeranie się, przeczyszczanie i kompulsyjne przejadanie się. Jeszcze szerzej zagadnienie ujmując, do tej kategorii działań można zaliczyć picie alkoholu, palenie tytoniu oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych (Favaro i Santonastaso 2000). Do ukrytych form SIV należą też pewne inne rodzaje aktywności, bowiem charakteryzuje je przemoc wobec siebie i są destrukcyjne (np. kompulsyjne zachowanie seksualne, przeciążanie się pracą).

Można więc wyróżnić jawne i ukryte formy SIV. Forma jawna tym różni się od ukrytej, że przebiega nagle i jest bardzo konkretna, widoczna. Favazza (1996) dokonuje dalszych podziałów, wyróżniając samouszkodzenia kompulsyjne i impulsywne. Kompulsyjnie realizowane samouszkodzenia mają bliższy związek z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym i polegają m.in. na drapaniu i szczypaniu. Samouszkodzenia impulsywne są wywoływane przez silne emocje, zwykle wyzwalane konfliktami interpersonalnymi. SIV może być przejawem samokarania się, złości oraz rozładowywania emocjonalnego napięcia (Ross, Heath i Toste 2009). Takie formy autodestrukcji stopniowo zostają niejako wbudowane w strukturę osobowości i stają się elementem tożsamości. Pierwotne i prawdziwe cechy osobowości zostają wyparte i zastąpione nowymi. Podobny proces obserwuje się w narkomaniach i ED.

W niniejszym rozdziale skupiono się na jawnych formach SIV, a więc wyraźnie sprzecznych z obowiązującymi normami kulturowymi i życia społecznego. Pacjent uszkadza się, ale bez świadomego zamiaru samobójczego. SIV oznacza to samo, co samouszkodzenie, samo-okaleczenie, autodestrukcja. Wszystkie te pojęcia będą używane zamiennie w niniejszym rozdziale. Niektórzy traktują SIV jako odrębny rodzaj zaburzenia (Favazza 1996). Zgodnie z DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) w przypadku SIV należy rozpoznawać zaburzenie kontroli impulsów nieokreślone inaczej.

Chorzy na ED są pod wieloma względami podobni do pacjentów ujawniających SIV. Można to wskazywać na wspólne mechanizmy etiopatogenezy tych zaburzeń. Podobne są cechy demograficzne, bowiem ED i SIV występują u chłopców i dziewcząt w okresie dojrzewania oraz u dorosłych kobiet i mężczyzn (niekiedy ED i SIV ujawniają się dopiero w tym wieku), u osób o różnych poziomach wykształcenia i zamożności, u przedstawicieli wszystkich warstw społecznych i zawodów (Levitt, Sansone i Cohn 2004). ED występuje u około 50% osób wykazujących SIV (Svirko i Hawton 2007). Równie często występują SIV u osób cierpiących na ED. Dane z piśmiennictwa wskazują, że pewne formy SIV stwierdza się u 20–40% nastolatków i kobiet cierpiących na ED (Paul, Schroeter, Dahme i Nutzinger 2002). Jednakże nie u każdej osoby w wieku dojrzewania i cierpiącej na ED występuje SIV, oczywiście pomijając autodestrukcyjność samych objawów ED. Co istotne, badania nad współchorobowością ED i SIV pomijają najczęstszą postać zaburzeń odżywiania się, jaką jest EDNOS. Częstość samouszkodzeń jest większa u pacjentów stosujących przeczyszczanie, jednak w większości badań różnice z innymi ED nie były istotne statystycznie (Cassin i von Ranson 2005).

Pacjenci cierpiący na ED i SIV są obiektem piętnowania zarówno w kręgach specjalistów, jak i w szerszych kręgach społeczeństwa. Powiada się, że przypadki SIV należą do „bardzo trudnych pacjentów”. Takie stanowisko ma pomagać terapii w utrzymaniu należytego dystansu wobec uczuć związanych z przeniesieniem. Naznaczanie grozi tym, że klinicysta nie potrafi dostrzec adaptacyjnej roli samouszkodzeń i wczuć się w problematy-

kę osób podejmujących takie działania. Tymczasem znajomość tych podstawowych praw pozwoli klinicyście przybliżyć się do pacjenta i lepiej zrozumieć trapiące go problemy, co jest niezbędne dla ukształtowania efektywnej relacji terapeutycznej. Pewien niewielki poziom zaniedbania najróżnorodniejszych potrzeb własnych jest powszechną cechą ludzką. Świadomość tego faktu powinna pomóc terapeutce w zajęciu postawy wolnej od wartościowania, pełnej współczucia, zrozumienia i akceptacji. Jest to podstawowym warunkiem prawidłowo prowadzonej terapii. Trzeba pamiętać, że właśnie ta populacja jest wyjątkowo wyczułona na wszelkie rozbieżności między wiedzą praktyczną a podręcznikową. Oderwanie klinicysty od aspektów praktycznych i zdanie się na wiedzę wyniesioną z podręczników w pracy z samouszkodzającymi się nastolatkami jest bardzo niekorzystne, bo sprzyja ponawianiu aktów samookaleczenia oraz wzmacnia piętno, jakiego ta populacja doświadcza.

UWARUNKOWANIA: URAZY PSYCHICZNE

Doświadczenia każdego człowieka obejmują uczucia, emocje, pamięć, zmysłowość i seksualność. Wielu pacjentów chorujących na ED i ujawniających SIV podaje w wywiadach wykorzystywanie seksualne, zaniedbania lub konflikty w rodzinie (Paul i wsp. 2002). Samookaleczenia w późniejszym okresie życia ściśle się wiążą z wykorzystywaniem seksualnym w okresie wczesnego dzieciństwa (Van der Kolk, Perry i Herman 1991), chociaż nie w każdym przypadku to się potwierdza. Nastolatki cierpiące na ED i dokonujące samouszkodzeń wymagają systematycznej, wręcz bieżącej pomocy w uwalnianiu i regulowaniu przeżyć emocjonalnych, które wydają się nie do opanowania (Ross i wsp. 2009; Wildes, Ringham i Marcus 2009). ED i SIV w pewnym stopniu są wyrazem reakcji unikania, która uogólnia się na wszystkie rodzaje emocji, a zwłaszcza na te, które powodują powrót do przeżyć związanych z przeżyтыми urazami. Jak wiadomo, dojrzewanie stanowi fazę rozwoju przebiegającej z wieloma oznakami niepewności, niejednoznaczności tożsamości oraz intensywnymi emocjami. Nic więc dziwnego, że w tym okresie życia samouszkodzenia szybko i stosunkowo łatwo wbudowują się w tożsamość nastolatka, stając się poniekąd jej podporą i sprzymierzeńcem.

Obszary mózgowo zaangażowane w PTSD odgrywają ważną rolę również w regulacji funkcji pamięci i afektu. Hipokamp decyduje o tworzeniu zasobów pamięci semantycznej, czyli deklaratywnej. W PTSD dostęp do materiału pamięci deklaratywnej urazu nierzadko jest ograniczony. W trakcie przeżycia traumatycznego następuje wyrzut hormonów stresu, które działają neurotoksycznie na komórki hipokampa. U osób po przeżytych urazach i PTSD stwierdzano także wygórowaną aktywność jądra migdałowatego (Shin, Rauc i Pitman 2006). Jest to ta część mózgu, która uczestniczy w regulacji emocji, szczególnie strachu. Nieprawidłowa regulacja emocji klinicznie ściśle się łączy z subiektywnie przeżywanym, dojmującym, bardzo intensywnym uczuciem strachu (Shin i wsp. 2006). Należy podkreślić, że przeżycia traumatyczne wywierają największy wpływ na ośrodki mózgowo w czasie szybkiego rozwoju organizmu, tj. w dzieciństwie i we wczesnym okresie dojrzewania.

Biologia

U podłoża ED leżą czynniki genetyczne. Badania sprzężeń genetycznych wielu rodzin wykazały asocjacje genów na specyficznych chromosomach związanych z AN i BN (Bacanu i wsp. 2005; Devlin i wsp. 2002; Grice i wsp. 2002). Badano też asocjacje niektórych genetycznych markerów z takimi często stwierdzanymi cechami u osób z ED bądź SIV, jak per-

fekcjonizm i impulsywność. W zaburzeniu kontroli impulsów (w tym u osób dokonujących samouszkodzeń), a także w AN i BN oraz u osób wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie stwierdzano niedobór związków serotonergiczných w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi (Steiger i wsp. 2004). Prowadzono szczegółowe badania nad mózgowym obwodem nagrody u osób uzależnionych od alkoholu bądź substancji psychoaktywnych. Z funkcjonalnych badań obrazowych mózgowia coraz wyraźniej wynika, że podobną aktywność ośrodków nagrody obserwuje się u pacjentów ujawniających zachowania podobne do tych, jakie występują w uzależnieniach (np. kompulsyjne przejadanie się, kompulsyjne samookaleczenie się), gdy zadziałają odpowiednie bodźce (Coletta i wsp. 2009). U pacjentów ujawniających SIV bądź stosujących przeczyszczanie również dochodzi do aktywacji obwodu nagrody. W wyniku uszkodzeń ciała uwalniają się endorfiny i stopniowo uruchamia się mechanizm powstawania uzależnienia. Podobnie jak w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych, obserwuje się wzrost tolerancji, kiedy do osiągnięcia uspokojenia, zubożenia czy zadowolenia konieczne jest zwiększenie intensywności objawów ED i SIV.

Wrażliwość receptorów ośrodków nagrody mózgu jest indywidualną cechą biologiczną. To ona wyznacza stopień odczucia ulgi po zastosowaniu któregośkolwiek z autodestrukcyjnych mechanizmów radzenia sobie. Z kolei taka poprawa samopoczucia wpływa na nieprawidłowy wybór zachowania w radzeniu sobie, gdy posiadane zasoby nie wystarczają, zwłaszcza w konfrontacji z przytłaczającymi zdarzeniami w życiu. Na przykład: objadanie się i przeczyszczanie nie u każdego „zadziała” należycie, tj. zgodnie z oczekiwaniami, a więc wpływanie uspokajająco, pozwoli oderwać się od bieżącej sytuacji czy umożliwi regulację emocji. Podobnie przedstawia się sprawa z SIV, tylko niektóre osoby odczuwają korzystne zmiany, takie jak poczucie bezpieczeństwa, odzyskanie kontroli nad sytuacją czy uwolnienie od cierpienia. Takie mechanizmy radzenia sobie rozwijają się tylko u niektórych osób. Szczególnie odnosi się to do osób cechujących się podatnością genetyczną i neurofizjologiczną, a do tego odczuwających potrzebę ich stosowania. Zarazem są to osoby, podlegające oddziaływaniu niespodziewanych i niemożliwych do opanowania okoliczności.

Kultura, wychowanie

Przyczyny SIV mogą tkwić nie tylko w czynnikach biologicznych, ale i psychospołecznych (Linehan 1993a). Już w pierwszym roku życia dziecko zaczyna się uczyć efektywnej regulacji emocji oraz umiejętności samodzielnego uspokajania się. Niezaspokojenie potrzeb rozwojowych powoduje, że regulacja emocji przemieszcza się na środki umiejscowione na zewnątrz. W przypadku SIV do tych środków zalicza się działania popędowe wymierzone przeciwko własnemu ciału (Ross i wsp. 2009). Może to być spowodowane wieloma różnymi przyczynami, np. wpływem czynników środowiskowych w okresie psychofizycznego rozwoju, nadużyciami i zaniedbaniami w okresie dzieciństwa. Na przykład: dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu bądź chorych psychicznie nie mają zapewnionej odpowiedniej opieki oraz niezbędnych dla ich rozwoju wzorców regulacji emocji; osoby ujawniające SIV często doświadczały różnych postaci odrzucenia.

U niektórych nastolatków wykazujących nieprawidłową regulację emocji stwierdza się nadużycia i zaniedbania opieki. U innych do zakłócenia dochodzi w następstwie sprzeczności w funkcjonowaniu rodziców bądź opiekunów i dziecka, nawet jeśli zewnętrzne warunki wzrastania wydają się całkiem „normalne”. Tę „teorię zgodności” szczegółowo omówiono gdzie indziej (Chess i Thomas 1986; Thomas i Chess 1985). Pozwala ona zrozumieć przyczyny leżące u podstaw zahamowania rozwoju emocjonalnego u nastolatków. Gdy rodzice nie

zdają sobie sprawy z różnic pomiędzy potrzebami emocjonalnymi ich a dziecka bądź nie potrafią przystosować swojego postępowania do potrzeb dziecka, to rozwój dziecka przebiega nieprawidłowo, nawet przy zapewnieniu odpowiednich warunków środowiskowych.

Dzieci dojrzewające w otoczeniu, które ich nie rozumie i nie stwarza warunków do ekspresji emocji, nigdy nie nauczą się samodzielnie je rozpoznawać i nimi kierować zgodnie z własnymi, wewnętrznymi mechanizmami regulacyjnymi (Linehan 1993a). Kontrola nad emocjami przemieszcza się na zewnątrz, a zatem nastolatek – aby zrozumieć swoje uczucia – musi zwracać uwagę na to, co się dzieje w otoczeniu. Powoduje to poważne trudności, zwłaszcza gdy sytuacja w otoczeniu jest nieprzewidywalna. W środowisku, które minimalizuje znaczenie emocji, nastolatki starają się nieustannie okazywać zwiększoną intensywność reakcji emocjonalnych, by osiągnąć zaspokojenie własnych potrzeb (Linehan 1993a). Ponadto, pacjenci z kontrolą emocji umiejscowioną na zewnątrz nie potrafią zaufać swoim wewnątrzpsychicznym reakcjom. Z tego powodu popadają w zależność od komunikatów nadchodzących od innych, i dopiero wtórnie „dowiadują się”, co sami czują. Ten typ relacji z otoczeniem stanowi fundament poczucia ja, które odwołuje się do tego, co inni myślą. Bez szacunku do siebie i wewnątrzpsychicznego umiejscowienia kontroli emocji nie można osiągnąć wysokiego poziomu motywacji do leczenia oraz gotowości do przemian. Kształtowanie i rozwijanie właśnie tych jakości może być najbardziej skuteczną metodą wzmacniania motywacji do leczenia i przemian.

WPLYW SAMOUSZKODZEŃ NA PACJENTA I JEGO OTOCZENIE

SIV wywiera wieloraki i głęboki wpływ zarówno na pacjenta, jak i jego otoczenie. Poza negatywnymi skutkami dla zdrowia fizycznego samego pacjenta, jest to źródłem cierpień i zamętu w całym systemie ekologicznym, rozumiejąc przez to pojęcie członków rodziny, rówieśników, partnerów uczuciowych i inne znaczące postacie.

SIV jest dodatkowym źródłem szkód somatycznych dla samego chorego. To jego dłonie dokonują samookaleczeń. Rany wymagają zaopatrzenia medycznego, jeśli tego się zaniebda, może dojść do zakażenia i poważniejszych powikłań zdrowotnych.

Uraz fizyczny w SIV w znacznym stopniu jest widocznym symbolem nierozwiązanej i ukrytej psychicznej traumy. Poprzez SIV pacjenci starają się regulować własny stan emocjonalny, zarazem przekazują otoczeniu komunikat o tym, że są bezwartościowi i zasługują na karę fizyczną. Atmosfera wstydu i tajemniczości otaczająca działania autodestrukcyjne jest dodatkową przyczyną traumy psychicznej. Bardzo często samouszkodzenia są dokonywane w samotności, w podobnych okolicznościach pojawiają się ostre objawy ED (obżeranie się, czyszczenie organizmu, restrykcje żywieniowe). Czas poświęcany samotnie dokonywanym samookaleceniom pogłębia izolację psychiczną, blokuje też możliwość dostosowania stanu emocji do sytuacji, np. w środowisku mającym na celu oddziaływania terapeutyczne.

SIV wywiera ogromny wpływ na proces rozwoju nastolatków. Podobnie jak w innych urazach, również w wyniku samouszkodzeń następuje zahamowanie postępu rozwoju (Trickett i McBride-Chang 1995). Bezcenny czas, zamiast na realizację ważnych zadań życiowych, jest przeznaczony na samouszkodzenia i ich następstwa. Spowolnieniu podlega rozwój społeczny, nie pojawiają się odpowiednie do etapu rozwoju relacje uczuciowe i przyjaźni, które mają fundamentalne znaczenie w życiu nastolatków. Powstaje błędne koło, na które składają się samotność i wyobcowanie. W porównaniu ze zdrowymi nastolatkami, osoby dokonujące samouszkodzeń mają o wiele więcej trudności w tworzeniu pozytywnych relacji rówieśniczych i wykazują mniej pozytywnych doznań z tym związanych (Ross i wsp. 2009). Obserwuje się

zahamowania bądź wypaczenia tak charakterystycznych dla tego etapu przejawów rozwoju płciowego i zainteresowań seksualnych. SIV mogą służyć rozładowaniu napięć seksualnych, a także unikaniu bądź zaprzeczaniu obecności potrzeb seksualnych. Poza tym, wynikające z SIV piętno może wywoływać niechęć rodziców i rówieśników do utrzymywania kontaktów z takimi osobnikami.

Niekiedy obniżają się wyniki w nauce. Pacjent nie jest w stanie skupić się na wydajnej pracy, skoro jest owładnięty burzliwymi emocjami, występują ostre objawy zaburzenia lub gdy konieczność leczenia uniemożliwia chodzenie do szkoły. Nauczyciele mają niewielkie doświadczenie z uczniami dokonującymi samouszkodzeń, dlatego często nie potrafią udzielić im rozsądnej i skutecznej pomocy. Również dorośli mogą mieć trudnienia w wykonywaniu pracy zawodowej. Przełożeni nie wiedzą, co właściwie się dzieje, na czym polega problem i nie potrafią udzielić pomocy podwładnemu, który znalazł się w takich kłopotach. Podsumowując, SIV wywiera wpływ na każdą sferę życia i może spowodować znaczne zakłócenia w przebiegu rozwoju nastolatków.

SIV wpływa destrukcyjnie na całość systemu rodzinnego. Wydarzenia związane z samouszkodzeniem zakłócają normalny tok życia, przebieg leczenia i potęgują obawy dotyczące tego, co przyniesie przyszłość. Im więcej czasu pochłaniają sprawy związane z SIV, tym mniej go pozostaje na inne ważne problemy. Funkcjonowanie rodziny ulega dezorganizacji. Koszty leczenia niekiedy stanowią duże obciążenie finansowe dla rodziny. Rodzice żyją w lęku, czy to w związku z konfliktami pomiędzy nimi, czy w wyniku wzajemnych oskarżeń za niemożność opanowania sytuacji i powtarzanie się samouszkodzeń. Niekiedy rodzice unikają trudności bądź im zaprzeczają, pozostawiając sprawy swojemu biegowi. Niestety, w takich przypadkach samouszkodzenia nadal się powtarzają. Kiedy wszyscy członkowie rodziny aż do przesady zajmują się pacjentem dokonującym samookaleczeń, rodzeństwo pacjenta może się czuć porzucone i zaniedbane.

Zachowania autodestrukcyjne nie są obojętne dla innych ważnych osób, przyjaciół i kolegów. Sympatie takich pacjentów mogą czuć się bezsilne i bezradne wobec tak dramatycznych poczynań. Podobne uczucia mogą żywić bliscy przyjaciele. Nierzadko będą się starać unikać rozmów na ten temat albo nawet całkowicie zerwać relację.

DEFINICJA POWROTU DO ZDROWIA

Aby wyjaśnić, na czym polega powrót do zdrowia w przypadkach SIV, trzeba najpierw odpowiedzieć na kilka pytań: Jaki jest cel leczenia? Jaka jest możliwość pomocy i leczenia? Jaka rola przypada terapii w procesie zdrowienia? Zadaniem terapeuty zawsze jest wspomagać i przyspieszać zdrowienie. W praktyce oddziaływania lecznicze to nic innego, jak kształtowanie efektywnych relacji z pacjentem, przy uwzględnianiu stanu somatycznego, emocjonalnego i duchowego. Wyzdrowienie nie ogranicza się wyłącznie do wycofania się objawów ED czy SIV (zob. McGilley i Szablewski, rozdz. 12). Uporczywe samookaleczenia mogą wywoływać zdumienie, przerażenie i uczucie bezradności nie tylko u członków rodzin i klinicystów, ale i u samych pacjentów. Im bardziej wszyscy dookoła starają się przerwać SIV, tym więcej doznają wstydu i upokorzenia z powodu bezsilności, szczególnie gdy samouszkodzenia zapewniają pacjentowi poprawę samopoczucia. Bez znajomości korzyści odnoszonych przez pacjenta w następstwie ED i SIV oraz bez delikatnego, pozytywnego i cierpliwego odniesienia się do uwarunkowań tych zaburzeń (tj. do wcześniejszych doświadczeń traumatycznych) płonne są nadzieje na osiągnięcie trwałej poprawy.

Do głównych celów terapii należy uświadomienie pacjentowi korzyści i kosztów SIV, traktowanego jako mechanizm radzenia sobie. Nie mniejsze znaczenie mają zrozumienie intensywności cierpienia pacjentów oraz umacnianie wiary w skuteczność leczenia i możliwość wyzdrowienia. Za wszelką cenę należy wystrzegać się dążenia do utrwalania istniejącego stanu, kierowania pacjentem i narzucania mu własnych opinii. W postępowaniu leczniczym wobec pacjentów z objawami ED i SIV terapeuta powinien pełnić rolę osoby zaufanej i służącej pomocą, a nie powołanej i zdolnej do przeprowadzania przemian. Dopiero taka postawa, pełna pokory i poczucia realizmu, pozwoli terapeutce uwierzyć w możliwość wyleczenia i przekonać do tego pacjenta. Trzeba zaznaczyć, że pacjent bardzo pragnie wyzdrowienia. W najcięższych przypadkach głównym zadaniem terapeuty jest towarzyszyć choremu i pomagać mu w pogodzeniu się z tym, że odpowiedzialność za powrót do zdrowia spoczywa głównie na jego barkach. Terapeuta powinien zrozumieć i uznać swoją bezsilność wobec całości kształtu zaburzeń i wyborów pacjenta. Poznawszy swoje prawdziwe możliwości i ograniczenia będzie mógł całą swoją energię zaangażować w te aspekty zaburzenia, które rokują wyleczenie, które przyniosą pacjentowi najwięcej pożytku. Jednym z najbardziej efektywnych sposobów pomocy pacjentowi jest wytrwałe okazywanie wiary w jego możliwości w taki sposób, który doprowadzi do tego, że sam pacjent uwierzy w możliwość sukcesu. Terapeuta powinien troszczyć się o dobro pacjenta do czasu, aż on sam będzie mógł się zatroszczyć o siebie i okazywać mu miłość tak długo, aż będzie on zdolny do pokochania siebie (Mazelis 2002).

Znane są programy terapeutyczne przeznaczone dla różnych typów uzależnień. Jednakże osoby uporczywie samouszkodzające się mają stosunkowo duże trudności w uzyskiwaniu wsparcia poprzez pozytywną identyfikację z grupą. Jako wyraz buntu wobec braku pomocy ze strony lokalnych społeczności można uznać powołanie do życia stowarzyszenia anonimowych osób dokonujących samookaleczeń (*Self Mutilators' s Anonymous*, SMA), w którego programie czytamy:

„Do stowarzyszenia mogą wstępować mężczyźni i kobiety. Każdy dzieli się swoimi doświadczeniami i wspiera innych. Członkowie krzewią nadzieję na lepszą przyszłość, kiedy przezwyciężą podstawowy i wspólny problem. Służą też skuteczną pomocą innym w uwolnieniu się od SIV... Jedynym warunkiem wymaganym przy zapisie do SMA jest pragnienie zaprzestania samookaleczeń. Z przynależnością nie wiążą się żadne szczególne obowiązki ani opłaty. Organizacja jest samowystarczalna i polega na własnych źródłach finansowania. SMA nie współpracuje z żadną sektą, instytucją religijną, partiami politycznymi i innymi instytucjami czy organizacjami. SMA nie wdaje się w żadne spory ideologiczne i polityczne. Członkowie SMA nie wypowiadają się na temat teorii zaburzenia i jego przyczyn. Najważniejszym zadaniem członków jest zaprzestanie samouszkodzania się oraz pomoc innym osobom w uwolnieniu się od takich zachowań”. (<http://www.selfmutilatorsanonymous.org>)

Przed SMA stoją trudne wyzwania, jeśli ma zdobyć autorytet i uznanie na polu pomocy i wspomagania terapii SIV. Ideologia stowarzyszenia odwołuje się do programu 12 kroków (<http://www.12step.org/>), który znalazł zastosowanie w niesieniu skutecznej pomocy i wsparcia duchowego na drodze ku zdrowiu w różnych zaburzeniach [np. alkoholizm, narkomanii – *przyp. red.*] (zob. Dodatek A). Pomimo znaczenia SMA i nadziei, jakie wzbudza działalność tej organizacji u osób powracających do zdrowia, w USA jak dotąd zarejestrowano zaledwie 20 grup spotkaniowych, do tego trzeba jeszcze doliczyć 3 adresy w sieci.

Osoby starające się uwolnić od SIV napotykają wiele barier. Ich zachowanie wzbudza niechęć i pociąga za sobą piętnowanie, z którym pacjenci muszą się zmagać. Co prawda, pewne poczucie wstydu wiąże się również z procesem wychodzenia z alkoholizmu i narkomanii, ale stosunek otoczenia do takich osób jest jednak inny, ponieważ prawie każdy coś wie

na temat uzależnień i ich leczenia. Mało ludzi kiedykolwiek zetknęło się z takimi osobami, które uporczywie dokonują samookaleczeń, a jeszcze mniej – cokolwiek słyszało o możliwości leczenia tego problemu.

Powrót do zdrowia na ogół jest długotrwałym procesem, wymagającym intensywnego i specjalistycznego leczenia. Sama uciążliwość i powolność zdrowienia stanowi korzystny czynnik terapeutyczny u osób, których postępowanie cechuje się przecież wygórowaną impulsywnością i niecierpliwością. Nieprawidłowo prowadzone leczenie, czy to pod względem jego jakości czy intensywności, jest jedną z ważnych przyczyn nawrotów zarówno w ED, jak i SIV. Kolejną poważną przeszkodą jest brak dostępu do specjalistycznego leczenia. Obowiązkiem każdego klinicysty i członka rodziny jest wspieranie takich osób w pokonywaniu przeciwności na drodze ku zdrowiu. Należy przy tym okazywać im zrozumienie i współczucie, a wystrzegać się przesadnej krytyki. Pacjenci, którzy uwolnili się od różnych uzależnień, a także ich terapeuci i członkowie rodzin najczęściej nie traktują SIV jako odrębnego i ważnego problemu terapeutycznego. Ponadto niektórzy pacjenci na wieść o celowości terapii z powodu SIV zgłaszają uczucie wyczerpania i całą swoją uwagę skupiają na utrzymaniu remisji ED bądź alkoholizmu.

ZINTEGROWANY MODEL LECZENIA WSPÓŁWYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ (ED) Z PRZEMOCĄ WOBEC SIEBIE (SIV)

Zintegrowany model leczenia ma wiele zalet w przypadku współwystępowania ED z SIV. Zapewnia jednolitość i stabilność terapii, co jest niezwykle ważne dla jej powodzenia. Chaos w postępowaniu z tymi bardzo wrażliwymi chorymi narażałby ich na dopływ sprzecznych informacji i co gorsza – mógłby pogłębiać dezintegrację osobowości i osłabiać poczucie tożsamości. Dla tej populacji niezwykle znaczenie ma porządek w postępowaniu klinicznym. Zintegrowany model leczenia łączy dialektyczną terapię behawioralną (DBT) (Linehan 1993a) z metodą 12 kroków, w którą wpisany jest duży nacisk na akceptację i przemianę osoby. Model tworzy warunki do odzyskania integralności osoby oraz do powrotu do zdrowia. W zintegrowanym modelu leczenia każdy etap z 12 kroków jest dostosowany do strategii DBT. Poniżej opisano trzy charakterystyczne cechy tego modelu.

Dialektyka kroku pierwszego

W strategii redukcji szkód najważniejsze jest rozpoznanie korzyści odnoszonych zarówno w związku z SIV, jak i ED. Należy zdecydowanie oddzielać wiedzę o korzyściach od realizacji samouszkodzeń, by nie wytworzyć fałszywego klimatu przyzwolenia do działań autodestrukcyjnych. Niektórzy terapeuci unikają analizy korzyści związanych z SIV z obawy przed wzmocnieniem takich zachowań. Linehan (1993a) zauważa, że o ile terapeuta nie potrafi zachować właściwych proporcji między akceptacją a koniecznością zmian, to pacjent poczuję się zdegradowany w relacji, a to osłabi jego zaangażowanie w leczenie. Problem ten obrazuje następujący przypadek: nastolatka, wykorzystywana seksualnie w okresie dzieciństwa, leczona jest z powodu typu bulimicznego i przeczyszczającego jadłowstrętu psychicznego (ANBP). Od roku zaburzenie jest w remisji. Od pewnego czasu codziennie wrywa włosy na głowie i przycina owłosienie okolicy łonowej. Pomimo odczuwanego wstydu i zakłopotania

nie potrafi tego zaprzestać. Według modelu zmiany etapu (Prochaska i DiClemente 1983) pacjentka przeszła do fazy kontemplacyjnej.

Nastolatce zadano pracę domową, w której musiała się posłużyć inwentarzem zachowania (krok czwarty w 12-krokowym modelu powrotu do zdrowia). Miała ona opisać 25 skutków pozytywnych i negatywnych SIV, a następnie odczytać je terapeutę podczas najbliższej sesji (krok piąty). W tym zadaniu domowym wykorzystano dialektykę z DBT (tj. zestawienie strat i zysków) w połączeniu ze zdecydowaną akceptacją (pacjentki przez terapeutę oraz pacjentki przez samą siebie). Oto fragment opisu pacjentki:

***Skutki pozytywne SIV:** człowiek czuje się doprawdy dobrze; uczucia uspokajają się; łatwiej mi zasnąć; mogę uniknąć jedzenia; podczas czynu i jakiś czas po nim odczuwam lekką euforię; daje mi uczucie kontroli; mam poczucie panowania nad sobą; tłumaczy przyczynę zawstydzenia; jest to mniej szkodliwe niż obżarstwo i przeczyszczanie się; łagodzi uczucie osamotnienia.*

***Skutki negatywne:** oszczędzenie się; nie potrafię się od tego uwolnić; wstydzę się tego; maltretuję własne ciało; oddala mnie to od Pana Boga; tracę na to dużo czasu; po tym czuję się przygnębiona; izoluję się od otoczenia w trakcie czynu i po nim; nie potrafię przerwać tego, nawet gdy tego pragnę; po czynie czuję się rozbita.*

Najważniejszymi elementami tego ćwiczenia były szczerość, redukcja wstydu i samodzielne ujawnienie informacji. Przyniosło to ulgę i odprężenie. Co więcej, obrazuje ono, jak w praktyce wygląda bardzo trudna do utrzymania równowaga między strategią akceptacji i zmiany, szczególnie gdy ma się do czynienia z ambiwalencją pacjenta. Dialektyka akceptacji i zmiany w DBT znajduje odbicie w tekście modlitwy o pokój ducha: „Boże, Najwyższa Mocy, użyż mi pokoju ducha, abym godził się z tym, czego zmienić nie mogę, i odwagi, abym zmienił to, co mogę zmienić, i mądrości, abym odróżniał jedno od drugiego”. Dialektyka modlitwy o pokój ducha sprowadza się do akceptacji własnej bezsilności wobec choroby, zarazem jednak wzywa do przyjęcia odpowiedzialności za powrót do zdrowia poprzez zwrócenie się do ukrytych rzeczywistych sił wewnętrznych, niezbędnych do dokonania przemian.

Radykalna akceptacja

Druga zasada DBT odwołuje się do idei radykalnej akceptacji (Linehan 1993a). Pod pewnymi względami przypomina ona zasady uczciwości i akceptacji kroku pierwszego. Terapeuta wspiera pacjenta w ten sposób, by ten mógł poznać i zrozumieć istotę swojej choroby, o którą nikogo nie prosił, a która może doprowadzić do całkowitej klęski, a nawet śmierci. Terapia skupia się na tych aspektach, które można zmienić, akceptując zarówno wcześniejsze doświadczenie pacjenta, jak i jego osobę aktualnie. Dokładnie analizuje się dokonywane wybory i ich znaczenie, przy czym za najważniejszy uważa się wybór takiej drogi postępowania, która wiedzie ku zdrowiu.

Wola

Dla zintegrowanego podejścia terapeutycznego w DBT ważne jest odróżnienie woli i uporu. Upór to takie działanie, które nie liczy się z przewidywanymi i znanymi negatywnymi konsekwencjami. Oznacza nieustępliwość wobec „roztropności umysłu”, sztywne trzymanie się starych schematów myślenia i zachowania, bez względu na skutki (Linehan 1993a). Cierpiący umysł nieleczzonego narkomana zawsze będzie poszukiwał takich środków, które przyniosą natychmiastowe ukojenie, bez liczenia się ze znacznym pogłębieniem cierpienia w później-

szym okresie. Podczas silnego wzburzenia emocjonalnego, które wyraża się wyraźnym pobudzeniem aktywności jądra migdałowatego i zahamowaniem czynności płatów czołowych mózgu, pacjent jakby tracił zdolność „przewijania taśmy ku przodowi”. Technika DBT, szczególnie uważność w połączeniu z terapią grupową bądź udziałem w programie 12 kroków powodują reaktywację kory czołowej, co ma podstawowe znaczenie dla funkcji wykonawczych, hamowania impulsywności oraz podejmowania decyzji. Jednym z najbardziej przełomowych momentów w terapii jest taka sytuacja, w której pacjent po raz pierwszy odkrywa, że myśl o treści „powiniem się pociąć” jest niczym więcej niż myślą, a w żadnym wypadku nie jest nakazem. Dzięki uważności pacjent uczy się tego, że myśl jest tylko myślą, a emocja emocją, i niczym więcej. Ponadto opanowuje umiejętność wybierania takiego rodzaju odpowiedzi na bodźce, które są zgodne z jego roztroprnym umysłem (Linehan 1993a; Miller, Rathus i Linehan 2007).

Dla procesu zdrowienia bardzo ważne są wola i otwartość. Zachęca się pacjenta do tego, by odpowiedział na następujące pytania: „Czy zamierzam przyjąć odpowiedzialność za dokonywane wybory i działania? Czy będę próbował innych sposobów radzenia sobie?” Z tym wiąże się zadania związane z krokiem drugim i trzecim w programie 12 kroków (zob. Dodatek A), a także wynikające z DBT umiejętności przeciwdziałania emocjom, a często również przeciwstawiania się kompulsjom, głodowi i pragnieniom, pojawiającymi się zawsze w stanie emocjonalnego pobudzenia (Linehan 1993b).

Pełne omówienie leczenia farmakologicznego ED i SIV przekracza ramy tego rozdziału. Można ogólnie stwierdzić, że leki odgrywają rolę pomocniczą. Wyniki badań dowodzą, że w ED i SIV nie mają one większego znaczenia (zob. Levine i Levine, rozdz. 7).

Zintegrowany model leczenia nastolatków

Zastosowanie DBT w warunkach ambulatoryjnych bywa trudnym zadaniem. W takim leczeniu od każdego pacjenta trzeba uzyskać zobowiązanie do leczenia, które stanowi podstawę wszelkich dalszych oddziaływań. Na przykład, na podstawie takiego formalnego zobowiązania w razie oporu klienta terapeuta może go kierować do innej instytucji, która zapewni mu właściwe leczenie (Linehan 1993a). Zwiększa to zakres swobody w poszukiwaniu odpowiednich proporcji pomiędzy akceptacją i zmianą w ramach relacji terapeutycznej. Nastolatki często nie chcą się leczyć. Na ogół dochodzi do niego w wyniku porozumienia się rodziców czy opiekunów z terapeutą. Pozostawienie swobody wyboru tym pacjentom może być szkodliwe. Nie ma prostej odpowiedzi na ten brak własnej inicjatywy i zainteresowania leczeniem. Można takich pacjentów motywować za pomocą elastycznego i dostosowanego do indywidualnych potrzeb treningu umiejętności w ramach DBT. Do zaangażowania adolescentów można wykorzystać techniki o udowodnionej skuteczności i sprawdzone w praktyce, zgodne z dialektycznymi koncepcjami Linehan w połączeniu z wolnym od negatywnych ocen treningiem umiejętności.

Dwie sesje DBT tygodniowo pomagają zachować równowagę pomiędzy nauczaniem umiejętności przez terapeutę a samodzielnymi ćwiczeniami. Jedna sesja jest poświęcona omówieniu koncepcji czterech zakresów umiejętności wg Linehan (1993b): uważności, regulacji emocji, efektywności relacji interpersonalnych oraz tolerancji cierpienia. Podczas drugiej sesji pacjent uczy się technik kreatywnych, np. wykorzystania sztuki dla utrwalenia treści lekcji z bieżącego tygodnia. Na przykład, w materiałach pt. Ulotka nr 3, dotyczących lekcji na temat „życie z emocjami” (Linehan 1993b, str. 137) opisano zjawiska towarzyszące przeżywaniu emocji (od zdarzenia wyzwalającego, poprzez wewnętrzne i zewnętrzne do-

świadczenia, do nazwania rodzaju emocji i ich następstw). Na początku omawia się treść Ulotki nr 3 w grupie (Linehan 1993b, s. 137). Potem każdy członek grupy przytacza przykłady własnych emocji i reakcji na nie. W trakcie omawiania można prześledzić powtarzający się cykl zdarzeń. W czasie kolejnej sesji pacjenci w grupach 2–3 osobowych tworzą własną wersję materiałów do ulotki pod tytułem „życie z emocjami”. Poszczególne etapy wspomnianego cyklu przedstawiają w częściach na plakatach (np. zdarzenie wyzwalaające, interpretacja zdarzenia, nazwa emocji). Pod koniec spotkania uczestnicy dzielą się wynikami własnej pracy z innymi. Wyjaśniają, w jakim zakresie dany etap cyklu mieści się w jego całości (zob. Dodatek B, gdzie podano przykład praktycznej arteterapii grupowej). Po ukończeniu ćwiczenia pacjenci powinni umieć przedstawić ze zrozumieniem metody regulacji emocji.

W praktycznej nauce nastolatków wykorzystuje się nie tylko działania plastyczne, ale także odgrywanie ról i skeczy. Znakomicie nadają się do uczenia interpersonalnej efektywności i umiejętności tolerancji cierpienia. Adolescenci na ogół potrafią opisać kilka sytuacji z ich życia, które zakończyły się przykro z powodu braku umiejętności nawiązywania korzystnych społecznie relacji oraz umiejętności znoszenia cierpienia. Zachęca się pacjentów do odgrywania skeczy opartych na osobistych przeżyciach, jednakże z innym zakończeniem, jak tego wymaga trening umiejętności efektywnego tworzenia relacji interpersonalnych pt. Drogi Człowieku wg Linehan. Można też uczyć tolerancji cierpienia (np. AKCEPTUJ, POPRAW, USPOKÓJ SIĘ; Linehan 1993b). Tymi metodami interaktywnego rozwijania umiejętności członkowie grupy ćwiczą potrzebne umiejętności i sami stwierdzają, w jakim zakresie są one przydatne w ich osobistym życiu. Dzięki temu w razie konieczności potrafią być bardziej otwarci i przystępni.

W rozwijaniu umiejętności nastolatka można też wykorzystać inną technikę, polegającą na grupowym treningu dla zaawansowanych i zdecydowanych na ćwiczenia w zakresie uważności i DBT (Miller i wsp. 2007). Pacjenci z takiej zaawansowanej grupy biorą udział w tygodniowych zajęciach grupowych oraz przechodzą trening umiejętności dostosowany do ich indywidualnych potrzeb. W miarę postępów w leczeniu, osiągnięcia tych pacjentów stają się widoczne dla innych, w ten sposób wzmacniając motywację do pracy w grupie zarówno ogólnej, jak i zaawansowanej.

Inną przeszkodą w zaangażowaniu nastolatków w DBT jest brak umiejętności zwanej uważnością. Dla nastolatków nawykłych do ciągłej stymulacji bodźcami płynącymi z najróżniejszych źródeł, skupienie się na pojedynczym zagadnieniu przez dłuższy okres bywa zadaniem niesłychanie trudnym. Tę przeszkodę można na ogół szybko pokonać poprzez trafny dobór metody oraz wytyczenie wyraźnych granic uczestnictwa w pracach grupy. Po określeniu oczekiwań dla każdej grupy ćwiczącej uważność, starsi jej członkowie zapoznają nowszych członków z wskazówkami na temat aktywności. Mieszając razem działania o większych wymaganiach uważności (np. zabawa telefonem, gra w muzykujące krzesła) z bardziej tradycyjnymi (np. ogniskowanie uwagi na oddychaniu, opisywanie przedmiotu) poszerza się zakres umiejętności wykorzystania uważności (Miller i wsp. 2007). W miarę jak nastolatki nabywają wprawy w technice i wzbogacają repertuar zachowań, terapeuta zachęca do praktykowania uważności od początku sesji, co może jeszcze mocniej angażować w ćwiczenia zarówno tych, którzy wyrażają wolę uczenia się, jak i tych, którzy są temu niechętni.

Wykorzystanie technik kreatywnych zgodnie z koncepcją DBT może dawać satysfakcję członkom grupy i osobom im przewodzącym. Ponadto, przy takim podejściu nawet osoby na początku nieprzekonane do takich działań stopniowo się w nie angażują i dzięki temu nabywają nowych umiejętności. Aktywnemu udziałowi w zajęciach i doskonaleniu umiejętności sprzyjają takie elementy, jak praktyczność działań, zaawansowanie członków grupy, zaangażowanie liderów w prowadzenie systematycznych ćwiczeń uważności.

Terapia środowiskowa

Skoro problemy związane z SIV i ED powstały w obrębie rodziny, wśród kolegów i koleżanek oraz w otoczeniu pacjenta, to musi on nabyte w trakcie terapii nowe sprawności przenieść do swojego środowiska i wykorzystać w relacjach interpersonalnych. Włączenie do zajęć grupowych rodziny nastolatków w terapii ambulatoryjnej i w wyspecjalizowanych ośrodkach podnosi skuteczność DBT i przyspiesza rozwój umiejętności (Hallander 2008; Miller i wsp. 2007).

Terapia środowiskowa stanowi szczególny składnik leczenia szpitalnego i w specjalistycznych ośrodkach. W ciągu całego dnia pacjenci mają okazję uczestniczyć w różnorodnych sytuacjach (posiłki, konflikty z rówieśnikami, denerwujące tematy poruszane w trakcie posiedzeń grupowych itd.), które pobudzają emocje. Cały czas pacjentom towarzyszą terapeutyci, dając możliwość trenowania umiejętności „na gorąco” i w bardzo różnych okolicznościach (Holmes, Dykstra, Williams, Diwan i River 2003).

Terapia środowiskowa przeciwdziała mimowolnemu wzmocnieniu ostrych objawów. Widok innych osób dokonujących samookaleczeń niekiedy pogarsza samopoczucie i zaostża objawy. Mogą się ujawnić problemy związane z rywalizacją, zwłaszcza u takich osób, które objawy ED bądź SIV wykorzystywały do zwrócenia na siebie uwagi. U nastolatka, który widzi, jak inni uciekają się do takich samych działań jak jego, może pojawiać się uczucie zagrożenia, które skłoni go ponownie do autodestrukcyjnych zachowań. Ma to zapewnić mu dalsze zaspokajanie potrzeb przez personel. Widać więc, jak ważną sprawą jest otoczenie ustrukturuwane, z gotowymi procedurami przeciwdziałania takim poczynaniom, które bezwiednie wzmocniają SIV. Na przykład, należy opracować drobiazgową strategię wobec każdego incydentu SIV, która nie dopuści do pozytywnego wzmocnienia tego rodzaju zachowań nastolatka. Jeśli pacjent nabiera przekonania, że warunkiem zaspokojenia potrzeb jest samookaleczenie się, to jest logiczne, że nadal będzie to czynił w przyszłości. Inaczej będzie, jeśli personel – wprowadzie obdarzy uwagę pacjenta i troskliwe opatrzy samookaleczenie – ale przy tym będzie jednoznacznie i z zaangażowaniem wychwalał pozytywne metody radzenia sobie. Wówczas następuje szybkie wzmocnienie pozytywnych umiejętności zarówno u pacjentów, którzy samouszkodzają się, jak i u pozostałych osób (Holmes i wsp. 2003).

Obserwacja rówieśników wykazujących takie same objawy może też być źródłem ogromnego wsparcia dla cierpiących nastolatków. W uzupełnieniu do wcześniej wspomnianych korzyści płynących z realizacji programu 12 kroków, otoczenie może pomóc swojemu rówieśnikowi, odnosząc się do niego z wyrozumiałością i zrozumieniem. Pacjenci znajdują się w różnych fazach powrotu do zdrowia. Jedni są leczeni od niedawna i po raz pierwszy, inni podlegają terapii już od dłuższego czasu. Z czasem pomiędzy pacjentami wytwarza się atmosfera wzajemnego zaufania, umacniają się w nadziei na sukces oraz uczą się na podstawie kolektywnego doświadczenia grupowego. Na przykład, pacjent często potrafi dostrzec u innych coś, czego nie jest w stanie ujrzeć o siebie i troszczyć się o innych w taki sposób, jaki jest nie do pomyślenia w odniesieniu do własnej osoby. Rówieśnicy mogą w ten sam sposób odnosić się do pacjenta. Powstają warunki do wykorzystania członków grupy jako „lustra” – ich reakcje i przekazywane przez nich informacje zwrotne są potężnym czynnikiem leczącym.

Dobre warunki otoczenia mają kluczowe znaczenie dla procesu zdrowienia od samego początku i przez cały czas terapii. Jednakże dla pełnego jej powodzenia w dłuższym okresie niezbędne jest wycinkowe planowanie postępowania. W miarę jak pacjenci nabywają umiejętności radzenia sobie i stosowania 12 kroków w obecnym otoczeniu, konieczne staje się stałe i stopniowo wzmagające się eksponowanie ich na te czynniki środowiska, do których będą musieli powrócić (Holmes i wsp. 2003). Ogromne znaczenie ma utrzymanie właściwego

poziomu napięcia pomiędzy budowaniem zaufania i swobody posługiwania się już nabytymi umiejętnościami a możliwościami uczenia się nowego materiału.

WPŁYW PRZEMOCY WOBEC CIAŁA (SIV) NA TERAPEUTÓW

Dla wielu klinicystów zachowania autodestrukcyjne pacjentów dostarczają przeżyć trudnych i zniechęcających, szczególnie jeśli z SIV współwystępuje ED. Impulsywne zachowania nastoletków stawiają personel specjalistycznych ośrodków i przychodni przed poważnymi wyzwaniami. Piśmiennictwo naukowe i kliniczne rzetelnie przedstawia skutki zastępczej traumatyzacji (*vicarious traumatization*, VT) terapeutów (Sabin-Farrell i Turpin 2003).

Bardzo często VT manifestuje się złością i frustracją z powodu niezadowolającego postępu leczenia czy braku poprawy. Takie doznania pojawiają się u terapeuty, który utracił nadzieję na osiągnięcie sukcesu oraz którego opadły wątpliwości co do własnej kompetencji (Linehan 1993a). W warunkach terapii w przychodni bądź specjalistycznego ośrodka niezrędko dołączają się do tego uczucia utraty kontroli nad sytuacją oraz niemożności zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi (Holmes i wsp. 2003). Podczas pracy z populacją chorą na ED i SIV terapeuci często używają pojęcia „manipulacji”. Pacjenci ujawniający SIV są piętnowani. U terapeutów często dochodzi do projekcyjnej identyfikacji, co może kończyć się przejęciem od pacjenta zachowania polegającego na ucieczce od cierpienia. Aby zaplanować nad własnym cierpieniem i wynikającym z niego ograniczeniem wydolności, terapeuci zaczynają unikać osób samouszkodzających się. Jest to z gruntu błędne postępowanie, bardzo szkodliwe dla procesu terapeutycznego.

Trudności związane z VT dobitnie ukazują znaczenie przestrzegania zasad DBT, które nakazują odbywanie regularnych konsultacji z klinicystami zajmującymi się leczeniem podobnych populacji chorych (Hollander 2008; Linehan 1993a). Zapewnienie sobie takich konsultacji jest jednym z wymogów DBT. W trakcie nich formułuje się pewne ramy oddziaływania zarówno na pacjentów, jak i na inne osoby uczestniczące w leczeniu (Linehan 1993a). Grupy konsultacyjne pomagają zrozumieć i ogarnąć zachodzące procesy oraz dostarczają wsparcia niezbędnego w pracy z tak trudną populacją pacjentów. Wsparcie ze strony kolegów pomaga klinicystom wykręcić własne ukryte i jawne SIV, wzmacniając poczucie odpowiedzialności terapeuty w tym zakresie. Zaleca się klinicystom udział we własnych grupach wsparcia opartych na programie 12 kroków. Udział w grupie typu Al-Anon może bardzo pomóc personelowi nauczyć się troski o siebie, nie pomniejszając znaczenia dbałości o innych.

Dodatkowym narzędziem do wykorzystania przez terapeutów leczących pacjentów cierpiących na ED i SIV jest ćwiczenie uważności. Pozwala ona analizować własne myśli i oceny na chłodno, bez reakcji (Kabat-Zinn 1994). Rzecz jasna, że poszerza to zarazem zakres interakcji z klientami. Klinicyści stają się bardziej świadomi rządzących nimi mechanizmów oraz łatwiej im o wybaczenie sobie i innym, lepiej potrafią kontrolować własne reakcje, tak, by były one pomocne i skuteczne we wzajemnych stosunkach (Shapiro i Carlson 2009; Wilson i Dufrene 2008).

WNIOSKI

Dla większości nawet bardzo doświadczonych terapeutów zajmowanie się osobami w wieku dojrzewania cierpiącymi na współwystępujące ED z SIV jest wyzwaniem budzącym prze-

rażenie. Wpływ SIV i ED daleko wykracza poza samego pacjenta. Skutki zaburzeń ogarniają członków rodziny, otoczenie oraz zespół leczący. Proponuje się zintegrowany model postępowania, oparty na DBT w połączeniu z programem 12 kroków. Takie podejście zapewnia pacjentowi, rodzinie i terapeutom możliwości wszechstronnego zajęcia się problemami somatycznymi, emocjonalnymi i duchowymi. Dzięki temu powstają takie warunki, które umożliwiają niezakłócony powrót do zdrowia.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Bacanu, S. A., Bulik, C. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Keel, P., ... Devlin, B. (2005). Linkage analysis of anorexia and bulimia nervosa cohorts using selected behavioral phenotypes as quantitative traits or covariates. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *139B*(1), 61–68.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*, 895–916.
- Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Coletta, M., Platek, S., Mohamed, F. B., van Steenburgh, J. J., Green, D., & Lowe, M. R. (2009). Brain activation in restrained and unrestrained eaters: An fMRI study. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(3), 598–609.
- Devlin, B., Bacanu, S. A., Klump, K. L., Bulik, C. M., Fichter, M. M., Halmi, K. A., ... Kaye, W. H. (2002). Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Human Molecular Genetics*, *11*(6), 689–696.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*, 537–542.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Grice, D. E., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Strober, M., Woodside, D. B., Treasure, J. T., ... Berrettini, W. H. (2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *American Journal of Human Genetics*, *70*, 787–792.
- Hollander, M. (2008). *Helping teens who cut: Understanding and ending self injury*. New York, NY: Guilford Press.
- Holmes, E. P., Dykstra, T. A., Williams, P., Diwan, S., & River, L. P. (2003). Functional analytic rehabilitation: A contextual behavioral approach to chronic distress. *Behavioral Analyst Today*, *4*(1), 34–46.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.
- Levitt, J., Sansone, R., & Cohn, L. (2004). *Self-harm behavior and eating disorders: Dynamics, assessment and treatment*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Mazelis, R. (2002, Spring). Demystifying self-inflicted violence: Lessons learned from the past dozen years. *The Cutting Edge*, *13*(49), 1–3.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 408–411.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390–395.
- Ross, S., Heath, N. L., & Toste, J. R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, *9*(1), 83–92.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, *23*(3), 449–480.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shin, L. M., Rauc, S. L., & Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, *1071*, 67–79.
- Steiger, H., Gauvin, L., Israël, M., Kin, N. M., Young, S. N., & Roussin, J. (2004). Serotonin function, personality-trait variations, and childhood abuse in women with bulimia-spectrum eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(6), 830–837.

- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409–421.
- Thomas, A., & Chess, S. (1985). The behavioral study of temperament. In J. Strelau, F. Farley, & A. Gale (Eds.), *The biological bases of personality and behavior: Vol. 1. Theories, measurement techniques and development* (pp. 213–235). Washington, DC: Hemisphere.
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15(3), 311–337.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.
- Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2009). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*. Advance online publication, doi: 10.1002/eat.20730
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

DODATEK A

Dwanaście Kroków Stowarzyszenia Anonimowych Osób Dokonujących Samookaleczeń

(<http://www.12step.org/>), zmienione przez autorów

- Krok 1 Wyznanie własnej bezsilności wobec samookaleczania się, przez co życie stało się nie do zniesienia.
- Krok 2 Wzbudzenie w sobie wiary w to, że tylko Moc większa od naszej potrafi przywrócić nam rozsądek.
- Krok 3 Powierzenie własnej woli Bogu, bez względu na to, jak Go pojmujemy.
- Krok 4 Dokonanie odważnej i wszechstronnej oceny moralnej własnej osoby.
- Krok 5 Wyznanie Bogu, sobie i innym istoty naszych złych uczynków.
- Krok 6 Pełne zawierzenie Bogu, który ma moc uwolnienia nas od wad charakteru.
- Krok 7 Pokorne błaganie Boga o uwolnienie od wad i słabości.
- Krok 8 Sporządzenie listy osób przez nas skrzywdzonych i dążenie do zadośćuczynienia każdej z nich.
- Krok 9 Osobiste zadośćuczynienie każdej skrzywdzonej osobie, gdy tylko jest to możliwe i o ile nie zaszkodzi to im lub innym.
- Krok 10 Systematyczna ocena postępowania, przyznawanie się do błędów, wyznawanie win.
- Krok 11 Dążenie do pogłębiania więzi z Panem Bogiem (bez względu na to, jak Go pojmujemy) poprzez modlitwę i medytację; modlitwa o poznanie Jego zamiarów odnośnie do naszej osoby oraz o siły do ich wypełnienia.
- Krok 12 Osiągnąwszy przebudzenie duchowe dzięki przebyciu tych kroków, niesienie przesłania innym osobom, przestrzeganie zasad we wszystkich poczynaniach.

