

## ETIOPATOGENEZA I TERAPIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ W PERSPEKTYWIE RODZINNEJ

KATARZYNA PALUS

*Rodziny zmieniają się. Te, które prezentują w trakcie terapii sztywne, trwałe perspektywy, zwykle pytam: Czy jesteście pewni, że nie ma innych alternatyw? Jesteście bardziej złożonym systemem niż myślicie. Istnieje nadzieja, że są różne zasoby, którymi dotąd nie postugiwaliście się.*

Salvadore Minuchin

ABSTRACT. Palus Katarzyna, *Etiopatogeneza i terapia zaburzeń odżywiania się w perspektywie rodzinnej* (The etiopathogenesis and therapy of eating disorders in the family perspective). *Obrazy życia rodzinnego z perspektywy interdyscyplinarnej. Roczniki Socjologii Rodziny, XVII, Poznań 2006.* Adam Mickiewicz University Press, pp. 235-253. ISBN 83-232-1690-8. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Katarzyna Palus, Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (Institute of Psychology Adam Mickiewicz University), ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland.

### 1. WSTĘP

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie roli rodziny w etiopatogenezie anoreksji i bulimii w świetle wybranych badań, modeli i teorii osadzonych w paradygmacie systemowym oraz zarysowanie założeń, a także celów terapii rodzinnej jako metody z wyboru w leczeniu zaburzeń odżywiania się. Ostatnie dwadzieścia pięć lat przyniosło szereg ważnych przemian w zakresie teorii etiologicznych oraz wyrastających z nich metod leczenia patologii w sferze zaspokajania potrzeby pokarmowej. Ogólnie możemy scharakteryzować je jako stopniowe odchodzenie od medycznego (biologicznego) rozumienia oraz leczenia anoreksji oraz bulimii na rzecz podejść akcentujących udział czynników indywidualnych, rodzinnych, jak i społeczno-kulturowych lansujących „kult szczupłości”<sup>1</sup>. Na przestrzeni wie-

<sup>1</sup> D. George, S. Weiss, H. Gwirtsman, D. Blazer (1987), *Hospital treatment of anorexia nervosa: A 25 year perspective study from 1958 to 1982*. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (6), s. 321-330.

ków zainteresowanie rodziną w kontekście zaburzeń odżywiania się osłabło na rzecz koncentracji wokół jednostkowej patologii. Odżyło ono ponownie w latach 70. XX wieku, owocując rozwojem licznych koncepcji uwzględniających rodzinną perspektywę. Obejmuje ona m.in. czynniki genetyczne, demograficzne, rodzinną statyczność, np. psychologiczną charakterystykę rodziców i pozostałych członków rodziny; dynamikę wewnętrzną ujmowaną w szerszym kontekście, np. interakcje pomiędzy rodziną a normami kulturowymi społeczeństwa, którego jest podsystemem<sup>2</sup>.

Obecnie, zgodnie z holistycznym pojmowaniem zdrowia (model saluto-genetyczny) i zaburzeń (model patogenetyczny), obserwujemy tendencję do integrowania ujęcia biologicznego, psychologicznego, rodzinnego, a także społeczno-kulturowego w pojmowaniu oraz leczeniu zaburzeń odżywiania się. Wieloczynnikowe modele wyraźnie ukazują, iż żaden czynnik działający pojedynczo nie jest warunkiem wystarczającym do wystąpienia danej formy psychopatologii, lecz dopiero ich określona konstelacja może nasilać ryzyko jej rozwoju. Prawdopodobnie predyspozycje do zaburzeń odżywiania się mogą być uwarunkowane czynnikami genetycznymi odpowiadającymi za cechy osobowościowe i temperamentalne, lecz ich ekspresja wymaga dodatkowej obecności innych czynników, na przykład w postaci zaburzonych relacji rodzinnych czy też społeczno-kulturowego imperatywu podążania za „kultem szczupłości”. Rodzinne uwarunkowania stanowią zatem jedną z konstelacji czynników mających udział w rozwoju anoreksji i bulimii. Myślenie w tych kategoriach może uwolnić nas od założenia, iż to rodzice i rodzina są odpowiedzialni za chorobę dziecka. Pozwala to na ujmowanie zaburzeń odżywiania się jako przejawu patologii całej rodziny, a to z kolei stwarza szansę na skuteczną interwencję terapeutyczną obejmującą cały system rodzinny.

## 2. WSPÓŁCZESNE KIERUNKI W BADANIACH NAD RODZINAMI Z PROBLEMEM ANOREKSJI I BULIMII

Badania nad udziałem czynników rodzinnych w etiologii zaburzeń odżywiania się mają długą historię. M. Strober i L. Humphrey podkreślają, iż choć wiele teoretycznych prac podejmuje problematykę udziału czynników rodzinnych w etiopatogenezie anoreksji i bulimii, empiryczne doniesienia pozostają wciąż fragmentaryczne, a formułowane koncepcje mają raczej spekulatywny charakter<sup>3</sup>. Wyniki badań ujawniające powiązania pomiędzy

<sup>2</sup> B. Dolan, S. Lieberman, Ch. Evans, J. Lacey (1990), *Family features associated with normal body weight bulimia*. *International Journal of Eating Disorders*, 6, s. 639- 647.

<sup>3</sup> M. Strober, L. Humphrey (1987). *Familial Contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), s. 654- 659.

patologią w sferze zaspokajania potrzeby pokarmowej a rodzinnymi interakcjami należy jednak ostrożnie interpretować, bowiem nie implikują one związków przyczynowo-skutkowych, lecz jedynie ich współwystępowanie<sup>4</sup>.

Należy zaznaczyć, iż wciąż nieliczne są prace empiryczne opisujące dynamikę rodzin bulimicznych, w przeciwieństwie do zakresu teorii i badań ukazujących rolę środowiska rodzinnego w etiologii jadłowstrętu psychicznego. Obecnie obserwujemy jednak wzrost zainteresowania tą problematyką. Dotychczasowe doniesienia pozwalają na sformułowanie kilku istotnych wniosków, mogących stanowić pewną podbudowę i ramę dla teoretycznych, jak i empirycznych dociekań.

Po pierwsze: środowisko rodzinne cechujące się uwikłaniem, trudnościami w rozwiązywaniu problemów, nadmiernym emocjonalnym zaangażowaniem, brakiem uczuciowości i empatii, może hamować rozwój pacjentów anorektycznych i bulimicznych w zakresie stabilnej tożsamości, autonomii, a także poczucia własnej skuteczności.

Po drugie: wydaje się, iż konstelacja czynników rodzinnych jest bardzo zróżnicowana i za pośrednictwem wielu dróg (np. poprzez ograniczoną zdolność modulowania afektu i regulacji zachowań, skłonność do alkoholizmu i otyłości, rodzinną dysharmonię oraz emocjonalną deprivację) wpływa na kształtowanie się patologii w sferze odżywiania się.

Po trzecie: coraz szersze poparcie znajduje hipoteza o genetycznie i środowiskowo uwarunkowanej transmisji zaburzeń odżywiania się w obrębie rodziny, choć jej mechanizmy nie zostały jeszcze w pełni zbadane i wyjaśnione.

Już pierwsze prace poświęcone *anorexia nervosa* akcentowały znaczenie czynników rodzinnych w jej etiologii i prognozach. W 1873 roku Lasegue podkreślał, iż „błędem byłoby, gdybyśmy ograniczali się jedynie do badania samego pacjenta”<sup>5</sup>. Wskazywał on na szereg rodzinnych „usilnych próśb i gróźb”, które pogarszają stan chorobowy pacjenta. Charcot uznał separację od rodziny za najważniejszy aspekt leczenia w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

Próby uchwycenia roli rodziny w ekspresji zaburzeń odżywiania się wyraźnie odsłaniają istnienie dwóch kierunków w dziedzinie teoretycznych i badawczych poszukiwań. Niewątpliwie te dwa kierunki stanowią komplementarne płaszczyzny, stwarzając podstawę do całościowego i pogłębianego rozumienia omawianych zjawisk oraz procesów.

<sup>4</sup> G. Waller, P. Slade, R. Calam (1990), *Family adaptability and cohesion: relation to eating attitudes and disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2), s. 225-228.

<sup>5</sup> B. Dolan, S. Lieberman, Ch. Evans, J. Lacey (1990), *Family features associated with normal body weight bulimia*. *International Journal of Eating Disorders*, 6, s. 639.

Pierwszy z nich, oparty na praktyce klinicznej, zmierza do stworzenia opisu wzorów relacji w rodzinach nuklearnych (składających się z rodziców i dzieci biologicznych) z pacjentką anorektyczną lub bulimiczną i jej pozycji w systemie. Analizę tych relacji próbuje się ujmować w kompleksowe modele. W ten nurt wpisuje się model Minuchina, Rosmana i Bakera, koncepcja Palazzoli oraz model Stierlina i Webera. Ich kliniczne obserwacje nie zostały poddane weryfikacji empirycznej, dlatego też modele te, choć stanowią cenne źródło wielu hipotez, powinny być stosowane z ostrożnością w celach eksplikacyjnych i predykcyjnych. Mimo wielu znaczących różnic, w założeniach tych autorów odnajdujemy także szereg podobieństw: przekonanie, że symptomy przejawiane przez desygnowanego pacjenta stanowią alternatywną formę ekspresji jakiegoś podstawowego, lecz niezwerbalizowanego konfliktu rodzinnego<sup>6</sup>.

Drugi kierunek badań nastawiony jest na zidentyfikowanie i charakterystykę określonych wymiarów funkcjonowania systemu rodzinnego, posiłkując się psychometrycznymi i demograficznymi analizami.

Jak już zaznaczyłam, dotychczas niewiele uwagi poświęcono badaniom rodzin bulimicznych. L. Humphrey donosi o serii kontrolowanych badań, które sugerują, iż cykle objadania się – przeczyszczania stanowią metaforyczny odpowiednik powszechnych i powracających rodzinnych deficytów oraz ekscesów. Tak jak bulimiczka podczas napadu obżarstwa pożąda jedzenia, tak ona i jej rodzina nieustannie pragną i usiłują zdobyć ze strony innych opiekę, troskę, ukojenie i empatię. Podobnie członkowie rodziny „przechyszczają się”, wyrzucając z siebie swą agresję i frustrację cechujące ich wzajemne relacje<sup>7</sup>. Przyjmowanie pokarmów jako biologicznie uwarunkowana potrzeba reprezentuje również psychologiczne aspekty wychowania i opieki. Już od dzieciństwa jedzenie stanowi bowiem przejaw fizycznej i emocjonalnej troski o drugiego człowieka. Odmowa przyjmowania pokarmów lub też przyjmowanie ich w nadmiarze, to zatem symboliczna ekspresja niezadowolenia z owego wychowania i opieki. Objadanie się i poszukiwanie ukojenia poprzez jedzenie może stanowić substytut troski i uwagi, których jednostka nie doświadcza i nie uzyskuje w obrębie rodziny. Emocjonalne potrzeby i zaburzenia, które nie są werbalnie ujawniane, znajdują alternatywną formę ekspresji – behawioralne symptomy w postaci epizodów objadania się oraz indukowania wymiotów. Z kolei restrykcyjna dieta i postępujące wychudzenie mogą stanowić podjętą przez pacjentkę próbę zwrócenia rodzicielskiej uwagi i troski na siebie. Poprzez skrajne

<sup>6</sup> B. Józefik, G. Iniewicz, I. Namysłowska, R. Ulańska (2002), *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną*. *Psychiatria Polska*, 1, s. 51- 64.

<sup>7</sup> M. Strober, L. Humphrey (1987), *Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), s. 654- 659.

wycieńczenie organizmu stawia ona rodzinę w sytuacji kryzysowej, zagrażającej, bowiem tylko taka może wymusić reakcję i pomoc ze strony systemu rodziców.

Oprócz opisowych modeli prowadzone są również badania z wykorzystaniem metod typu *self-report*, które pozwalają na porównanie sposobu, w jaki anorektyczki i bulimiczki oraz ich krewni postrzegają rodzinne relacje, a w jaki grupa kontrolna. Ordman i Kirschenbaum donoszą, iż bulimiczki postrzegają swe rodziny jako mniej spójne, ekspresyjne oraz bardziej konfliktowe w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej. L. Humphrey również wskazuje, iż krewni pacjentek postrzegają swe rodzinne związki jako cechujące się mniejszym zaangażowaniem, wsparciem, izolacją, skonfliktowaniem, oddzieleniem, niepełną strukturą. Autorka ponadto stwierdziła, iż bulimiczni i anorektyczni pacjenci oraz ich rodzice myślą o sobie jako wzajemnie pomniejszających swe poczucie własnej wartości, atakujących, zaniedbujących, mało troskliwych, mniej ufnych i skłonnych do odślaniania się we wzajemnych kontaktach<sup>8</sup>. W rodzinach bulimicznych ekspresja trudności oraz konfliktów przybiera burzliwą i otwartą postać, dlatego też częściej dochodzi w nich do rozwodów i separacji<sup>9</sup>. Można by oczekiwać, iż rozwód jako sytuacja trudna dla dzieci wpływa na ich psychospołeczne przystosowanie, podnosząc ryzyko wystąpienia różnych form patologii. Nye donosi jednak, iż u adolescentów z rodzin pełnych, lecz nieszczęśliwych występuje więcej chorób psychosomatycznych i niższa jakość relacji z rodzicami aniżeli u adolescentów z rodzin pełnych<sup>10</sup>. Za czynnik, powiązany z patologią w sferze zaspokajania potrzeby pokarmowej należałoby raczej uznać nie tyle wskaźnik rozwodów, lecz to, jak dzieci postrzegają małżeńską relację i konflikty między rodzicami. Przypuszczenie to jest zgodne z założeniem Parkera, iż subiektywna, a nie obiektywna płaszczyzna wyznaczająca sposób doświadczania rodzicielskich zachowań, ma istotne znaczenie dla rozwoju i podtrzymywania zróżnicowanych postaci zaburzeń psychicznych<sup>11</sup>.

Reasumując, opisowe badania sugerują, iż dysfunkcyjne relacje wewnątrzrodzinne, którym często towarzyszą symptomy psychopatologii przejawiane przez rodziców, pozostają w związku z rozwojem i podtrzymywaniem zaburzeń odżywiania się. Bulimiczki oceniają swe rodzinne

<sup>8</sup> Tamże, s. 655.

<sup>9</sup> B. Józefik, R. Ulańska (1999), *Terapia rodzinna zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna* (s. 138- 144). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

<sup>10</sup> B. Dolan, S. Lieberman, Ch. Evans, J. Lacey (1990), *Family features associated with normal body weight bulimia*. *International Journal of Eating Disorders*, 6, s. 639- 647.

<sup>11</sup> R. Calam, G. Waller, P. Slade, T. Newton (1990), *Eating disorders and perceived relationships with parents*. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5), s. 479 – 485.

środowisko jako bardziej skonfliktowane i niezaangażowane oraz mniej spójne i opiekuńcze niż osoby z grup kontrolnych. Podobne badania prowadzone w warunkach laboratoryjnych dowodzą, iż bulimiczne i anorektyczne rodziny wyróżniają się uwikłaniem, intruzywnością, wrogością i tendencją do negowania emocjonalnych potrzeb dziecka. Jak te właściwości powiązane są z uwagą ogniskującą się na wadze oraz podejmowaniem diet, wciąż pozostaje niejasne. Stopień rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się wśród najbliższej rodziny może być nie tylko wyznaczany przez czynniki genetyczne, ale również odsłaniać ogromną rolę środowiska rodzinnego w kształtowaniu zarówno adaptacyjnych, jak i dezadaptacyjnych wzorców w zakresie samooceny, poczucia tożsamości oraz zachowań zaradczych. Bez wątplenia naukowe badania nad funkcjonowaniem systemów rodzinnych napotykać na szereg ograniczeń. Wiążą się one chociażby z oczywistymi trudnościami zastosowania badań longitudinalnych, zwłaszcza wobec populacji z zaburzeniami odżywiania się oraz samą naturą rodzinnych interakcji, cechujących się wrodzoną dynamiką. W konsekwencji niełatwo zbadać, czy obserwowane przez nas procesy mają przyczynowy charakter w rozwoju patologii w zakresie zaspokajania potrzeby pokarmowej, czy też może są następstwem obecności w systemie zaburzonej jednostki, która także tworzy ową dezadaptacyjną charakterystykę rodziny<sup>12</sup>. Najbardziej uderzającą luką w badaniach empirycznych jest brak wysiłków zmierzających do określenia funkcjonowania rodzin z anoreksją i bulimią w większej liczbie czasowych przedziałów, zwłaszcza po wyzdrowieniu pacjenta. Ponadto zastrzeżenia budzą skład i liczebność tworzonych grup, obejmujących wyłącznie pacjentów, lub grup tak małych, co sprawia, iż zakres generalizacji wyników jest ograniczony<sup>13</sup>.

### 3. SYSTEMY RODZINNE Z PROBLEMEM ANOREKSJI I BULIMII W ŚWIETLE WYBRANYCH KONCEPCJI

Kompleksowego opisu rodzin anorektycznych dokonali Minuchin, Rosman i Baker. Na podstawie pracy terapeutycznej i klinicznych obserwacji 60 rodzin stworzyli tzw. model rodziny psychosomatycznej, w którym procesy rodzinne oraz symptomatyczne zachowania widziane są przez pryzmat

<sup>12</sup> C. Davies, B. Shuster, E. Blackmore, J. Fox (2004), *Looking good- family focus on appearance and the risk for eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 35, s. 136- 144.

<sup>13</sup> D. Woodside, L. Shekter-Wolfsen, P. Garfinkel, M. Olmsted, A. Kaplan, S. Maddocks (1995), *Family interactions in bulimia nervosa I: Study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program*. International Journal of Eating Disorders, 2, s. 105- 115.

sprzężeń zwrotnych minimalizujących konflikt i zmianę. Model ten opiera się na trzech następujących założeniach:

1. Dziecko w rodzinie cechuje się pewną psychologiczną podatnością;
2. Specyficzna organizacja rodziny wyzwała i podtrzymuje dany objaw chorobowy;
3. Objaw ten pełni ważną rolę w utrzymywaniu rodzinnej homeostazy.

Autorzy zidentyfikowali w rodzinie anorektycznej następujące wzorce zaburzonych relacji, które ich zdaniem stanowią jądro psychosomatycznej patologii<sup>14</sup>:

- **Uwikłanie** (*enmeshment*) to ekstremalna forma zaangażowania. Tym mianem określa się skrajną postać dystansu w rodzinnych relacjach, owocującą niskim stopniem osobistego zróżnicowania, rodzicielską kontrolą nad dziećmi oraz międzypokoleniowymi granicami. Klinicznymi przykładami tej cechy jest tzw. „mówienie za kogoś” (*„speaking for”*), gdy rodzice lub rodzeństwo podkreślają, iż wiedzą, jak inny członek rodziny czuje się bez mówienia o swoich emocjach. Szczególnie uwidacznia się to w sytuacji terapeutycznej, gdy rodzice są przekonani o braku potrzeby pytania przez terapeutę pacjentki o jej samopoczucie; kolejnym przejawem uwikłania jest brak międzygeneracyjnych granic. Oznacza to, iż rodzic i dziecko (dzieci) pozostają w tak intymnej bliskości, która uniemożliwia im osiągnięcie optymalnego stopnia indywidualnej dyferencjacji.
- **Nadopiekuńczość** (*overprotectivness*) przejawia się stopniem, w jakim rodzina wykazuje wzajemne zainteresowanie powodzeniem i samopoczuciem innych członków rodziny. Kładzie ona nacisk na świadczenie pomocy i okazywanie zainteresowania przez wszystkich członków rodziny. Są oni szczególnie uwrażliwieni na wszelkie oznaki napięcia konfliktowego i stresu. Ta właściwość systemu rodzinnego hamuje uzyskiwanie autonomii i osobistej dyferencjacji przez członków rodziny. Owe nadopiekuńcze postawy i zachowania niejednokrotnie ogniskują się właśnie wokół dziecka chorego.
- **Sztywność** (*rigidity*) jako tendencja do utrzymywania status quo utrudnia psychologiczną adaptację rodziny w odpowiedzi na proces dojrzewania dzieci. Brak zdolności do radzenia sobie ze zdarzeniami trudnymi sprawia, iż rodzina sztywna nie pozwala na ujawnianie wydarzeń i zjawisk, by móc je wzajemnie eksplorować i efektywnie przystosować się do nich. Procesy te, choć pozwalają zachować homeostazę i stabilną organizację w rodzinie w której dzieci wchodzą w fazę

<sup>14</sup> Ch. Dare, D. Le Grange, I. Eisler (1994), *Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families*. International Journal of Eating Disorders, 3, s. 211- 226.

adolescencji, w późniejszym okresie powodują, że rodzina pozostaje w chronicznym stanie podskórnie wyczuwalnego stresu.

- **Trudności z rozwiązywaniem problemów** są następstwem istniejącej w rodzinie sztywności, nadopiekuńczości i uwikłania. Autorzy zidentyfikowali dwie formy, w jakich ujawniają się problemy z rozwiązywaniem konfliktów. Pierwszą z nich obserwujemy w rodzinach unikających konfliktu, a tym samym omijających rozwiązywanie problemów. Drugą z nich odnajdujemy w rodzinach, które pozostają w chronicznym stanie stresu. Rodziny z dzieckiem przejawiającym zaburzenia odżywiania się powszechnie prezentują tendencję do unikania konfliktu poprzez zmianę jego przedmiotu, niepodejmowanie konfrontacji poprzez ucieczkę w śmiech, czy też tzw. okrażanie (*detering*). Ch. Dare pisze również o alternatywnych wzorcach, które pojawiają się w rodzinach doświadczających ciągłego, lecz nierozwiązanego konfliktu. Typowy dla nich jest powtarzający się wzorec jego eskalacji, co sprawia, że utrzymuje się on na wysokim poziomie bez poszukiwania rozwiązań. Specyfiką tych systemów rodzinnych jest tendencja do samoobwiniania się oraz ujawniania silnego poczucia winy. Te właśnie rodziny niełatwo angażują się w leczenie i utrudniają prowadzenie terapii pacjenta z anoreksją lub bulimią<sup>15</sup>.

Koncepcja Minuchina niewątpliwie należy do prac pionierskich w dziedzinie zaburzeń odżywiania się, stanowiąc dla wielu autorów punkt odniesienia do konceptualizacji własnych założeń i twierdzeń, wyjaśniających specyfikę funkcjonowania rodzin z patologią zaspokajania potrzeby pokarmowej. Wiele późniejszych prac pozostaje w zgodzie z obserwacjami grupy filadelfijskiej, jakkolwiek obserwujemy niedostatek empirycznych badań nad interakcyjnymi właściwościami rodzin anorektycznych i bulimicznych.

Próbie wypełnienia owej luki podjęli Ch. Dare, D. Le Grange i I. Eisler, którzy opisali 26 rodzin z adolescentem cierpiącym na zaburzenia odżywiania się, dokonując operacjonalizacji pojęć zaproponowanych przez Minuchina. W swych badaniach zastosowali Skalę Ekspresji Emocji (*Expressed Emotion, EE*), szeroko stosowaną w badaniu rodzin z pacjentem psychiatrycznym oraz Skalę Adaptacyjności i Spójności Rodzinnej (*FACES*). Zgodnie z modelem Minuchina, autorzy zakładali, iż badane rodziny powinny cechować się wysokim poziomem spójności (uwikłanie w terminologii Minuchina), podniesionym poziomem emocjonalnego zaangażowania (*overinvolment, EOI*), wysokim poziomem ciepła (*warmth, W*) i pozytywnych uwag (*positive remarks, PR*). Badania Darego i współautorów generalnie nie po-

<sup>15</sup> Tamże, s. 214.



twierdziły tych przewidywań, ale też nie obaliły paradygmatu filadelfijskiego badacza. Większość rodzin nie oceniało siebie jako uwikłanych, ale wyrażali (jako ideał rodziny) pragnienie większej bliskości, co jest bliskie opisom tych rodzin jako bardzo spójnych. EOI definiowane jest poprzez zachowania o cechach nadopiekuńczości oraz obserwowane zachowania rodziców, które ujawniają wyolbrzymioną emocjonalną reakcję podczas dyskusji o problemach dziecka. Relatywny brak W i PR może być wyjaśniony faktem, że członkowie rodziny sami są niezadowoleni z postrzeganego stopnia bliskości, a to osłabia ekspresję pozytywnych emocji<sup>16</sup>.

EOI jest być może pojmowany jako miara niezdolności rodziców do dystansowania się wobec problemów dziecka, co często może manifestować się brakiem szacunku dla jego autonomii. Rodziny w badaniach Darego i współautorów nie oceniały się jako sztywne na skali FACES, ale ujawniany przez nie ideał rodziny o większej elastyczności można traktować jako przejaw poczucia zbyt dużej sztywności. Istnieje prawdopodobieństwo, iż ten stonowany, złagodzony profil EE pozostaje w zgodzie z klinicznymi opisami rodzin anorektycznych jako przejawiających sztywność. Niski stopień emocjonalnej ekspresji ogranicza komunikacyjne możliwości, co może sprawiać wrażenie sztywności we wzajemnych transakcjach. W badaniach niski poziom mierzonego krytycyzmu i wrogości wśród krewnych pacjentów anorektycznych pozostaje w zgodzie z niskim poziomem konfliktu. Niemal 70% krewnych obecnych w badaniach nie ujawniało żadnej lub tylko jedną krytyczną uwagę, a jedynie u 6% obecna była ekspresja wrogości.

Ch. Dare i współautorzy odnotowali pewne różnice pomiędzy rodzinami bulimicznymi i anorektycznymi. W tych pierwszych widoczny jest wyższy poziom ujawniania krytycznych uwag i komentarzy wśród krewnych, co stanowi potwierdzenie wcześniejszych doniesień, że rodziny bulimiczne są bardziej konfliktowe niż anorektyczne. Kliniczne obserwacje skłaniają do przyjęcia przekonania, iż objadanie się, wymiotowanie i przeczyszczanie się bulimicznego pacjenta wzbudza większą otwartą dezaprobatę niż oczywiste głodzenie się i cierpienie restrykcyjnego pacjenta. Powstrzymuje to jakąkolwiek ekspresję krytyki wobec niego. Rodzice mogą być niechętni w ujawnianiu negatywnych emocji w stosunku do chorego dziecka, które jawnie cierpi z powodu potencjalnie śmiertelnej choroby.

Tendencja ta może właśnie odróżniać rodziny anorektyczne od bulimicznych, w których zaznacza się mechanizm prowadzący do występowania wysokiego poziomu krytycznych komentarzy wobec bulimicznego pacjenta, którego zachowania kompensacyjne (przechyszczanie się/indukowanie wymiotów) spotykają się z rodzicielską krytyką, nasilającą i prowo-

<sup>16</sup> Tamże, s. 220.

kującą z kolei bulimiczne symptomy. W rodzinach tych pacjentów członkowie stają się niezwykle krytyczni wobec siebie, co sprawia, iż zachowują się tak, jakby trwali w chronicznej kłótni z sobą. Chociaż wiele rodzin wydaje się niechętnych czy też niezdolnych do angażowania się w konflikt, zaczynają się kłócić i spierać, pozostając w stanie nieustannego i nierozwiązanego konfliktu. Rodzice stają się bezradni i źli, i jak twierdzi Stanton, dziecko przyjmuje rolę kozła ofiarnego<sup>17</sup>.

#### 4. RODZINA SKONCENTROWANA NA WYGLĄDZIE A RYZYKO ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ

Mówiąc o rodzinie skoncentrowanej na wyglądzie, trudno odwołać się do jakiegoś konkretnego modelu czy też spójnej koncepcji, gdyż po prostu nie zostały one sformułowane explicite. W literaturze przedmiotu odnajdujemy jednak szereg badań i doniesień na temat rodziców, którzy poprzez hołdowanie takim wartościom, jak fizyczna atrakcyjność i szczupłość, mogą mieć swój udział w rozwoju patologii w sferze odżywiania się.

Jak pokazują dotychczasowe badania, rodzice bulimicznych pacjentek kładą silny nacisk na zachowania konformistyczne oraz tradycyjne rozumienie kobiecości, przypisując ogromne znaczenie sukcesom i fizycznemu wyglądowi<sup>18</sup>. Wiele badań pokazuje, iż matki dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się ferują bardziej krytyczne sądy na temat wyglądu swych córek aniżeli matki zdrowych dziewcząt; ponadto matki pacjentów z zaburzeniami odżywiania się relacjonują znacznie większe zainteresowanie wagą i sylwetką niż matki z grupy kontrolnej. Silnym predyktorem zachowań bulimicznych wśród dziewcząt uczęszczających do szkoły średniej okazały się także negatywne komentarze członków rodziny na temat ich wyglądu zewnętrznego i konieczności podjęcia przez nie diety.

Rezultaty te stanowią przekonujący dowód, iż rodziny, lansując określone wartości i postawy, mogą zwiększać ryzyko patologii u swych dzieci w sferze odżywiania się. Jakkolwiek mało prawdopodobne wydaje się, by rodzicielskie zachowania mogły stanowić wystarczający czynnik do jej wystąpienia, to w połączeniu z innymi czynnikami, np. biologiczną lub psychologiczną podatnością, mogą taki wpływ wykazywać. I tak np. wysoki poziom lęku (neurotyzm) jest najczęściej pojawiającą się cechą u pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, choć nie jest on wyłącznie specyficzną cechą tej populacji. Stanowi on bowiem ogólny wskaźnik niemal wszystkich

<sup>17</sup> Tamże, s. 223.

<sup>18</sup> J. Sights, H. Richards (1984), *Parents of bulimic women*. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (4), s. 3-12.

zaburzeń psychiatrycznych. Możemy założyć, iż cecha ta, poprzez swą dynamikę moduluje wpływ innych czynników na zachowanie. C. Davis, B. Shuster, E. Blackmore i J. Fox w swych badaniach weryfikowali hipotezę, mówiącą o tym, iż neurotyzm moderuje związek między rodzinną koncentracją na wyglądzie a zainteresowaniem wokół wagi ciała. Efektem ich badań było stwierdzenie, iż jedynie u kobiet o wysokim poziomie neurotyzmu rodzinna uwaga ześrodkowana na wyglądzie jest połączona z zaabsorbowaniem wokół wagi. Koresponduje to z konkluzjami Steiger, iż choć rodzice mogą wzbudzać w swych dzieciach zainteresowanie wagą, dietą i sylwetką ciała, np. poprzez wyrażanie krytycznych uwag na temat ich cielesności lub też werbalny przekaz określonych wartości, modelowanie to i transmisja mogą okazać się szkodliwe jedynie wówczas, gdy dziecko cechuje się obecnością innych czynników podnoszących jego podatność i wrażliwość.

## 5. DWUŚCIEŻKOWY MODEL LEUNGA, SCHWARTZMANA I STEIGERA

Model ten w zamyśle autorów miał na celu wypełnienie luki w zakresie wiedzy i badań na temat roli, jaką czynniki rodzinne i deficyty *self* odgrywają w etiologii zaburzeń odżywiania się. Uwzględnia on zmienne rodzinne, ukazując rozwój symptomów psychiatrycznych oraz zaburzeń odżywiania się oparty na dwóch powiązanych ze sobą ścieżkach oddziaływań w nieklinicznej grupie dorastających dziewcząt. Rodzinne postawy wobec wagi i wyglądu w sposób bezpośredni wpływają na poczucie zadowolenia ze swego ciała i symptomy w sferze jedzenia, natomiast wpływ pośredni na symptomy w sferze jedzenia i ogólne symptomy psychiatryczne można przypisać niezadowoleniu ze swego ciała. Autorzy postulują istnienie powiązań pomiędzy niezadowoleniem ze swego ciała a deficytami w sferze samooceny.

Druga ścieżka wpływów obejmuje dysfunkcjonalne relacje rodzinne (określane terminem rodzinnej spójności i adaptacyjności), oddziaływające bezpośrednio na psychiatryczne symptomy i deficyty w zakresie samooceny, natomiast pośredni wpływ na symptomy psychiatryczne oraz zaburzenia odżywiania się mediowany jest poprzez deficyty w zakresie samooceny<sup>19</sup>. Autorzy dwuścieżkowego modelu wskazują, że te dwie grupy symptomów nie są powiązane ze sobą przyczynowo. Według nich jedna lub wię-

<sup>19</sup> F. Leung, A. Schwartzman, H. Steiger (1996), *Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: a structural equation modeling analysis*. International Journal of Eating Disorders, 4, s. 367- 374.

cej niespecyficznych zmiennych (genetycznej lub psychologicznej natury) odpowiada za wzrost podatności zarówno na zaburzenia odżywiania się, jaki i psychiatryczne zaburzenia. To wyjaśniałoby częstość obserwowanych związków pomiędzy tymi symptomami. Strukturalna analiza wykazała, iż czynniki rodzinne mają udział w rozwoju „jedzeniowych” i psychiatrycznych symptomów poprzez powiązane ze sobą ścieżki.

Uzyskane wyniki wspierają podstawowe założenie modelu postulującego, iż środowisko rodzinne może wzmacniać podatność na zaburzenia psychiatryczne i odżywiania się poprzez powiązane ze sobą ścieżki. Z jednej strony rodzinne zaabsorbowanie wagą i wyglądem bezpośrednio wpływa na brak zadowolenia z ciała, a jednocześnie bezpośrednio i pośrednio (mediujący wpływ niezadowolenia z ciała) na „jedzeniowe” symptomy. Pozostaje to w zgodzie z rezultatami innych badań, wskazujących na tendencję do internalizacji w szerszym zakresie „ideału szczupłości” wśród dziewcząt z rodzin cechujących się większym zainteresowaniem wagą i wyglądem. W konsekwencji doświadczają one w większej mierze poczucia niezadowolenia ze swego ciała i są bardziej podatne na wystąpienie patologii w sferze odżywiania się. Poczucie niezadowolenia ze swego ciała na drodze bezpośredniej wpływa na deficyty w zakresie samooceny i „jedzeniowe” symptomy, a pośrednio (mediowane przez deficyty samooceny) na symptomy psychiatryczne i „jedzeniowe”. Potwierdza to doniesienia o negatywnym wpływie problemów związanych z obrazem ciała na samoocenę i psychiczny dobrostan.

Z drugiej strony zakłócone relacje rodzinne mają bezpośredni udział w kształtowaniu negatywnej samooceny, a poprzez nią wpływają na rozwój psychiatrycznych i „jedzeniowych” symptomów. Polivy i Herman dowodzą, że problemy w zakresie ogólnej samooceny stanowią podstawę rozwoju wielu form psychopatologii<sup>20</sup>. Ta uogólniona podatność (wrażliwość) jest prawdopodobnie wspólna dla osób z ryzykiem wystąpienia zaburzeń odżywiania się i osób podatnych na inne zaburzenia psychiatryczne. Jej klinicznie zróżnicowana ekspresja determinowana jest przez pewne specyficzne czynniki. Rodzinna koncentracja na wyglądzie i wadze oraz niezadowolenie z ciała mogą zatem reprezentować ważną grupę specyficznych zmiennych, które kanalizują uogólnioną podatność w patologię w sferze zaspokajania potrzeby pokarmowej. Uwaga zogniskowana wokół tych wartości może stwarzać ujście dla rodzinnych napięć i konfliktów poprzez ciało i jedzenie. Stanowią one bowiem dostępne i dobrze znane członkom rodziny sposoby ich redukcji. Istnieje prawdopodobieństwo, iż dziewczęta,

<sup>20</sup> C. Davies, B. Shuster, E. Blackmore, J. Fox (2004), *Looking good- family focus on appearance and the risk for eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 35, s. 136-144.

u których rozwinie się jakaś postać zaburzeń odżywiania się mogą pochodzić z rodzin, które koncentrują się na wadze i wyglądzie, a jednocześnie ujawniają symptomy ogólnej dysfunkcji. U dziewczyny dorastającej w takiej rodzinie mogą pojawić się problemy w aspekcie oceny siebie i swego ciała. W rezultacie jej „poczucie nieadekwatności” prawdopodobnie znajdzie przełożenie na „poczucie bycia za grubą”. Może to zaowocować koncentracją na ciele w celu skompensowania poczucia własnej nieadekwatności. Naruszenie delikatnej i kruchej samooceny może spowodować ucieczkę do gotowych już i dostępnych wzorców zachowań obejmujących dietę, stającą się jedynym znanym środkiem kontroli poczucia własnej nieadekwatności.

## 6. TERAPIA RODZINNA JAKO METODA Z WYBORU W LECZENIU ZABURZEŃ ODŻYWIANIA SIĘ

Jakie miejsce wśród innych metod leczenia zaburzeń odżywiania się zajmuje terapia rodzinna? Zauważmy, iż profesjonaliści z różnych dziedzin nie wykazują zgodności co do sposobów leczenia anoreksji i bulimii, a reprezentowana przez nich sfera nauki i praktycznej działalności wpływa na podejmowane wybory. Decyzje co do programu leczenia w znacznej mierze podyktowane są klinicznym doświadczeniem, a nie naukowymi doniesieniami o efektywności różnych rodzajów terapii. W związku z tym lekarze o wiele częściej aniżeli psychologowie skłonni są rekomendować farmakoterapię<sup>21</sup>.

Program leczenia zaburzeń odżywiania się nie ma jednorodnego charakteru, lecz stanowi pewien zestaw interwencji stosowanych na poziomie somatycznym, indywidualnym, rodzinnym oraz społecznym. Podstawę wyboru działań z określonego poziomu, na którym owe interwencje są podejmowane, powinna stanowić indywidualna charakterystyka pacjenta, obejmująca jego stan somatyczny, długość i przebieg choroby, stopień motywacji do podjęcia leczenia oraz kontekst rodzinny.

W świetle tych uwag możemy uznać terapię rodzinną za metodę z wyboru w leczeniu zaburzeń odżywiania się w populacji dzieci i młodzieży, rekomendowaną zarówno w ramach stacjonarnego, jak i ambulatoryjnego leczenia. W przypadku tej grupy pacjentów interwencje terapeutyczne dokonywane na poziomie rodziny w formie czy to terapii rodzinnej, czy też poradnictwa rodzinnego stanowią zasadniczą i podstawową część programu leczenia. Powszechne zastosowanie terapii rodzinnej w leczeniu zaburzeń odżywiania się pozostaje w kontraście do niewielkiej liczby systema-

<sup>21</sup> D. Herzog, M. Keller (1992), *The current status of treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. International Journal of Eating Disorders, 2, s. 215-220.

tycznych badań nad jej efektywnością. W swych badaniach Russell, Dare, Szmukler i Eisler porównali 80 pacjentów anorektycznych objętych indywidualną terapią wspierającą i terapią rodzinną. W grupie pacjentów, u których początek choroby nastąpił przed 19. rokiem życia, a jej czas trwania był krótszy niż 3 lata, terapia bazująca na podejściu rodzinnym przewyższyła efektywnością terapię indywidualną. Po roku okazało się, iż 9 spośród 10 pacjentów poddanych terapii rodzinnej uzyskało dobre (6 pacjentów) oraz średnie (3 pacjentów) wyniki. Dla porównania tylko 2 pacjentów spośród 11 objętych terapią indywidualną uzyskało taki stopień wyzdrowienia, który można określić mianem dobrego lub średniego<sup>22</sup>. Dane te dostarczają poparcia dla tezy o skuteczności terapii rodzinnej, choć wciąż wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi, np. niewielką wiedzę posiadamy w odniesieniu do zmian, jakie zachodzą w obrębie rodziny podczas procesu zdrowienia pacjenta, ani też, czy te pojawiające się zmiany są koniecznym warunkiem powrotu do zdrowia. Niejasna pozostaje także kwestia tego, jakie elementy terapii rodzinnej decydują o jej efektywności. Ważnym założeniem, które stanowi podstawę interwencji terapeutycznych, jest nieprzypisywanie odpowiedzialności rodzicom za chorobę dziecka oraz dostrzeganie pozytywnych aspektów ich rodzicielstwa<sup>23</sup>.

Wobec osób dorosłych z problemem anoreksji i bulimii stosuje się natomiast poznawczo-behawioralną lub psychodynamicznie zorientowaną terapię, co oczywiście nie wyklucza możliwości rozszerzenia programu leczenia o terapię małżeńską dla osób pozostających w związkach małżeńskich oraz rodzinnej terapii i konsultacji w przypadku pacjentów mieszkających z rodziną pochodzenia<sup>24</sup>. Pamiętajmy jednak, iż podjęcie terapii rodzinnej wymaga uwzględnienia określonych realiów i odpowiedzi na pytanie czy rodzina wyrazi chęć na systematyczne uczestnictwo w terapii, czy dany ośrodek leczniczy posiada warunki do przeprowadzenia takiej formy terapii.

W porównaniu z anoreksją niewiele jest badań nad terapią rodzinną w odniesieniu do bulimii. Ze względu jednak na podobny kontekst rozwoju (okres adolescencji jako moment krytyczny dla ekspresji zaburzeń odżywiania się oraz zależność pacjentów od rodziców) terapia rodzinna znajduje również zastosowanie w leczeniu pacjentów bulimicznych<sup>25</sup>. Dal-

<sup>22</sup> D. Le Grange, I. Eisler, Ch. Dare, G. Russell (1992), *Evaluation of family treatment in adolescent anorexia nervosa: A pilot study*. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (12), s. 347-357.

<sup>23</sup> Tamże, s. 356.

<sup>24</sup> B. Józefik (1999). *Leczenie zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna* (s. 155- 162). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

<sup>25</sup> J. Lock, D. Le Grange (2005), *Family-based treatment of eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 37, s. 64-67.

sze badania w tym obszarze mogą przynieść odpowiedzi na pytania nie tylko o kryteria (wskazania) do zastosowania terapii obejmującej rodzinę, wciąż bowiem niewiele wiemy na temat tego, jaki rodzaj terapeutycznych interwencji może zainicjować zmiany w pacjencie oraz w systemie rodzinnym<sup>26</sup>.

Z uwagi na znaczne zróżnicowanie w obrębie podejścia systemowego w zakresie odmiennych właściwości oraz aspektów uznawanych za istotne dla funkcjonowania systemów rodzinnych, a tym samym celów, zasad i strategii terapeutycznych, zaprezentuję tu jedynie ogólne założenia i cele terapii rodzinnej jako metody z wyboru w leczeniu pacjentów z anoreksją i bulimią.

W latach 80. w ramach podejścia systemowego wyodrębniły się trzy główne szkoły teoretyczno-terapeutyczne: psychoanalitycznie zorientowana terapia rodzinna (Boszormenyi-Nagy, Framo i Stierlin), strukturalna terapia rodzinna (Minuchin i szkoła filadelfijska) oraz strategiczna terapia rodzin (Selvini Palazzoli, Haley, Madnes). Terapia strukturalna zyskała popularność jako metoda leczenia anoreksji po opublikowaniu w 1978 roku przez Minuchina książki pt: *Psychosomatic families – anorexia nervosa in context*. Podejście strukturalne opiera się na modelu struktury normalnej rodziny, z którą porównuje się rodzinę anorektyczną cechującą się uwikłaniem, sztywnością, nadopiekuńczością, unikaniem konfliktu oraz włączeniem dzieci w konflikt małżeński. Anoreksja postrzegana jest jako symptom służący zachowaniu rodzinnej homeostazy w obliczu dorastania dzieci. Minuchin przypisywał terapeutce aktywną rolę w kierowaniu i zachęcaniu rodziców w zakresie przejmowania przez nich kontroli nad jedzeniem dziecka, co ma tym samym sprzyjać zmianom w obrębie struktury rodziny. Wspólny wysiłek rodziców pozwala na wzmocnienie granic pomiędzy subsystemem małżeńskim a subsystemem rodzeństwa, co w konsekwencji umożliwia osiągnięcie autonomii oraz indywidualizacji relacyjnej przez poszczególne członków rodziny.

Podejście strategiczne reprezentowane przez Selvini Palazzoli i szkołę mediolańską nie miało tak ogromnego wpływu jak prace Minuchina na podejście do leczenia anoreksji. S. Palazzoli przyjmuje mniej aktywną i bardziej neutralną postawę w modyfikowaniu dysfunkcyjnych wzorców interakcji wewnątrzrodzinnych oraz granic międzygeneracyjnych.

Jak już zaznaczyłam, w ramach podejścia systemowego istnieje ogromne zróżnicowanie w zakresie przyjmowanych przez różne szkoły założeń teoretycznych odnośnie do odmiennych wymiarów (aspektów) funkcyjno-

---

<sup>26</sup> W. Vandereycken (1987), *The constructive family approach to eating disorders: Critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia*. International Journal of Eating Disorders, 4 (6), s. 455-467.

wania oraz dynamiki systemów rodzinnych, stanowiących zarazem podstawę terapii rodzinnej. W celu zarysowania ogólnych założeń terapii rodzinnej jako metody z wyboru w leczeniu zaburzeń odżywiania się pragnę odwołać się do opracowanego w Maudsley Hospital w Londynie modelu terapii rodzinnej dla dzieci i młodzieży z problemem anoreksji. Integruje on zasady i umiejętności zaczerpnięte z innych modeli. Jego teoretycznych podstaw możemy poszukiwać w pracach Minuchina i Palazzoli oraz strategicznej terapii rodzin. Na terapię prowadzoną w ramach tego modelu składa się ok. 15 sesji, a czas jej trwania wynosi od 8 do 14 miesięcy.

W modelu Maudsley możemy wyodrębnić trzy fazy, z których każda ogniskuje się na różnych kwestiach problemowych oraz opiera się na odmiennych interwencjach terapeutycznych. Faza pierwsza, obejmująca od 3 do 10 sesji, ogniskuje się wokół procesu dokarmiania (*refeeding*) pacjentki, na tym etapie nie podejmuje się eksploracji innych psychologicznych problemów. Rodzice zachęcani są do ustanawiania własnych celów co do wagi docelowej i zdrowia córki, przy czym za wskaźniki zdrowienia uznaje się powrót menstruacji i polepszenie się wyglądu fizycznego aniżeli samo osiągnięcie założonej wagi. To pierwsze spotkanie jest niezwykle ważne dla wzbudzenia zaangażowania i mobilizacji rodziny do wzięcia odpowiedzialności (kontroli) za anoreksję córki<sup>27</sup>. Faza druga rozpoczyna się wówczas, gdy pacjentce udaje się osiągnąć 87% wagi idealnej. Od 2 do 6 sesji również poświęca się kwestiom związanym z jedzeniem, lecz na tym etapie terapia zmierza do stopniowego przejmowania przez pacjentkę coraz to większej odpowiedzialności za swe zachowania żywieniowe. Przejście do fazy trzeciej, na którą składa się ok. 4 sesji, następuje w chwili, gdy aktualna waga pacjentki wynosi ok. 90%-100% wagi idealnej, a pacjentka zdobyła niemal całkowitą kontrolę nad jedzeniem. Na tym etapie po raz pierwszy podejmowana jest problematyka indywiduacji oraz relacji pacjentki z rodzicami, a rodzice zachęcani są do zarzucenia oraz zmodyfikowania swych postaw i umiejętności, które były właściwe na wcześniejszym etapie rozwojowym dziecka, lecz obecnie zawodzą.

Przesłanie, jakie kierowane jest do rodziców, można ująć następująco: anoreksja „nie jest waszą winą, ale musi być waszą odpowiedzialnością”<sup>28</sup>. Model Maudsley cechuje się swoistą równowagą pomiędzy nauką a sztuką, pomiędzy strukturalizmem a konstruktywizmem, a zachowanie tej równo-

---

<sup>27</sup> P. Rhodes (2003), *The Maudsley Model of family therapy for children and adolescents with anorexia nervosa: Theory, clinical practice, and empirical support*. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 4 (24), s. 191-198.

<sup>28</sup> Tamże, s. 193.



wagi jest niezbędne w leczeniu choroby o tak poważnych konsekwencjach medycznych<sup>29</sup>. Bez względu jednak na teoretyczne czy też kliniczne preferencje, każda metoda leczenia pacjentów z anoreksją i bulimią niezaprzeczalnie powinna mieć na celu dobro pacjenta, maksymalizowanie szans na wyzdrowienie, powrót do normalnego funkcjonowania w obszarze *soma-psyche-polis*, zawrótce pacjenta z drogi prowadzącej ku śmierci, ku finalnej autodestrukcji.

## 7. PODSUMOWANIE

Artykuł ten miał na celu zaprezentowanie w ogólnym zarysie roli rodziny w etiopatogenezie zaburzeń odżywiania się oraz terapii rodzinnej jako metody z wyboru w leczeniu anoreksji i bulimii. W latach 70. XX wieku wzrosło zainteresowanie problematyką rodzinną w kontekście patologii w zakresie zaspokajania potrzeby pokarmowej, owocując rozwojem licznych koncepcji etiologicznych uwzględniających rodzinną perspektywę. W świetle wieloczynnikowych modeli rodzinne uwarunkowania stanowią zatem jedną z konstelacji czynników mających udział w rozwoju anoreksji i bulimii. Różni autorzy akcentują znaczenie odmiennych aspektów funkcjonowania systemów rodzinnych dla ekspresji zaburzeń odżywiania się. Minuchin charakteryzuje rodziny anorektyczne jako sztywne, uwikłane, nadopiekuńcze, o niewielkiej zdolności rozwiązywania problemów. Bulimiczki postrzegają swe rodzinne środowisko jako silnie skonfliktowane, o niższej spójności i emocjonalnej ekspresywności. Omówiony w niniejszej pracy model terapii rodzinnej prowadzonej w ośrodku Maudsley w Londynie stanowi przykład terapii bazującej na podejściu systemowym, mającej zastosowanie w leczeniu dzieci i młodzieży z problemem anoreksji. Jej efektywność w tej populacji pacjentów zasadza się na silnym przekonaniu, iż rodzice nie ponoszą winy za chorobę dziecka, lecz mogą wziąć w procesie leczenia odpowiedzialność za nią. Konkludując podjęte w niniejszym artykule rozważania nad udziałem czynników rodzinnych w etiologii anoreksji i bulimii oraz ich znaczeniem dla efektywnego procesu leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, odwołajmy się do słów Minuchina stanowiących motto tej pracy. Rozszerzając je, możemy powiedzieć, iż rodziny zmieniają się i są bardziej złożonym systemem niż moglibyśmy sądzić. Istnieje tym samym nadzieja, że są różne zasoby, którymi rodziny dotąd nie posługiwały się, a teraz mogą po nie sięgnąć, by uzdrowić siebie i pacjentki.

<sup>29</sup> Tamże, s. 197.

## LITERATURA

- Calam R., Waller G., Slade P., Newton T. (1990). *Eating disorders and perceived relationships with parents*. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5)
- Dare Ch., Le Grange D., Eisler I. (1994). *Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families*. *International Journal of Eating Disorders*, 3
- Davies C., Shuster B., Blackmore E., Fox J. (2004). *Looking good- family focus on appearance and the risk for eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 35
- Dolan B., Lieberman S., Evans Ch., Lacey J. (1990). *Family features associated with normal body weight bulimia*. *International Journal of Eating Disorders*, 6
- George D., Weiss S., Gwirtsman H., Blazer D. (1987). *Hospital treatment of anorexia nervosa: A 25 year perspective study from 1958 to 1982*. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (6)
- Herzog D., Keller M. (1992). *The current status of treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 2
- Józefik B., Ulaścińska R. (1999). *Terapia rodzinna zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Józefik B. (1999). *Leczenie zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Józefik B., Iniewicz G., Namysłowska I., Ulaścińska, R. (2002). *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną*. *Psychiatria Polska*, 1
- Le Grange D., Eisler I., Dare Ch., Russell G. (1992). *Evaluation of family treatment in adolescent anorexia nervosa: A pilot study*. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (12)
- Leung F., Schwartzman A., Steiger H. (1996). *Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: a structural equation modeling analysis*. *International Journal of Eating Disorders*, 4
- Lock J. Le Grange D. (2005). *Family-based treatment of eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 37
- Rhodes P. (2003). *The Maudsley Model of family therapy for children and adolescents with anorexia nervosa: Theory, clinical practice, and empirical support*. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 4 (24)
- Sights J., Richards H. (1984). *Parents of bulimic women*. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (4)
- Strober M., Humphrey L. (1987). *Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5)
- Vandereycken W. (1987). *The constructive family approach to eating disorders: Critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia*. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (6)
- Woodside D., Shekter-Wolfsen L., Garfinkel P., Olmsted M., Kaplan A., Maddocks S. (1995). *Family interactions in bulimia nervosa I: Study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program*. *International Journal of Eating Disorders*, 2

---

## THE ETIOPATHOGENESIS AND THERAPY OF EATING DISORDERS IN THE FAMILY PERSPECTIVE

### Summary

Many clinicians have stressed the role of family interactions and family dynamics in the onset, development and maintenance of anorexia nervosa and bulimia nervosa. The aim of this article is to provide a brief description of family features associated with eating disorders and family-based treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Family systems approaches explain that the onset and maintenance of eating disorders can be understood within the context of dysfunctional family interactions. This paper presents the Maudsley model of family therapy for children and adolescents with anorexia. The usefulness of family-based treatment of eating disorders lies in not attaching blame to parents but in stressing their important role in therapeutic process. The work with families is an effective way of treatment for young patients, but it does not mean that the family caused the problem. It is noteworthy that a family oriented approach is a component of total program that also addresses the biological, individual and social levels of the patients' functioning.