

**Barbara Zych**

Psycholog kliniczny, trener, psychoterapeuta

## Praca z oporem i brakiem motywacji u anorektyczek

**Opór w terapii pacjentów chorych na anoreksję może pełnić różne funkcje, np. powstrzymywanie się od podejmowania działań, skupienie na sobie uwagi otoczenia, unikanie odpowiedzialności. Jednak zbudowanie poczucia bezpieczeństwa i dobrej relacji terapeutycznej stanowi punkt zaczepienia do wzbudzania stopniowej motywacji do leczenia i poradzenia sobie z oporem.**

Anoreksja (jadłowstręt psychiczny) to zaburzenie odżywiania polegające na celowej utracie wagi wywoływanej i podtrzymywanej przez pacjenta. Obraz własnego ciała jest zaburzony, choremu towarzyszy lęk przed przybraniem na wadze, więc wyznacza sobie coraz to niższy limit pożądanej wagi. Charakterystyczne są zachowania, często bardzo specyficzne i irracjonalne, mające na celu obniżenie masy ciała, co doprowadza do skrajnego wyniszczenia organizmu i niestety często do śmierci. Wachlarz zachowań zmierzających do utrzymania niskiej wagi za wszelką cenę, brak krytycyzmu wobec choroby oraz niski wgląd implikują często konieczność leczenia szpitalnego i ścisłego reżimu. Osoby chore na anoreksję są gotowe na wszystko, aby tylko utrzymać *status quo* i nie przytyć. Pomimo licznych kampanii prewencyjnych i coraz większej grupy specjalistów profesjonalnie zajmujących się tym zaburzeniem jest to choroba śmiertelna. Umiera na nią od kilku do 20% chorych osób w zależności od czasu trwania choroby. Charakterystyczne jest długotrwałe utrzymywanie się objawów, a także nawroty choroby, co wymaga od terapeuty zaplanowania terapii długoterminowej. Jest to zaburzenie odżywiania o wieloczynnikowym uwarunkowaniu, różnym przebiegu, generującym wiele trudności terapeutom i lekarzom pracującym z chorymi. Głównym problemem w terapii jest brak motywacji.

Na anoreksję częściej chorują dziewczęta i kobiety, u mężczyzn anoreksja występuje 10–20-krotnie rzadziej niż u kobiet. Praca z pacjentkami chorymi na anoreksję jest jed-

ną z trudniejszych form terapii. Typowa pacjentka placówki leczenia uzależnień to osoba zazwyczaj skierowana przez kogoś – rodziców, szkołę, najbliższą rodzinę – na terapię i niejako do niej zmuszona. Z takim zewnętrznym umiejscowieniem motywacji, np.: „Przyszłam, bo rodzice mi kazali”, „Jestem, bo inaczej mąż odejdzie i zabierze mi dzieci”, „Jestem tutaj, bo inaczej zamkną mnie w szpitalu” trudno w procesie terapii nie zetknąć się z oporem.

W pracy terapeutycznej nierzadko dochodzi do sytuacji, w której mimo starań terapeuty i poprawności procedury leczenia, efekt terapii jest niezadowolający. Wśród przyczyn tego stanu rzeczy znajduje się niewystarczający poziom motywacji do zmiany i opór przed zmianą, jaki manifestuje pacjent. Nie bez powodu pracę z takimi pacjentami uważa się za niezwykle wymagającą i stresogenną dla terapeuty.

### Czym jest zjawisko oporu w psychoterapii?

Oporem są określane wszelkie działania podejmowane świadomie lub nieświadomie przez pacjenta, które mają unieważnić, zapobiec lub w inny sposób nie dopuścić do postępów terapii. Pacjent, pomimo cierpienia, z różnych powodów może bojkotować proces psychoterapii i tym samym nie dopuszczać do zmiany. Różne podejścia psychoterapeutyczne inaczej interpretują zjawisko oporu i w zależności od nurtu – inaczej nad nim się pracuje. W psychoterapii poznawczo-behawioralnej, którą się zajmuje, zjawisko oporu postrzegane jest jako nieodłączny element procesu zmiany.





Opór może przejawiać się na wiele sposobów, między innymi poprzez:

- unikanie komunikacji (całkowite lub okresowe milczenie, lakoniczne odpowiedzi, dygresje – podejmowanie tematów niezwiązanych z terapią),
- unikanie istotnych treści (kierowanie rozmowy na mało ważne tematy, zadawanie pytań retorycznych, nadmierne intelektualizowanie, obsesyjne uciekanie od tematu),
- manipulację (spóźnianie się na sesje, zapomnianie o zadaniach domowych, lekceważenie lub uwodzenie terapeuty, przypisywanie swoich problemów innym),
- nieprzestrzeganie reguł i kontraktu terapeutycznego (opuszczanie umówionych spotkań, przejawianie niestosownych zachowań, łamanie zasad kontraktu, niedotrzymywanie terminów płatności) (Kottler, 2014).

**Opór typu I** wynikający z niezrozumienia tego, o co pyta i czego oczekuje te-

rapeuta. Tego rodzaju opór pojawia się na skutek nieprawidłowej komunikacji w relacji pacjent–terapeuta. Pacjent może mieć mgliste pojęcie o tym, jak wygląda proces terapii lub skłonność do operowania bardzo konkretnymi pojęciami (T: *Jak to się stało, że trafiła Pani na terapię?* P: *Przywiózł mnie mąż, nie miałam siły jechać autobusem, bo to za daleko. Adres znaleźliśmy w internecie...*). Nie powinniśmy doszukiwać się tutaj sarkazmu lub unikania odpowiedzi. Pacjent po prostu nie rozumie istoty pytania. W takiej sytuacji terapeuta musi pamiętać o bardzo klarownej komunikacji.

**Opór typu II** polega na tym, że pacjent nie wywiązuje się z ustalonych w toku terapii zadań czy poleceń na skutek braku wystarczającej wiedzy. Pacjentka zapytana o to, co czuje w danej sytuacji, może odpowiedzieć „nie wiem”, nie dlatego, że nie chce powiedzieć, ale po prostu nie potrafi na tym etapie terapii nazwać

swoich stanów emocjonalnych. Może być przy tym poirytowana, bo rzeczywiście nie wie i nie potrafi ująć w słowa tego, co w tym momencie czuje. W przypadku takich pacjentów trzeba pamiętać o wyznaczaniu zadań, które nie przekraczają ich możliwości.

**Opór typu III** to efekt braku motywacji pacjenta, wywodzący się z nieadekwatnych oczekiwań lub też z braku wiary we własne możliwości (P: *Po co to wszystko i tak mi się nie uda*). Ten typ oporu może pojawić się także wówczas, gdy klient nie dostrzega żadnych korzyści z pracy z terapeutą (P: *To niczego nie zmieni, po co mam analizować moje problemy i tutaj przychodzić*). W tym przypadku terapeuta stara się wzbudzić nadzieję i pozytywne oczekiwania, skupiając się na zasobach pacjenta i możliwych źródłach motywacji. U pacjentów chorych na anoreksję bardzo ważna jest ciągła praca nad często zmieniającą się motywacją.

**Opór typu IV** pojawiający się na skutek lęku i poczucia winy. Ten typ oporu oznacza zatrzymanie terapii na skutek wydobycia trudnych dla pacjenta treści. Pojawia się, gdy terapeuta dotyka „otwartej rany”, mechanizmy obronne przestają działać, a tłumione uczucia pacjenta ujawniają się i władzę zaczyna przejmować lęk. Pacjent ze wszystkich sił będzie próbował zapobiec postępowi terapii. W tym przypadku pomoże wsparcie terapeuty, zbudowanie bezpiecznej relacji, interpretacja tego, co się wydarzyło i praca nad samoakceptacją. Praca nad bezpieczną relacją jest kluczowa w terapii i stanowi podstawę do stosowania dalszych technik.

**Opór typu V** wynika z tzw. wtórnych efektów zaburzeń pacjenta. Oznacza to, że pacjent dostrzega korzyści płynące z posiadania choroby i odpowiada oporem przeciwko zmianie czy życiu bez choroby. U osób chorych na anoreksję jest to bardzo częsty rodzaj oporu i stanowi ogromne wyzwanie dla terapeuty. Korzyści, jakie pacjent odnosi z utrzymywania się od podejmowania działań, uwaga otoczenia, unikanie odpowiedzialności. Anorektyczka może w ten sposób dostać uwagę rodziców, którzy nie poświęcali jej czasu i nie skupiali się na jej problemach, gdy była zdrowa. W obliczu jej choroby rodzice są skupieni na niej, a także ponownie zbliżyli się do siebie, pomimo że przed jej chorobą kłócili się i byli w separacji. Pacjentka może wybrać „Anę” (anoreksję), np.: z obawy przed podjęciem decyzji o wyborze studiów, wejściem w dorosłość, bo dopóki jest chora, nie musi podejmować żadnych decyzji. Pacjenci mogą też dążyć do utrzymywania *status quo*, aby nie dokonywać całłościowych zmian w swoim funkcjonowaniu.

## Praca nad zmianą

Zmotywowanie pacjenta, zbudowanie z nim dobrego kontaktu oraz zawarcie kontraktu te-



rapeutycznego to wstępny i zarazem kluczowy etap pracy z pacjentem z punktu widzenia wprowadzenia w procesie terapii i poradzenia sobie z oporem. Zbudowanie poczucia bezpieczeństwa i dobrej relacji terapeutycznej daje nam punkt zaczepienia do wzbudzania stopniowej motywacji do leczenia.

Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń odżywiania odnosi się do pracy nad zmianą w obszarach:

- diety i funkcji biologicznych,
- zaburzonego obrazu ciała,
- problemach związanych z samooceną,
- zaburzeń psychospołecznych.

Na oddziałach szpitalnych ze względu na początkowy brak współpracy pacjentów wyniszczonych chorobą, ze znacznym ubytkiem wagi wykorzystuje się **behawioralne techniki wzmocnień**. Metody stricte behawioralne są związane z pewnym reżimem, gdzie nagradzamy przyrost wagi, a utrata wagi jest kara-



na. W tym celu stosuje się **system żetonowy**. W miarę poprawy stanu pacjenta otrzymuje on różne przywileje, tj. przepustkę, kontakt telefoniczny itp.

Gdy stan somatyczny i psychiczny pacjenta się poprawia, można wprowadzić inne techniki poznawczo-behawioralne, tj. **systematyczna desensytyzacja**. Lęk stanowi osiowy komponent w zaburzeniach odżywiania. Osoby chore odczuwają lęk związany z jedzeniem i reakcjami otoczenia. Aby stopniowo go ograniczyć i przełamać, musimy „odwrażliwiać” pacjenta metodą małych kroków. Na początku pacjent proszony jest o myślenie o jedzeniu lub negatywnych reakcjach otoczenia na jego sposób jedzenia, a następnie próbuje jeść różne produkty, najpierw w samotności, a później w obecności innych osób. Lęk zostaje wygaszony dzięki połączeniu go z przyjemnym bodźcem – poczuciem odprężenia. Na kolejnym etapie wprowadzamy **techniki poznawcze**, których celem jest zmiana sposobu, w jaki chory postrzega i przeżywa swój obraz ciała. Bardzo ważne jest rozpoczęcie od psychoedukacji. Uświadamiamy pacjentom, że ich zachowania to wynik choroby, a nie cechy osobowości. Osoby chore często mają tendencję do identyfikacji z chorobą i przeżywają ją jako część siebie. „Ana” (anoreksja) dla wielu pacjentek na początku staje się „najlepszą” przyjaciółką, „motywatorką”, która je kontroluje, „pomaga” osiągnąć idealną wagę i niejako „przywiera” do pacjenta tak mocno, że ciężko jest mu powiedzieć, gdzie jestem ja, a gdzie zaczyna się choroba. Dlatego też pacjenci oporują lękowo przed zmianą, przeżywając chorobę jako część siebie. (*Jeśli leczenie się powiedzie, to stracę siebie, kim będę bez anoreksji?*).

Osoba chora w procesie terapii musi oddzielić chorobę od własnych cech osobowości. Może w tym pomóc psychoedukacja i uświadamianie zagrożeń oraz negatywnych konsekwencji wynikających z choroby, a także pokazywanie przyrostu wagi jako całkowicie naturalnego procesu fizjologicznego. Jedną z technik, która pomaga „oddzielić” anoreksję od chorego i zobaczyć jej negatywne skutki jest **List do anoreksji**. Terapeuta wówczas może przedyskutować z pacjentem korzyści wynikające z chorowania na anoreksję.

Elementem terapii jest też prowadzenie **dzienniczka myśli**, w którym pacjent two-

rzy **zapis myśli automatycznych** wywołujących negatywne emocje i zachowania. Razem z terapeutą pacjent analizuje ten zapis, a następnie tworzy myśli alternatywne. Następnie pracuje się nad myślami dotyczącymi obrazu ciała i kolejno przekonaniami dotyczącymi siebie.

W przypadku osób młodych, nadal mieszkających z rodziną, kluczowe w relacji terapeutycznej jest nie tylko nawiązanie dobrej więzi terapeutycznej z samym pacjentem, ale również z jego najbliższą rodziną. Anoreksja jest często odpowiedzią na to, co dzieje się w systemie rodzinnym. Rodzice powinni zostać poinformowani o przyczynach choroby w sposób niewywołujący poczucia winy, jednocześnie wzmacniający poczucie odpowiedzialności i przygotowujący na proces długotrwałej walki z chorobą. Wywiad z rodzicami, określenie aktualnych i poprzedzających chorobę stresorów, wydarzenia traumatyczne i wszelkie dane z wywiadu są kluczowe z perspektywy procesu terapeutycznego. W terapii osób chorych na anoreksję, gdy spotykamy się z oporem, musimy **przyjrzeć się konkurencyjnym motywom**.

Spełnienie tego warunku terapii polega na pokazaniu pacjentowi konsekwencji życia bez anoreksji, zidentyfikowaniu zysków, jakie posiada on z utrzymywania się danych objawów i problemów. Ten etap jest dużym wyzwaniem dla pacjentów i wymaga już stosunkowo dużego wglądu, spojrzenia na siebie i anoreksję w szerszej perspektywie i niejako stworzenia siebie na nowo.

Pojawienie się oporu jest bardzo ważnym sygnałem dla terapeuty, wymaga bliższego przyjrzenia się temu, co się dzieje i podjęciu odpowiednich działań.

Opór jest wyzwaniem dla terapeuty, ale jego prawidłowe „przełamanie” może być punktem zwrotnym w terapii i ma duży wpływ na późniejszy sukces terapeutyczny. Pomijanie oporu albo udawanie, że nic ważnego się nie dzieje, zatrzymuje proces leczenia i grozi wypadnięciem pacjenta z terapii.

### Bibliografia

- Kottler J.A., *Opór w psychoterapii. Jak pracować z trudnymi klientami?*, GWP, Gdańsk 2014.  
Stefaniak W., Pisula A., *Terapia poznawczo-behawioralna*, Fundacja Centrum CBT, Warszawa 2014.