

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Punktacja Ministerstwa Nauki: 6 pkt p. wykaz czasopism
czasopismo indeksowane w **Index Copernicus™**

ICV za rok 2010 wynosi 3,92 pkt

PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA. 2011; Tom 7, Nr 2-3: s.1-3.

cały zeszyt: [wersja pdf](#)

Szanowni Czytelnicy,

Zapraszamy do zapoznania się z treścią połączonego letnio-jesiennego numeru naszego kwartalnika, na który składają się dotycząca interwencji dietetycznej w bulimii publikacja Sandry Gustek i Mariusza Jaworskiego, interesujący tekst z pogranicza filozofii i psychoterapii Jakuba Bartoszewskiego, petycja Koalicji na Rzecz Wdrażania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, sprawozdanie z Konferencji 3 Sekcji Psychoterapii nad którą nasze czasopismo miało zaszczyt sprawować patronat medialny oraz recenzje interesujących książek. Zapraszamy do lektury i zachęcamy do publikacji.

Michał Mielimąka	Katarzyna Klasa	Jerzy A. Sobański
Redaktor	Sekretarz Redakcji	Redaktor Naczelny

Od Redakcji oraz spis treści [wersja pdf](#)

Spis treści

Artykuł 1. s.4-6 [wersja pdf](#)

Andrzej Cechnicki APEL KOALICJI NA RZECZ WDRAŻANIA NARODOWEGO
PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Artykuł 2. s.7-21 [wersja pdf](#)

Sandra Gustek, Mariusz Jaworski ZNACZENIE INTERWENCJI ŻYWIENIOWEJ W
PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W BULIMII

Artykuł 3. s.22-32 [wersja pdf](#)

Jakub Bartoszewski BYCIE: OD FILOZOFII MOŻLIWOŚCI DO PSYCHOTERAPII KRÓTKOTERMINOWEJ

Artykuł 4. s.33-35 [wersja pdf](#)

Agnieszka Murzyn RECENZJA KSIĄŻKI DONALDA W. WINNICOTTA „ZABAWA A RZECZYWISTOŚĆ”

Artykuł 5. s.36-41 [wersja pdf](#)

Marek Tański PROMOCJA ZDROWIA JAKO FORMA PSYCHOTERAPII I JEJ EDUKACYJNE KOMPONENTY: Z RECENZJI MONOGRAFII POD RED. HELENY WRONY-POLAŃSKIEJ I JANUSZA MASTALSKIEGO „*PROMOCJA ZDROWIA W TEORII I PRAKTYCE PSYCHOLOGICZNEJ*”

Artykuł 6. s.42-43 [wersja pdf](#)

Katarzyna Klasa, Jerzy A. Sobański SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI SEKCJI NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII I SEKCJI NAUKOWEJ TERAPII RODZIN PTP ORAZ SEKCJI PSYCHOTERAPII PTP: „CZY PSYCHOTERAPIA ZMIENIA MÓZG? - ZNACZENIE DLA PRAKTYKI PSYCHOTERAPII”

PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

Czasopismo Internetowe Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Redaktor Naczelny	Editor-in-charge	Jerzy A. Sobański, Polska
Sekretarz Redakcji	Executive Editor	Katarzyna E. Klasa, Polska
Redaktor	Editor	Michał Mielimąka, Polska
Redaktor językowy	Language editor	Anna Kolasińska, Polska
Redaktor statystyczny	Statistical editor	Maciej Sobański, Polska

Kontakt z redakcją Contact address molocko@poczta.fm

Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ, ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków,
POLSKA

tel.: 004812 6331203, 6337216, fax 004812 6334067

Wydawca Publisher Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP,
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków, POLSKA

tel.: 004812 6331203, 6337216, fax 004812 6334067

contact person Jerzy A. Sobański

Prawa autorskie Copyright Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP

Organ założycielski Supporting body Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Finansowanie Funding body Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP

Indeksacja Abstracting Index Copernicus™

<http://www.indexcopernicus.com/>

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Psychiatria i Psychoterapia 2011, Tom 7, Nr 2-3: s.4-6.

**APEL KOALICJI NA RZECZ WDRAŻANIA NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY
ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

Prezydent RP Bronisław Komorowski

ul. Wiejska 10

00-902 Warszawa

Premier RP Donald Tusk

Al. Ujazdowskie 1/3

00-583 Warszawa

Minister Zdrowia Ewa Kopacz

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania

Elżbieta Radziszewska

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

„Samorząd Partnerem w Ochronie Zdrowia Psychicznego”

**Apel w dziesiątą rocznicę polskiej kampanii przeciwko piętnowaniu i dyskryminacji
osób chorujących psychicznie**

W imieniu osób cierpiących z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego – olbrzymiej grupy naszych bliskich - a także środowisk zajmujących się zdrowiem psychicznym i jego zaburzeniami apelujemy o **poparcie dla idei równego traktowania** osób chorujących somatycznie i psychicznie przy podziale środków finansowych przeznaczonych na opiekę

zdrowotną w Polsce jako podstawy dla skutecznego wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W sytuacji narastającego w naszym kraju problemu zaburzeń psychicznych, opieka psychiatryczna nie może być traktowana marginalnie i interwencyjnie. Z choroby psychicznej można wyzdrowieć lub mieć wieloletnią remisję, jednak jest to możliwe tylko dzięki dostępowi do nowoczesnej, odpowiednio zorganizowanej i finansowanej opieki psychiatrycznej. Tymczasem od kilku lat jesteśmy świadkami postępującej redukcji realnych nakładów na psychiatrię, które pozostają w tyle za nakładami na inne dziedziny ochrony zdrowia. Taka polityka zdrowotna nie znajduje racjonalnego uzasadnienia i jest dotkliwa dla chorych i ich bliskich, jak również dla nas wszystkich. Należy przecież uwzględnić także koszty pośrednie, wynikające z niedostrzegania poważnych następstw choroby potęgowanej pogarszającą się kondycją opieki psychiatrycznej: kosztów bezrobocia, obciążenia rodzin, długotrwałej zależności od pomocy społecznej, wzrostu liczby hospitalizacji stacjonarnych, dezintegracji rodziny, problemów mieszkaniowych i bezdomności.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) jest planem stopniowej, ale zasadniczej zmiany pozycji zdrowia psychicznego oraz systemowej modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w naszym kraju. Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie NPOZP (Dz. U. z 3 lutego 2011 nr 24 poz. 128) nałożyło na samorządy każdego szczebla obowiązek realizacji poszczególnych zadań NPOZP.

Realizację powierzonych samorządom zadań utrudnia, a niekiedy uniemożliwia rażąco nierówny podział środków finansowych przeznaczonych na opiekę nad zdrowiem Polaków chorujących somatycznie i psychicznie. W Europie, w krajach, nad którymi obecnie przejmujemy prezydencję, ze wspólnej puli przyznanej na zdrowie, **na opiekę nad zdrowiem psychicznym przeznaczają się średnio 5-6 procent środków**. W Polsce, w ostatniej dekadzie wskaźnik ten malał i obecnie wynosi nieco ponad 3 procent. Dzieje się tak mimo stanowiska Konwentu Marszałków z grudnia 2008 roku, który uzasadniał konieczność jego podwyższenia do poziomu co najmniej 4,1 procent. Ten postulat nie tylko nie został spełniony, ale udział wydatków na opiekę psychiatryczną nadal spadał, doprowadzając wiele placówek do granicy opłacalności.

W samorządach gminnych, powiatowych i wojewódzkich – jako podmiotach wskazanych do realizacji NPOZP – widzimy naturalnego partnera w realizacji opieki psychiatrycznej dla pacjentów w miejscu ich zamieszkania.

Do jesieni, jako przedstawiciele środowiska zajmującego się zdrowiem psychicznym, będziemy pomagać samorządom w staraniach o program naprawczy dla psychiatrii przygotowywany właśnie przez gminy, powiaty i regiony, w ramach realizacji NPOZP, tak, aby **25 września** w całym kraju obchodzić razem X Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi Psychiczenie pod hasłem „Samorząd Partnerem w Ochronie Zdrowia Psychicznego”.

Domagamy się równego traktowania osób chorujących somatycznie i psychicznie przy podziale środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną w Polsce. Tylko w ten sposób pomożemy wdrożyć Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w naszym kraju.



Dr Andrzej Cechnicki,
Koordynator Krajowy
Koalicji na Rzecz Wdrażania
Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Petycję można podpisać klikając w poniższy link:

http://www.petycje.pl/petycja/7558/rowne_tractowanie_osob_chorujscych_somatycznie_i_psychicznie_.html

lub wchodząc na stronę www.petycje.pl

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Psychiatria i Psychoterapia 2011, Tom 7, Nr 2-3: s.7-21.

Sandra Gustek*, Mariusz Jaworski**

ZNACZENIE INTERWENCJI ŻYWIENIOWEJ W PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W BULIMII

THE IMPORTANCE OF NUTRITION INTERVENTION IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CBT) IN BULIMIA

**Studenckie Koło Naukowe Badań nad Zaburzeniami Odżywiania przy Zakładzie Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik zakładu: Prof. Krzysztof Owczarek

**Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, kierownik zakładu: Prof. Krzysztof Owczarek

Streszczenie

Terapia bulimii powinna przebiegać wielokierunkowo i wymaga współpracy multidyscyplinarnego zespołu, w którym coraz częściej podkreśla się rolę dietetyka oraz interwencji żywieniowej zarówno w trakcie diagnozy jak i przez cały okres leczenia pacjenta. *Bulimia nervosa* (BN) to zaburzenie odżywiania charakteryzujące się powtarzającymi się napadami objadania się, po których występują zachowania kompensacyjne. Zaburzenie to cechuje się nie zrównoważoną dietą i złymi nawykami żywieniowymi, co przyczynia się do niewłaściwego spożycia wielu składników odżywczych. Brak energii i zły stan odżywienia są często uznawane za podstawowe czynniki sprzyjające utrzymywaniu się zachowań bulimicznych. Metaboliczne, żywieniowe oraz kliniczne zaburzenia pojawiające się w trakcie choroby są głównie rezultatem głodzenia się i zachowań oczyszczających. Do głównych zadań dietetyka w terapii bulimii oprócz normalizacji stanu odżywienia i zwiększenia różnorodności spożywanych pokarmów zalicza się przede wszystkim edukację żywieniową. Prawidłowa interwencja żywieniowa powinna być poprzedzona oceną dotychczasowego sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz zapotrzebowaniem na energię i podstawowe składniki pokarmowe pacjenta. Ścisła współpraca dietetyka, psychoterapeuty i lekarza powinna dotyczyć zaplanowania dla chorego indywidualnie dobranej diety złożonej z odpowiedniej ilości białka, węglowodanów, tłuszczów, wody, elektrolitów, składników mineralnych oraz witamin.

Summary

The treatment of bulimia should be carried out in various ways and requires a collaboration of multidisciplinary team, which increasingly emphasize the dietitian and nutritional intervention role, both in the course of diagnosis and throughout the patient's treatment. *Bulimia nervosa* (BN) is an eating disorder, characterized by recurrent attacks of binge eating followed by compensatory behaviors. This disorder is distinguished by an unbalanced diet and poor eating habits, which contributes to inadequate intake of many nutrients. Lack of the energy and poor nutritional status are often the main reason of persistence the bulimic behavior. Metabolic, nutritional and clinical disorders arising in the course of the disease are mainly the result of starvation and purging behaviors. The main targets for dietitian in the treatment of bulimia are: normalization of nutritional status, increase the diversity of food intake and propagate the dietary education. Proper nutrition intervention should be preceded by an assessment of diet, nutritional status and the demand for energy and basic nutrients consumption of each patient. The cooperation between nutritionist, psychotherapist and physician should consist planning of individually defined diet including adequate amounts of protein, carbohydrates, fats, water, electrolytes, minerals and vitamins, for every individual patient.

Słowa kluczowe: *bulimia nervosa*; zaburzenia odżywiania; interwencja żywieniowa; terapia żywieniowa; wspomaganie żywieniowe; rola dietetyka, terapia poznawczo-behawioralna

Key words: *bulimia nervosa*, eating disorders, nutritional intervention, nutritional therapy, nutritional support, the role of dietitian, cognitive-behavioral therapy

Wstęp

Zaburzenia odżywiania zaliczane są do grupy zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i od dłuższego czasu stanowią poważny i nieustannie narastający problem kliniczny. Według klasyfikacji ICD-10 do zaburzeń odżywiania (F50) zalicza się: jadłowstręt psychiczny (F50.0), jadłowstręt psychiczny atypowy (F50.1), żarłoczność psychiczna (F50.2), atypowa żarłoczność psychiczna (F50.3), przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.4), wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.5), inne zaburzenia odżywiania się (F50.8) oraz zaburzenia odżywiania się, nie określone (F50.9) [1]. Powszechność występowania tego typu zaburzeń znacząco wzrosła w ostatnich dekadach i zdecydowanie częściej diagnozowane są one w krajach rozwiniętych niż rozwijających się [1, 2]. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania jest bardzo zróżnicowane w zależności od źródła i wynosi około 1-5% [1]. Terapia tych zaburzeń wymaga interdyscyplinarnego podejścia, opartego na pracy zespołu psychologów, dietetyków, lekarzy i innych specjalistów.

Należy podkreślić, iż nieprawidłowy stan odżywienia i złe nawyki żywieniowe to jedne z głównych problemów zaburzeń odżywiania [2]. Zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego APA (*American Psychiatric Association*) i Amerykańskiego Towarzystwa Dietetycznego ADA (*American Dietetic Association*) interwencja żywieniowa,

w tym doradztwo żywieniowe prowadzone przez wykwalifikowanego dietetyka, jest jednym z podstawowych elementów terapii zaburzeń odżywiania m. in. takich jak *anoreksja nervosa* czy *bulimia nervosa*, zarówno w trakcie diagnozy jak i przez cały okres leczenia [3, 4]. Choć nadal brakuje szczegółowych informacji i konkretnych wskazówek dotyczących wspomagania żywieniowego w terapii bulimii [5, 6, 7], pojawia się coraz więcej badań i prac podejmujących tę tematykę [8, 9, 10, 11], wskazujących na konieczność interwencji żywieniowej w leczeniu tego zaburzenia.

Kryteria diagnostyczne bulimii

Bulimia nervosa (BN) zwana także *żarłocznością psychiczną* zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, IV Edition*) oraz według klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 to zaburzenie odżywiania charakteryzujące się powtarzającymi się napadami objadania się, po których występują zachowania kompensacyjne [1, 12]. Wyróżnia się dwa typy bulimii: 1) „przeczyszczający” – w czasie epizodu bulimii są prowokowane wymioty lub nadużywane środki przeczyszczające; 2) „nieprzeczyszczający” – charakteryzujący się przejawianiem niewłaściwych zachowań takich jak: głodzenie się czy bardzo intensywne ćwiczenia fizyczne, ale bez prowokowania wymiotów. Do kryteriów diagnostycznych tej jednostki chorobowej zalicza się [1]: A) Powracające epizody nieumiarkowanego spożywania pokarmów, które charakteryzują następujące cechy: 1) spożywanie pokarmów w przerywanych okresach (np. co dwie godziny) w ilościach zdecydowanie większych niż większość ludzi zjadłaby w takim samym czasie i takich samych okolicznościach; 2) poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie epizodu. B) Powracające niewłaściwe zachowania kompensacyjne mające na celu zapobieganie przybieraniu na wadze, takie jak wywoływanie wymiotów, nieodpowiednie korzystanie z leków przeczyszczających, moczopędnych, lewatywy i innych środków medycznych; podejmowanie głodówek lub intensywnych ćwiczeń fizycznych. C) Nieumiarkowane spożywanie pokarmów i niewłaściwe zachowania kompensacyjne pojawiają się przynajmniej dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące. D) Przywiązywanie nadmiernej wagi do kształtu i wagi ciała, które wpływają na samoocenę. E) Zaburzenie to nie występuje wyłącznie w czasie epizodów jadłowstrętu psychicznego.

Rozpowszechnienie bulimii

Na bulimię chorują głównie dziewczęta i młode kobiety, najczęściej w wieku od 18 do 34 lat [1]. Zaburzenie to pojawia się między 16 i 18 rokiem życia, zazwyczaj po okresie stosowania restrykcyjnej diety odchudzającej związanej z chęcią utraty subiektywnie ocenianego

nadmiaru masy ciała. Rozpoznanie i podjęcie leczenia następuje zwykle od 1 do 5 lat po pojawieniu się choroby [13]. Trudno podać dokładną liczbę zachorowań na bulimię, gdyż chorzy często zachowują prawidłową masę ciała i ukrywają swoją chorobę. Dodatkowo większość badań dotyczących bulimii została przeprowadzona na dogodnych grupach pacjentów szpitali, licealistów bądź studentów, stąd też szeroki zakres wyników dotyczących chorobowości: od 0% do 2,1% wśród mężczyźni i od 0,3% do 7,3% wśród kobiet w krajach zachodnich, a w krajach wschodnich waha się od 0,46% do 3,2% u kobiet i nieustannie rośnie [14]. Nadal niewiele jest danych dotyczących bulimii u mężczyzn i chłopców. Carlat i Carmago [15] dokonali przeglądu literatury i ocenili, że schorzenie to występuje u ok. 0,2% chłopców i młodych mężczyzn, co stanowi ok. 10-15% wszystkich osób cierpiących na bulimię. Ryzyko wystąpienia bulimii u przeciętnej osoby w ciągu całego jej życia szacuje się z prawdopodobieństwem około 1,1 - 4,2% [16].

Etiologia choroby

Bulimia jest chorobą o złożonej etiopatogenezie, w której można uwzględnić trzy główne grupy czynników: indywidualne, rodzinne i społeczno-kulturowe [17]. Należą do nich m. in: negatywna samoocena, krytyczne uwagi rodziców dotyczące masy ciała, otyłość rodziców, otyłość w dzieciństwie, skoncentrowany na unikaniu styl radzenia sobie ze stresem oraz niskie poczucie wsparcia społecznego [18]. Wielu badaczy uważa, że społeczny wpływ na występowanie zaburzeń odżywiania ma kultura masowa, a media stanowią podstawowy środek przekazu wartości, które sprzyjają obsesji na punkcie szczupłej sylwetki i tym samym dążeniu do jej uzyskania i utrzymania [1]. Dlatego u podłoża BN bardzo często leży lęk przed nadwagą, gdyż samoocena jest dokonywana zawsze przez pryzmat kształtów i masy ciała [17]. Niektórzy autorzy sugerują, że stosowanie diety, rozumianej jako celowe i trwałe ograniczenie spożycia żywności w celu utraty lub utrzymania stałej wagi, zwiększa ryzyko występowania i utrzymywania się bulimii [19, 20, 21], choć istnieją badania, które nie potwierdzają tych założeń [22]. Wiele kobiet, u których zdiagnozowano bulimię, w przeszłości stosowało skrajnie ścisłe diety wywołujące później chroniczny stres i frustracje, ponieważ w sytuacji złamania reguł diety, traciły również kontrolę nad przyjmowaniem pokarmów, co zwykle prowadziło do napadów nadmiernego objadania się. Niektóre modele etiopatogenezy bulimii kładą nacisk na obniżenie poziomu stresu poprzez zachowania żywieniowe. Dodatkowo sugerują, że osoby, które się objadają przyjmują pokarm w stresujących okolicznościach po to, by zredukować odczuwane lęki i niepokój. Poszukują w ten sposób krótkotrwałej gratyfikacji, która polega na nadmiernym spożywaniu pokarmów

pomimo braku odczuwania głodu, a wypróżnienie się jest sposobem na obniżenie lęku spowodowanego objadaniem się [1].

Bulimia nervosa (BN) to choroba o przewlekłym przebiegu, wiążąca się z powikłaniami medycznymi, zaburzeniami funkcjonalnymi, a także zwiększonym ryzykiem wystąpienia w przyszłości otyłości, depresji, prób samobójczych, zaburzeń lękowych, nadużyć substancji psychoaktywnych oraz szeroko rozumianych problemów zdrowotnych [22]. W dłuższej perspektywie czasowej u pacjentów chorych na bulimię może pojawić się wiele poważnych, medycznych komplikacji związanych z zaburzeniami funkcjonowania układu krążenia, układu pokarmowego czy też układu endokrynnego, takich jak m. in.: zaburzenia miesiączkowania, odwodnienie organizmu, uszkodzenie zębów i dziąseł spowodowane częstymi wymiotami, zaburzenia elektrolitowe mogące doprowadzić do zaburzeń rytmu serca czy też innych chorób żołądkowo-jelitowych [23].

Terapia bulimii

Terapia bulimii powinna przebiegać wielokierunkowo. Wiele publikacji wskazuje na to, że najbardziej efektywną metodą terapii bulimii jest psychoterapia, zwłaszcza poznawczo-behawioralna i leki o działaniu przeciwdepresyjnym, również badania dotyczące skuteczności interwencji żywieniowej przynoszą obiecujące rezultaty [24].

Terapia poznawczo-behawioralna (*CBT – Cognitive Behavioral Therapy*) jest jedną z najczęściej stosowanych i najbardziej skutecznych – co ma swoje empiryczne potwierdzenie – metod leczenia bulimii [25, 26, 27, 28]. Głównym celem tej terapii jest zmiana niepożądanych nawyków żywieniowych. Terapeuci uczą pacjentki rozpoznawania środowiskowych czynników wyzwalających reakcje objadania się, wprowadzają do diety produkty, przed którymi pacjenci odczuwają lęk (praca terapeutyczna z tzw. fobią tłuszczową), przy jednoczesnym kontrolowaniu ilości spożywanych pokarmów oraz rozpoznaniu i zmianie niewłaściwego podejścia do jedzenia, wagi i obrazu ciała [1]. Ponadto pacjenci zachęceni są do prowadzenia dziennika, dzięki któremu możliwa jest analiza myśli, zachowań i ich konsekwencji związanych z napadami objadania się i zachowaniami oczyszczającymi, a także identyfikowanie i analizowanie zniekształconych i nierealistycznych myśli dotyczących masy ciała oraz jego kształtu, co służy lepszemu zrozumieniu siebie, zwiększa poczucie samokontroli i tym samym prowadzi do zmiany przekonań dotyczących obrazu własnego ciała [25].

Pacjenci chorzy na bulimię należą do grupy osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia zaburzeń nastroju w ciągu życia, także w ich rodzinie często występowały tego typu zaburzenia, stąd czasami pojawia się konieczność leczenia farmakologicznego. Badania

wykazują skuteczność terapii lekami przeciwdepresyjnymi (selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny) takie jak np. Fluoksetyna, Fluwoksamina, Sertralina [29]. W ostatnich latach zwraca się szczególną uwagę w psychoterapii poznawczo-behawioralnej bulimii na zastosowanie interwencji żywieniowej [4].

Znaczenie interwencji żywieniowej w terapii poznawczo-behawioralnej

Terapia żywieniowa ma na celu normalizację masy ciała i poprawę stanu odżywienia, a jej planowanie powinna poprzedzać ocena sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz zapotrzebowania na energię i podstawowe składniki pokarmowe [30]. Ponadto terapia żywieniowa często stanowi pierwszy krok do dalszej interwencji psychologicznej czy też medycznej, gdyż oprócz wielu fizycznych korzyści, stan odżywienia wpływa także na właściwe i sprawne funkcjonowanie mózgu, od czego w dużej mierze uzależniony jest dalszy sukces terapii, a wczesna interwencja może znacząco zminimalizować negatywne skutki choroby i zwiększyć szanse wyzdrowienia [31].

Wymaga to jednak współpracy zarówno lekarza prowadzącego, psychologa, dietetyka, jak i innych specjalistów. Właściwie przeprowadzony wywiad żywieniowy z chorym pozwala poznać historię choroby od strony żywieniowej oraz ukierunkować dalsze badania diagnostyczne m. in. zaplanować postępowanie terapeutyczne: farmakologiczne, psychologiczne i dietetyczne (określić zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze, określić tempo i metodę jego realizacji) [30].

Do oceny sposobu żywienia stosowany jest wywiad żywieniowy, w którym zwraca się uwagę na błędy popełniane w sposobie żywienia, zwyczaje żywieniowe: liczbę, rodzaj i skład zwyczajowo spożywanych posiłków, preferencje pokarmowe chorego i jego rodziny. Niezwykle ważne jest to, aby osoba przeprowadzająca wywiad żywieniowy odnotowała wszystkie zmiany w sposobie żywienia, które nastąpiły w okresie poprzedzającym zachorowanie, a także wcześniejsze wahania masy ciała [30]. Pozwoli to na wybór odpowiedniego oddziaływania terapeutycznego. W trakcie wywiadu powinno się uzyskać także informacje o objawach ze strony przewodu pokarmowego, takich jak nudności, wymioty, biegunki oraz uzyskać informacje o problemach w całodziennym funkcjonowaniu, np. przygotowywaniu posiłków [32]. Obecnie podczas dokonywania oceny stanu odżywienia pacjentów stosuje się badanie składu ciała metodą BIA, dzięki której można określić zawartość tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała. Masa beztłuszczowa obejmuje mięśnie, kości, wodę oraz tkankę łączną. Natomiast masa tłuszczowa ciała stanowi tłuszcz strukturalny (znajdujący się w organach oraz tkankach takich jak nerwy, płuca, wątroba, mózg oraz gruczoły dokrewne), a także tłuszcz zapasowy (znajdujący się w tkankach

tłuszczowych podskórnych). Badanie metodą BIA jest niezwykle pomocne w analizie wpływu stosowanej metody terapeutycznej i prowadzonego leczenia na zmianę proporcji pomiędzy beztłuszczową i tłuszczową masą ciała.

Do głównych celów psychoterapii poznawczo-behawioralnej, ściśle związanych z interwencją żywieniową, należą [4, 23, 33]: A) redukcja, a jeśli jest to możliwe, eliminacja napadów objadania się oraz towarzyszących im zachowań kompensacyjnych takich jak wymioty czy stosowanie środków przeczyszczających; B) leczenie dolegliwości fizycznych i przywrócenie właściwego stanu odżywienia poprzez opracowanie mniej restrykcyjnej diety i zwiększenia różnorodności przyjmowanych pokarmów; C) zwiększenie motywacji pacjenta do współpracy w celu przywrócenia właściwych nawyków żywieniowych i uczestnictwa w terapii; D) edukacja żywieniowa uwzględniająca zasady racjonalnego żywienia i wskazanie prawidłowych nawyków żywieniowych; E) pomoc w rozpoznawaniu i zmianie dysfunkcyjnych myśli, postaw, motywów i uczuć związanych z chorobą, dietą i zachowaniami żywieniowymi; F) rozpoznanie dotychczasowych stylów radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów związanych z jedzeniem oraz wypracowanie nowych, konstruktywnych strategii zaradczych.

Pomimo potwierdzonej skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej jako metody leczenia bulimii, interwencja żywieniowa i pomoc dietetyka w trakcie psychoterapii czy farmakoterapii okazuje się jednym z istotniejszych elementów leczenia tego zaburzenia. Niektórzy autorzy podkreślają kluczową rolę wspomagania żywieniowego w leczeniu bulimii argumentując swoje założenia brakiem wystarczającej ilości dowodów na to, że sama psychoterapia czy inna metoda są w stanie wpłynąć na zmianę masy ciała pacjentów i poprawę ich stanu odżywienia [7].

Edukacja żywieniowa na której oparta jest interwencja żywieniowa jest formą nauczania pacjenta wypracowania nawyku konstruowania prawidłowych jadłospisów składających się z trzech posiłków i odpowiednich przekąsek w ciągu dnia oraz poszerzanie wiedzy dotyczącej podstawowych zasad racjonalnego żywienia. Natomiast CBT obejmuje zastosowanie środków psychologicznych w pracy nad schematami poznawczymi mającymi na celu redukcję objawu chorobowego. Inaczej mówiąc terapia poznawczo-behawioralna związana jest z wielowymiarowym oddziaływaniem na schematy poznawcze osoby z bulimią. Zatem zastosowanie interwencji żywieniowej wydaje się być komplementarne do CBT w przebiegu bulimii. Dlatego też wg. obowiązujących standardów kompleksowego leczenia bulimii podkreśla się odmienną kompetencję oddziaływań psychoterapeuty i dietetyka, a także podkreśla istotne znaczenie ich współpracy. Kompleksowa terapia bulimii z jednej strony

poprzez zastosowanie CBT umożliwia regulację zniekształconego obrazu własnego ciała i konsekwencji związanych z zachowaniami oczyszczającymi organizm m.in. poprzez pomoc pacjentowi w identyfikacji czynników poprzedzających napady objadania się [4]. Z drugiej zaś interwencja żywieniowa umożliwia uregulowanie ośrodka głodu i sytości, a także pamięci metabolicznej. Dietetyk kliniczny musi wówczas wykorzystać specjalistyczną wiedzę z zakresu metabolizmu składników odżywczych na poziomie wewnątrzkomórkowym, a następnie wybrać odpowiednią interwencję żywieniową umożliwiającą maksymalne zredukowanie nieprawidłowości w pamięci metabolicznej organizmu.

Wyniki badań sugerują, że grupy terapeutyczne, w których psychoterapia uwzględniała planowanie posiłków i ich składników w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi miały pozytywny wpływ na ilość posiłków i przekąsek spożywanych przez pacjentów w ciągu dnia, w porównaniu do grup w których stosowano tylko leki lub placebo ($F(2,152)=33,32$, $p<0,01$). Na podstawie analizy wariancji wyników uzyskanych w trakcie poszczególnych sesji z pacjentami wykazano, że intensywna psychoterapia grupowa miała znaczący wpływ na zwiększenie ilości posiłków i przekąsek spożywanych przez badanych w ciągu dnia ($F(1,76) = 9,38$, $p<0,01$) [34]. Porównanie wyników badań uwzględniających wspomaganie żywieniowe i radzenie sobie ze stresem wykazało, że interwencja żywieniowa przyczyniła się do szybszej zmiany nawyków żywieniowych oraz szybszej redukcji częstości bądź całkowitego zaprzestania napadów objadania się [8]. Hsu i inni [35] dokonali porównania terapii poznawczej, żywieniowej oraz kombinacji tych dwóch terapii wobec skuteczności grupy wsparcia w terapii bulimii. Przeprowadzając analizę ITT (*intent-to-treat*) wykazano, że wszystkie metody wpłynęły znacząco na zmniejszenie ilości epizodów objadania ($t(99)=8,01$; $p<0,001$) oraz przeczyszczania się ($t(99)=7,56$; $p<0,001$), a także na zwiększenie liczby posiłków spożywanych przez pacjentów w ciągu dnia ($t(99)=7,87$; $p<0,001$). Jednak terapia żywieniowa i terapia poznawcza (stosowane jednocześnie) oraz sama terapia poznawcza przyczyniły się do większej redukcji niewłaściwych zachowań i dysfunkcyjnych postaw (odpowiednio $p<0,001$ i $p = 0,016$) oraz zwiększenia poczucia samokontroli (odpowiednio $p<0,001$, $p=0,001$). Ponadto pacjenci im poddani bardziej preferowali te dwa typy leczenia i częściej uczestniczyli w terapii do momentu jej zakończenia. Co więcej, terapii poznawcza, żywieniowa oraz kombinacja tych dwóch terapii okazały się bardziej skuteczną metodą redukcji zachowań bulimicznych niż grupa wsparcia. Terapia żywieniowa może zatem wpływać na zaprzestanie wszystkich zachowań bulimicznych, w tym także stosowania środków przeczyszczających. Hipoteza ta znajduje potwierdzenie w przeprowadzonym przez O'Connora i innych [36] badaniu, które oparte zostało głównie na interwencji i edukacji

żywnościowej. W trakcie leczenia pacjenci musieli m. in. zaprzestać stosowania diet odchudzających i przestrzegać ustalonego przez dietetyka planu posiłków. Zalecana dieta składała się z trzech posiłków oraz jednej lub kilku przekąsek w ciągu dnia. Dzielne zapotrzebowanie energetyczne szacowano na 1600-2200 kcal i było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz jego trybu życia, tak by uchronić go przed nadmiernym uczuciem głodu. Ważnym elementem terapii była specjalna lista wymienników poszczególnych produktów posiadających podobną wartość energetyczną i uwzględniająca także „zakazane/pożądane” produkty, co miało przeciwdziałać nie tylko monotonii diety, ale także zmniejszeniu napadów objadania się i uczucia niedosytu „zakazanych” potraw. Spośród 18 badanych pacjentów u 12 zaobserwowano całkowite wyeliminowanie zachowań bulimicznych, a wszyscy zaprzestali stosowania środków przeczyszczających. Ponadto wraz z postępowaniem terapii zaobserwowano znaczące zmniejszenie częstości napadów objadania się z 5,2 do 0,6 w ciągu dnia/tydzień ($t=10,4$; $df=17$; $p<0,001$) oraz prowokacji wymiotów z 3,1 do 0,2 w ciągu dnia/tydzień ($t=4,2$; $df=17$; $p<0,001$).

Podobne badania dotyczące skuteczności terapii poznawczej i interwencji żywieniowej w terapii innego zaburzenia odżywiania się, jakim jest anoreksja nervosa nie dają jednoznacznych wyników. Wyniki badań Serfaty i innych [45] są często cytowane jako dowód braku skuteczności interwencji żywieniowej w terapii anoreksji. W badaniu wzięło udział 35 pacjentów, którym zaproponowano 20 sesji terapeutycznych (dwudziestu pięciu z nich poddano terapii poznawczej, pozostałym dziesięciu osobom zaproponowano doradztwo żywieniowe). Po 6 miesiącach terapii tylko pacjenci poddani terapii poznawczej nadal ją kontynuowali osiągając znaczące pozytywne rezultaty. Natomiast pacjenci z grupy żywieniowej zrezygnowali z terapii w czasie krótszym niż 3 miesiące, nie osiągając zadowalających wyników. Istnieją jednak badania potwierdzające skuteczność terapii łączącej w sobie zarówno interwencję żywieniową jak i psychoterapię w leczeniu anoreksji, gdzie w trakcie ośmiotygodniowej terapii zaobserwowano znaczące pozytywne zmiany takie jak: wzrost masy ciała, zmianę zachowań żywieniowych, wzrost spożycia kalorii, tłuszczów i białek oraz zwiększenie spożywanych porcji pokarmowych w ogóle. Autorzy badań podkreślają, że kombinacja tych dwóch sposobów leczenia była kluczem do sukcesu terapii pacjentów chorych na anoreksję [46].

Należy pamiętać o tym, iż większość badań poświęconych terapii zaburzeń odżywiania posiada pewne ograniczenia metodologiczne i przeprowadzana jest na niewielkich grupach osób, jednak biorąc pod uwagę wyniki przytoczonych wyżej badań można przypuszczać, że

interwencja żywieniowa powinna być jednym z pierwszych elementów terapii oraz psychoterapii bulimii.

Główne elementy interwencji żywieniowej w terapii bulimii

Bulimia nervosa zwykle charakteryzuje się nie zrównoważoną dietą i złymi nawykami żywieniowymi, co przyczynia się do niewłaściwego spożycia wielu składników odżywczych [37]. Niedobór energii z diety oraz zły stan odżywienia są często uznawane za podstawowe czynniki sprzyjające utrzymywaniu się zachowań bulimicznych [38]. Ponadto pacjenci z kliniczną postacią bulimii cechują się także dysfunkcjonalnymi postawami i wyobrażeniami dotyczącymi żywności, procesu spożywania pokarmu oraz obrazu własnego ciała.

Osoby chorujące na bulimię cechuje normalna lub nieco wykraczająca ponad normę masa ciała oraz współczynnik BMI (*Body Mass Index*) w granicach normy. Wg. WHO (*World Health Organization*) współczynnik BMI wylicza się ze wzoru: $BMI = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost}^2 \text{ [m]}$ [43]. Ponadto osoby z bulimią mają restrykcyjne podejście do jedzenia i specyficzny wzorzec żywieniowy cechujący się rygorystycznym przestrzeganiem diety, regularnie przerywany epizodami obżerania się i oczyszczania.

Metaboliczne, żywieniowe oraz kliniczne zaburzenia pojawiające się w trakcie choroby są głównie rezultatem głodzenia się i zachowań oczyszczających. Zatem podstawowym elementem terapii żywieniowej bulimii jest normalizacja nawyków żywieniowych pacjenta i zwiększenie liberalizacji oraz różnorodności spożywanych pokarmów [11, 39, 40]. Wyniki wielu długoterminowych badań wskazują na to, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania mogą całkowicie wyzdrowieć, nawet pomimo złego stanu odżywienia i nasilonych dysfunkcyjnych zachowań żywieniowych w momencie rozpoznania choroby [11, 40]. Wymaga to jednak multidyscyplinarnego podejścia terapeutycznego.

Do głównych zadań dietetyka w terapii bulimii oprócz normalizacji stanu odżywienia zalicza się przede wszystkim edukację żywieniową mającą na celu wyjaśnienie pacjentowi jaki wpływ na psychologiczne i fizjologiczne funkcje organizmu ma stosowanie głodówki, przybliżenie pojęcia metabolizmu oraz pamięci metabolicznej, przedstawienie błędów i nieporozumień dotyczących regulacji masy ciała oraz konsekwencji zachowań oczyszczających. Niezwykle istotna jest także pomoc w nauce konstruowania właściwego jadłospisu z uwzględnieniem racji pokarmowych oraz nauka umiejętności analizy i oceny wartości odżywczej danych produktów spożywczych [4].

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż w pracy z pacjentem należy skupić się raczej na pojęciu „gęstości odżywczej”, a nie kaloryczności produktów i potraw, co może mieć znaczący wpływ na zmianę niewłaściwego sposobu postrzegania jedzenia. Gęstość odżywcza

to skład witamin, białek, węglowodanów, składników mineralnych i NNKT (niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe) w odniesieniu do kaloryczności produktów spożywczych. Na przykład relatywnie kaloryczne są: orzechy (572-645kcal/100g produktu), nasiona słonecznika (561kcal/100g produktu) czy awokado (160kcal/100g produktu), przy tym zawierają bardzo dużo niezbędnych składników odżywczych tj.: NNKT, witaminy i składniki mineralne [44]. Bulimicy znacznie łatwiej redukują napady objadania się, jeśli ich posiłki zapewniają uczucie sytości związane z odpowiednią gęstością odżywczą [39]. Dlatego niezwykle ważne jest zastosowanie przez dietetyka analizy spożywanych posiłków przez pacjentów z bulimią pod względem gęstości odżywczej. Niewątpliwy jest fakt, że zastosowanie pojęcia „gęstości odżywczej” w terapii z pacjentami chorującymi na bulimię może przyczynić się do zmniejszenia poziomu lęku u tych osób. Związane jest to z tym, iż pojęcie „kaloryczności diety” w wyniku zmiany percepcji i schematów poznawczych u tych pacjentów wzbudza silny lęk, brak poczucia bezpieczeństwa oraz zagrożenie, co automatycznie staje się silnym stresorem w ich życiu, który bez braku odpowiedniego wsparcia społecznego może utrudnić prawidłowy przebieg terapii.

Kolejnym elementem edukacji żywieniowej jest także rozwój właściwych nawyków żywieniowych, czyli spożywania przynajmniej trzech posiłków dziennie oraz odpowiednio dobranych przekąsek, co jest kluczowe w zmianie dotychczasowego, chaotycznego trybu jedzenia u chorych na bulimię [4]. Dzienniczki żywieniowe oraz jadłospisy mogą znacznie ułatwiać kontrolę spożywanych pokarmów i tym samym ograniczać panujący dotychczas w diecie bulimików chaos. Ponadto taka narzucona samokontrola umożliwia choremu rozpoznanie uczucia głodu i sytości, co prowadzi do zmiany restrykcyjno-oczyszczających zachowań. Należy pamiętać także o tym, by zalecana dieta i podaż energii sprzyjały zachowaniu właściwej masy ciała chorych [4, 39].

Warto zwrócić uwagę na to, że interwencja żywieniowa to proces interaktywny, a jego skuteczność w dużej mierze zależy od aktywnej roli pacjenta w planowaniu i wyborze swoich posiłków [39]. Do głównych rekomendacji dietetycznych dla pacjentów chorych na bulimię zalicza się nauczanie osób z bulimią: 1) unikania jedzenia rękami, 2) spożywania posiłków zawsze wymagających użycia sztućców, 3) unikania zimnych potraw oraz spożywania ciepłych lub gorących dań, w celu zwiększenia poczucia sytości, 4) wydłużania czasu posiłku poprzez spożywanie warzyw, sałatek, owoców, 5) wybieranie produktów pełnoziarnistych, bogatych w błonnik pokarmowy, 6) komponowania diety z uwzględnieniem różnorodności produktów oraz jej prawidłowego zbilansowania, 7) spożywania produktów naturalnie podzielonych na porcje (ziemniaki zamiast ryżu lub makaronu; rogaliki lub bułki zamiast

chleba), 8) uwzględniania właściwych proporcji tłuszczów w diecie, w celu zwiększenia sytości i zmniejszenia prędkości opróżniania żołądka, 9) jedzenia na siedząco, bez pośpiechu, 10) planowania posiłków i przekąsek oraz prowadzenia dzienniczka żywieniowego [39].

Ponadto dieta osoby z bulimią powinna zawierać odpowiednią proporcję białka, tłuszczu i węglowodanów. Badania sugerują, że spożywanie właściwych ilości węglowodanów może zredukować napady objadania się u pacjentów szczególnie wrażliwych na zmiany w syntezie neuroprzekaźników w OUN (ośrodkowym układzie nerwowym). Również niezwykle ważna jest odpowiednia podaż aminokwasów biorących udział w syntezie neuroprzekaźników i hormonów. Natomiast umiarkowana ilość tłuszczu jest niezbędna do zapewnienia pacjentowi uczucia sytości i tym samym zmniejszenia epizodów podjadania pomiędzy posiłkami. Ponadto różnorodność oraz struktura i skład spożywanych produktów także mogą zwiększać uczucie sytości [39].

Pokarmy spożywane przez chorujących na bulimię, szczególnie w trakcie epizodów objadania się mają zwykle niską gęstość odżywczą, stąd pojawiają się niedobory żywieniowe w spożyciu wielu witamin - A, E, C oraz witamin z grupy B: B1, B2, B6, B12 [41] i składników mineralnych takich jak: żelazo, wapń, cynk, potas. Paradoksalnie duże spożycie witaminy C może być konsekwencją picia przez tych chorych dużych ilości soków owocowych, które mają na celu prowokowanie wymiotów. Zmniejszone spożycie wapnia, żelaza, cynku jest prawdopodobnie spowodowane unikaniem produktów zwierzęcych i mlecznych przy jednoczesnym nie wprowadzaniu do diety ich zamienników pochodzenia roślinnego [42]. Owe braki żywieniowe mogą zostać uzupełnione przez właściwą dietę. Jednakże na początku terapii pacjenci nie są w stanie jej w pełni stosować, dlatego niezbędną w tej sytuacji okazuje się suplementacja pod nadzorem dietetyka i/lub lekarza [37]. Spożywanie witamin przez pacjentów powinno być regularnie kontrolowane w celu uniknięcia awitaminozy lub hiperwitaminozy [41]. Jak wskazują badania najpopularniejszym suplementem zalecanym przez dietetyków u tych pacjentów są preparaty multiwitaminowe oraz potas [5]. Gendall i inni [42] zwracają także uwagę na niedobory witaminy B12 oraz kwasu foliowego, które również powinny być uzupełnione, gdyż większość kobiet chorych na bulimię jest w wieku prokreacyjnym. Dobrym źródłem witaminy B12 są produkty zwierzęce, tj. wątroba, ryby (śledź, makreła, łosoś, pstrąg, flądra, dorsz), wołowina, baranina, cielęcina, żółtko jaja kurzego. Natomiast Kwas foliowy znajduje się głównie w produktach roślinnych np. kalafior, groch, szpinak, cebula, sałata, buraki, marchew, kapusta, drożdże, grzyby [44]. Autorzy zalecają także spożywanie produktów bogatych w żelazo, cynk i wapń już na samym początku terapii.

Zachowania kompensacyjne chorych na bulimię mające na celu oczyszczanie się mogą mieć znaczący wpływ na równowagę elektrolitową i wodną organizmu. Choć powszechnie uważa się, że działanie środków przeczyszczających polega na zmniejszeniu wchłaniania spożytych kalorii, to w rzeczywistości ich absorpcja jest mniejsza zaledwie o 12%, a utrata wagi będąca efektem stosowania tego typu środków jest spowodowana przede wszystkim odwodnieniem organizmu [39]. Stąd konieczność zadbania o normalizację gospodarki wodno-elektrolitowej organizmu w celu uniknięcia poważniejszych zaburzeń ustroju.

Wnioski

Najnowsze doniesienia ewidentnie wskazują na to, że psychoterapia połączona z interwencją żywieniową dają lepsze rezultaty terapeutyczne niż sama psychoterapia. W związku z tym dietetycy kliniczni są niezbędnymi członkami multidyscyplinarnego zespołu leczącego zaburzenia odżywiania, ponieważ posiadają niezbędną wiedzę dotyczącą żywienia, fizjologii, biochemii a także odpowiednie umiejętności, dzięki którym potrafią skłonić pacjentów do zmiany zachowań związanych z psychologicznymi, socjologicznymi oraz kulturowymi aspektami jedzenia.

Ścisła współpraca dietetyka i lekarza powinna dotyczyć zaplanowania dla pacjenta indywidualnie dobranej diety złożonej z odpowiedniej ilości wody, elektrolitów, białka, węglowodanów, tłuszczów, składników mineralnych oraz witamin. Należy jednak pamiętać o tym, że prawidłowo przeprowadzona interwencja żywieniowa powinna być poprzedzona oceną żywieniową uwzględniającą zachowania pacjenta, jego stan odżywienia, a także nawyki żywieniowe. Ustalenie niedoborów żywieniowych i ich możliwych przyczyn, a także pojawiających się w ich wyniku komplikacji medycznych jest niezbędne do ustalenia indywidualnego planu wspomagania żywieniowego pacjenta chorego na bulimię. Interwencja żywieniowa powinna być dostosowana do potrzeb i możliwości konkretnego pacjenta, a jej postępy muszą być kontrolowane i systematycznie oceniane przez specjalistę.

Adres do korespondencji:

Mgr Mariusz Jaworski, Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
ul. Żwirki i Wigury 81a, 02-091 Warszawa

Piśmiennictwo

1. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Zaburzenia wczesnodziecięce, W: Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Psychopatologia. Poznań: Wydawnictwo Zys i S – ka; 2003, s. 363- 369.
2. Beaudette T. Eating disorders: nutritional status and management. *Seminars in nutrition*. 1998; 18, 1: 1-17.
3. American Psychiatric Association: treatment of patients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2006; 163: 4-54.

4. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *J. Am. Dietetics Assoc.* 2006; 106: 2073-2080.
5. Hart S, Abraham S, Luscombe G, Russell J. Eating disorder management in hospital patients: Current practice among dietitians in Australia. *Nutrition and Dietetics.* 2008; 65: 16-22.
6. Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition.* 2010; 25, 2: 122-136.
7. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *J. Hum. Nutrition and Dietetics.* 2011; 24: 144-153.
8. Laessle RG, Beumont PJ, Butow P, Lennerts W, O'Connor M, Pirke KM, Touyz SW, Waadt S. A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *Br. J. Psychiatry: The Journal of Mental Science.* 1991; 159: 250-261.
9. Kirk S. Nutritional counselling in bulimia nervosa. A case study. *J. Hum. Nutr. Diet.* 1993; 6: 57-61.
10. Beumont PJ, Russell JD, Touyz SW, Buckley C, Lowinger K, Talbot P, Johnson GF. Intensive nutritional counselling in bulimia nervosa: a role for supplementation with fluoxetine? *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 1997; 31: 514-524.
11. Salvy SJ, McCargar L. Nutritional interventions for individuals with bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders.* 2002; 7, 4: 258-267.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-T: Washington: American Psychiatric Association 2004.
13. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry.* 1990; 147: 401-408.
14. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med.* 2004; 6, 3: 49.
15. Carlat DJ, Carmago CA. Review of bulimia nervosa in males. *Am. J. Psychiatry.* 1991; 148: 831-843.
16. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania, W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2004, s. 247-265.
17. Średniawa H. Aspekty kliniczne i terapeutyczne leczenia bulimii. *Nowa Medycyna.* 1996; 17: 72-78.
18. Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 2001; 104: 122-130.
19. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Wilson D, Haydel K, Hammer L. i wsp. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *Int. J. Eating Dis.* 1994; 16: 227-238.
20. Stice E, Agras WS. Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Beh. Ther.* 1998; 29: 257-276.
21. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology.* 2002; 21: 131-138.
22. Burton E, Stice E. Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: A preliminary randomized trial. *Beh. Res. Ther.* 2006; 44: 1727-1738.
23. Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. The role of the primary care physician. *J. Gen. Internal Med.* 2000; 15: 577-590.
24. Mitchell JE. Bulimia nervosa. *Boletín De La Asociación Médica De Puerto Rico.* 1991; 83, 1: 22-24.
25. Wilson G, Fairburn C. Cognitive treatments for eating disorders. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61, 2: 261-269.
26. Treasure J, Schmidt U, Troop N, Tiller J, Todd G, Keilen M, Dodge E. First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *BMJ.* 1994; 308: 686-689.
27. Wilson GT. Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Beh. Res. Ther.* 1999; 37: 79-95.
28. Latner JD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating Behaviors.* 2000; 1: 3-21.
29. Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian J. Psychiatry.* 2010; 52: 174-186.
30. Kierkuś J, Socha P, Socha J. Pogłębiona ocena stanu odżywiania u dzieci. *Standardy Med.* 2007; 4: 504-505.
31. Ingram M. Nutrition Intervention in Eating Disorders. *Eating Disorders News.* Saint Louis Behavioral Medicine Institute. 2009; 2, 1: 1-2.
32. Łysiak-Szydłowska W. *Żywnienie kliniczne.* Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2000.
33. Mroczkowska D, Ziółkowska B. *Bulimia od A do Z. Compendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców.* Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2011, s. 93-95.
34. Mitchell JE, Mitchell J, Hatsukami D, Pomeroy C, Eckert E, Fletcher L, Pyle R. The impact of treatment on meal patterns in patients with bulimia nervosa. *Int. J. Eating Dis.* 1989; 3, 2: 167-172.

35. Hsu LK, Rand W, Sullivan S, Liu DW, Mulliken B, McDonagh B, Kaye WH. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol. Med.* 2001; 31, 5: 871-879.
36. O'Connor M, Touyz S, Beumont P. Nutritional management and dietary counseling in bulimia nervosa: Some preliminary observations. *Int. J. Eating Dis.* 1988; 7: 657-662.
37. Setnick J. Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition.* 2010; 25, 2: 137-142.
38. Alpers GW, Tuschen-Caffier B.: Energy and macronutrient intake in bulimia nervosa. *Eating Behaviors.* 2004; 5, 3: 241-249.
39. Rock CL, Yager J. Nutrition and eating disorders: A primer for clinicians. *Int. J. Eating Dis.* 1987; 6: 267–280.
40. Rock CL. Nutritional and Medical Assessment and Management of Eating Disorders. *Nutrition in Clin. Care.* 1999; 2: 332–343.
41. Philipp E, Fichter MM, Eckert M, Wolfram G, Pirke KM, Seidl M, Tuschl RJ. Vitamin status in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J Eating Dis.* 1989; 3, 2: 209-218.
42. Gendall KA, Sullivan PE, Joyce PR, Carter FA, Bulik CM. The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *Int. J. Eating Dis.* 1997; 21: 115–127.
43. Książyk J. Antropometryczna ocena stanu odżywienia. *Standardy Medyczne.* 2007; 4: 499–503.
44. Kunachowicz H, Nadolna I, Iwanow K, Przygoda B. Wartość odżywcza wybranych produktów spożywczych i typowych potraw. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2005. s.24-72.
45. Serfaty M, Turkington D, Heap M, Ledsham L, Jolley E. Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: effects of the treatment phase. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 1999; 7, 334–350.
46. Waisberg JL, Woods MT. A nutrition and behaviour change group for patients with anorexia nervosa. *Can. J. Diet. Pract. Res.* 2002; 63, 202–205.

Jakub Bartoszewski

BYCIE: OD FILOZOFII MOŻLIWOŚCI DO PSYCHOTERAPII KRÓTKOTERMINOWEJ
EXISTING: FROM PHILOSOPHY OF POSSIBILITY TO SHORT-TERM
PSYCHOTHERAPY

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Sieradzu

Streszczenie

Bycie stało się podstawą w Heideggerowskiej analityce Dasein. Nicola Abbagnano analizując ludzką egzystencję określał ją mianem bycia, które ze swej natury jest problematyczne, a jednocześnie możliwe do odkrycia poprzez potrójny ruch transcendencji. Fakt ten, pozwolił nam postawić tezę, iż myśl filozoficzna włoskiego egzystencjalisty, jej elementy składowe, tj.: problematyczna egzystencja, możliwość, która zawiera w sobie: otwartość, akceptacja, wybór, mogą prowadzić do psychoterapii krótkoterminowej.

Artykuł składa się z trzech części. W pierwszej naświetliliśmy, w sposób syntetyczny, na czym polega filozofia możliwości. W drugiej zaś podjęliśmy zagadnienie bycia w kontekście otwartości. Trzecia część artykułu została poświęcona psychoterapii krótkoterminowej, a konkretnie starliśmy się wskazać elementy łączące Abbagnanowską filozofię z psychoterapią krótkoterminową.

Podsumowanie pozwoliło nam ponownie spojrzeć na przeprowadzoną „analizę”, a jednocześnie wykazać, iż Abbagnanowska filozofia może prowadzić, w kontekście problematycznej egzystencji i możliwości, do terapii krótkoterminowej.

Summary

Existing has become the basis in Heideggerian analytic of Dasein. While analyzing human being Nicola Abbagnano stated it as a term of Existing which is by nature questionable and in the same time possible to discover via triple transcendence movement. This fact allowed a thesis that philosophical thought of Italian existentialist, its component elements i.e. questionable existence, capability which contains: openness, acceptance and a choice may lead to short-term (psycho)therapy. In the first section we explained in a synthetic way what is exactly the philosophy of opportunity. In the second component we took the issue of Existing in the context of openness. The third part of the article was dedicated to short-term (psycho)therapy where we namely attempted to point out elements connecting Abbagnano's philosophy with short-term psychotherapy because in our opinion the philosophy of opportunity directs to „overcoming” mistaken assurances about the world, different, „I” based on questionable existence and capability.

The summary approved us to examine conducted “researches” again, simultaneously to demonstrate that Abbagnano’s philosophy can be in the context of questionable existence and capability, new theory in a short-term therapy.

/tłum. S. Garłowska/

Słowa klucze: egzystencja, filozofia możliwości, psychoterapia

Key words: existence, philosophy of possibility, psychotherapy

Wprowadzenie

Na przełomie XIX i XX wieku nauka o człowieku rozwijała się bardzo żywiłowo. Kierkegaard ogłosił swój manifest antypozytywistyczny negując abstrakcyjne ujęcie człowieka, Dilthey podobnie, jak „Sokrates Północy”, odrzucił pozytywistyczną koncepcję i metodę nauki, tworząc jednocześnie „nową” teorię i metodologię nauk humanistycznych, Husserl analizował ludzką świadomość, zaś Nietzsche „burzył” kulturę chrześcijańską.

W tym samym okresie narodziła się psychologia jako odrębna dziedzina wiedzy. Psychologia „oderwała” się od filozofii, pozbawiając ją „monopolu” na zajmowanie się *animal rationale*.

Jednym z zasadniczych wyzwań dla psychologii było określenie ludzkiej psychiki.

W ówczesnym czasie, powszechnie uznawano tezę Griesingera o somatycznym charakterze psychiki. Ujęcie to opierało się na filozofii Kartezjusza, jego radykalnej ontologii, która „zamykała” rzeczywistość przyrody ożywionej i nieożywionej w dualistycznym świecie *res cogitans et res extensa* [1].

Człowiek jako byt ożywiony również „składa” się z rzeczy rozciągłej oraz z rzeczy duchowej, świadomej. *Res cogitans* występuje jedynie w człowieku i łączy się z ciałem w szyszynce [1]. Z biegiem czasu, tradycyjna psychologia akademicka, przyjęła, iż należy skupić się jedynie na psychice, która obejmuje procesy poznawcze, emocjonalne oraz procesy motywacyjne z pominięciem *res extensa*. Nicola Abbagnano odrzucił kartezjański dualizm oraz panpsychizm postulując, aby zająć się bytem ludzkim w kontekście jego egzystencji i jego możliwości, które wiążą się z autentycznym ruchem transcendencji: „(...) człowiek może być sobą samym jedynie pod warunkiem wykraczania poza siebie w kierunku potrójnego transcendensu: jaźni, świata, wspólnoty” [2].

Uznając znaczenie egzystencji i możliwości, Abbagnano stwierdza, iż należy zmienić principia badawcze filozofii. Filozofia ma pomagać wydobywać na powierzchnię głęboko ukryte fakty, które zamykają się w potrójnym ruchu transcendencji. Im więcej człowiek ich

wydobędzie, tym lepszą stosuje metodę w rozumieniu swych procesów poznawczych, emocjonalnych, motywacyjnych.

W niniejszym artykule staraliśmy się ukazać, w jaki sposób elementy składowe filozofii możliwości, takie jak: problematyczna egzystencja, możliwość, prowadzą do psychoterapii krótkoterminowej. Podejmując w artykule tak obszerne studium, tj.: filozofię możliwości, nasze badania przeprowadzimy w oparciu o metodę hermeneutyczną, jednocześnie będziemy zmuszeni selekcjonować materiał ze względu na ograniczoną objętość artykułu.

Artykuł więc składać się będzie z trzech części:

W pierwszej przedstawimy zasadnicze principia Abbagnanowskiej myśli zwanej filozofią możliwości, zabieg ten pozwoli nam przejść do drugiego podrozdziału, który został przez nas nazwany: „Otwartość na bycie”.

W części drugiej przedstawimy problematyczną egzystencję, mając jednocześnie na względzie otwartość bytu ku rzeczywistości przyrody, innego i własnego „ja”.

W ostatnim podrozdziale przedstawimy elementy składowe filozofii możliwości prowadzące do psychoterapii krótkoterminowej.

Zakończenie pozwoli nam spojrzeć na niniejszy artykuł w perspektywie podsumowania.

Filozofia możliwości

Filozofia egzystencjalna, z której zrodziła się filozofia możliwości, cierpi na niemożność jasnego, konkretnego i jednoznacznego zdefiniowania człowieka. Egzystencjaliści mimo to starali się określić, kim jest człowiek. Stąd też dla Heideggera człowiek to byt-ku-śmierci, dla Jaspersa byt świadomy, dla Sartre'a byt wolny, zaś dla Abbagnano, człowiek to byt możliwości, gdzie możliwość nie staje przed człowiekiem, ale człowiek dzięki swej egzystencji odkrywa ją.

Jednym z istotnych przejawów Abbagnanowskiej możliwości było transcendowanie siebie oraz transcendowanie ku wspólności. To, czego brakuje „ja”, to „inny”. Właśnie w „ty” człowiek może odkryć własną postawę, która jest wyjściem ku „ty”. Koegzystencja jest zakotwiczona w bycie ludzkim. Nie znaczy to, że człowiek jest na nią skazany. „Ty” jest dane wraz z egzystencją bytu ludzkiego, bo byt ludzki jako bytujący odnosi się do „ty”. Człowiek w swym działaniu jest nastawiony na „innego”, ponieważ człowiek to istota odpowiadająca i odpowiedzialna. „Ty” jest dane „ja” wraz z jego egzystencją, gdyż człowiek nosi w sobie tęsknotę za „ty”. Stąd egzystencja „ja” ukazuje możliwość i koegzystencję. Możliwość i koegzystencja nadto uświadamiają nam narodziny i śmierć. Jednak nie chodzi tu o fenomen

śmierci w sensie zakończenia życia, ale o zerwanie koegzystencjalnych więzi z innym, ze światem a także ze sobą.

Zerwanie więzi jednocześnie prowadzi do lęku, troski, zaforskania, co w konsekwencji może prowadzić do traktowania „innego” jako dawcy dóbr dla „ja”: „jeżeli inni są dla <ja> cieniami, bądź widmami, samo <ja> nie jest dla siebie niczym innym niż cieniem i widmem; jeżeli inni są degradowani do roli zwyczajnych narzędzi (...), <ja> także degraduje się do roli narzędzia” [3].

Trzeba powiedzieć, że koegzystencja czerpie swe uzasadnienie z odniesienia człowieka do egzystującego „ty”. Jeżeli człowiek jako człowiek jest nastawiony na „innego”, to w takim nastawieniu jest już dana koegzystencja, gdyż koegzystencja to stosunek człowieka do drugiego człowieka.

Innym ważnym przejawem w odkryciu możliwości było Abbagnanowskie rozumienie historyczności. Ku historyczności prowadzi człowieka egzystującego jego wolność, zaangażowanie i otwartość. Brak wolności, zaangażowania i otwartości powoduje rozproszenie egzystencji. „Egzystencja, która unika zaangażowania i otwartości (...) znajduje się pod poziomem historyczności, ponieważ nie urzeczywistnia wartości osoby, świata i wspólnoty, ale je rozprasza w nic nie znaczącej i chaotycznej czystej czasowości”. [2] To, co określamy w filozofii możliwości mianem historii, dokonuje się w wolnym wyborze, zaangażowaniu oraz otwartości, a to z kolei prowadzi do rzeczywistego widzenia świata, siebie i innego.

Historyczność, zdaniem Abbagnano, ukazuje nie tylko przeszłość i teraźniejszość, ale przede wszystkim wolność i możliwość.

Przed człowiekiem więc stoi zadanie odkrycia możliwości, by jednocześnie zaakceptować swą egzystencję i wybrać ją jako autentyczną. Znaczy to, że wybierając egzystencję musimy nieustannie potwierdzać „[...] ten sam wybór”. [4] Jeśli by tak się nie stało, znaczyłoby to, że nasza możliwość „przerodziła” się w niemożliwość i zamknęła się we własnej świadomości, we własnym „ja”.

Nicola Abbagnano starał się przezwyciężyć rzeczywistość ludzką, na którą wpłynęła w sposób znaczący myśl Jaspersa, Sartre’a oraz Heideggera. W dziele *Scritti esistenzialisti* czytamy: „Musimy podkreślić nieco osobliwy los tej formy egzystencjalizmu, która – tak jak Saturn – pożera swoich synów. Bierze ona swój początek od stwierdzenia, że człowiek żyje i oddycha w świecie możliwości, które może wybierać; swój koniec ma natomiast w tym, że nie istnieją możliwości, a jedynie niemożliwość i że nie ma niczego do wyboru. Innymi słowy, te formy egzystencjalizmu wykorzystując pojęcie możliwości jako pewnego rodzaju

bodźca dla wzniesienia ludzkiej egzystencji do poziomu pojmowania, tłumią je lub, co gorsza, uznają, iż one nigdy nie istniały. Pojęcie możliwości u tych filozofów przeradza się w (pojęcie) niemożliwości. Pomyślcie teraz o różnicy, co więcej, o przepaści, jaka dzieli te dwa pojęcia. Niemożliwość jest konieczna (w najwęższym i ścisłym sensie tego słowa): wobec niemożliwości nic nie da się zrobić i niczego stwierdzić. Możliwość jest wolnością i wobec możliwości człowiek może dokonać wyboru” [4].

„W rzeczywistości jedyną możliwością, jaka stoi przed człowiekiem, jest – według Heideggera – ta, by zrozumieć lub nie zrozumieć niemożliwości egzystencji (to znaczy śmierć). Jednak także i tu, niezależnie od wyboru, rzeczy nie zmieniają się, jako że niemożliwość egzystencji – niezależnie czy zostanie zaakceptowana i przyjęta czy też się ją zignoruje lub ukryje – takową pozostanie. Gdy Jaspers twierdzi, że wszystkie ludzkie możliwości są związane z pewną sytuacją i de facto zależne od niej – przez co nie pozwala ona zobaczyć z wyprzedzeniem tej sytuacji bez możliwości jej zmiany – głosi on równowartość wszystkich możliwości, redukując je do niemożliwości. Osobiście nie mogę być lub chcieć albo działać inaczej niż to, kim już jestem, ale to, kim jestem nie jest przedmiotem wyboru i nie daje mi innej możliwej alternatywy, jak tylko być tym, kim jestem. Również w tym przypadku jedyny wybór, jaki posiadam polega na tym, by kontynuować bycie tym, kim jestem – wiedząc, kim jestem – lub kontynuować bycie (tym, kim jestem) nie wiedząc tego. Jednakże ten wybór (jak to widać wyraźnie) nie ma żadnych konsekwencji praktycznych. W końcu, gdy Sartre stwierdza, że wszelkie działania ludzkie są równowartościowe, gdyż wszystkie są skazane na niepowodzenie, stąd – w gruncie rzeczy – można upić się samotnością” [4].

Filozofia możliwości opiera się na strukturze, którą nasz autor, nazwał autentyczną egzystencją, ta zaś urzeczywistnia się wówczas, gdy człowiek odkryje, iż w swych decyzjach: „Jest oczywiste, że każdy wybór suponuje pewną ilość możliwości, które są możliwe lub, które przynajmniej za takie uchodzą. Każdy z nas w każdym momencie uważa, że może wykonać tę lub inną rzecz, iż jest w stanie przyjąć taką czy inną postawę, obrać tę albo inną drogę postępowania. Możliwość czynienia i zdolność bycia, w sposób nieodzowny, konstytuuje (naszą) kondycję, aby każdy z nas dopełnił swoich wyborów i podjął własne decyzje. Nikt, naturalnie, nie podejmuje drogi, której nie jest w stanie przebyć, jednak – co oczywiste – bywa często tak, że w ocenie tego, co potrafimy lub, czego nie potrafimy, mylimy się, przez co jesteśmy zmuszeni w pewnym momencie do nieuznania już więcej tego, co na wstępie (możliwym) się jawiło, i do wzięcia pod uwagę innych możliwości. Tak dzieje się we wszystkich ludzkich sprawach, zarówno tych nic nie znaczących, mało istotnych, jak

i doniosłych, decydujących lub jak się mawia – historycznych. Jednakże chciałbym tutaj podkreślić to jedynie, że wolność oznacza wybór, a wybór oznacza możliwość” [4].

Otwartość na bycie

Nicola Abbagnano badał sytuację człowieka w kontekście bycia-z-sobą, jaźnią, światem, jednocześnie określając ją mianem „potrzeby”. Człowiek nie może inaczej „być”, jak tylko zachowując relację z własną egzystencją otwierając się na nią. Byt możliwości bowiem „przechadza się” między problematyczną egzystencją, możliwością, w którą wpisuje się otwartość, doświadczenie, myślenie a wolnym wyborem, transcendując rzeczywistość [5].

Odkryta przez Abbagnano, właściwa człowiekowi, problematyczna egzystencja i możliwości wskazuje, iż człowiek jest bytem otwartym. Co zatem znaczy „otwartość”? W pierwszym rzędzie chodzi o różnicę między człowiekiem i zwierzęciem. Możemy powiedzieć, że człowiek bytuje-ze-światem, z „innym”, podczas gdy każdy rodzaj zwierząt ograniczony jest do dziedzicznie ustalonego, właściwego swemu gatunkowi środowiska [6, 3]. Człowiek udomowił niektóre zwierzęta, np. psy i koty zmieniając ich środowisko, ale nie zmienił ich natury. Zwierzęta nie postrzegają nadto tak bogatej pełni otoczenia, jaka nam się przedstawia. Zwierzęta zauważają w swym otoczeniu tylko to, co zgodnie z instynktem ma znaczenie dla ich gatunku. Stopień ograniczenia, czy rozległości, prostoty czy złożoności otoczenia bywa, oczywiście, bardzo różny u poszczególnych gatunków zwierząt. Do wszystkich jednak odnosi się zasada, że ich zachowanie ograniczone jest środowiskiem. Określone cechy otoczenia działają jak sygnały i wyzwalają takie zachowanie, jakiego w gruncie rzeczy nie ma potrzeby dopiero się uczyć, gdyż jest ono wrodzone. Narządy zmysłowe zwierząt są wyostrzone na wychwytywanie pewnych zjawisk, toteż kiedy się z nimi spotykają, następuje reakcja przewidziana w instynkcie [3, 6].

Człowiek żyjąc w określonym środowisku może dokonywać różnych, coraz to nowych wyborów. Tylko człowiek jest w stanie doświadczyć, czym faktycznie jest otwartość. Nie znaczy to, że dopiero doświadczywszy świata i „innego”, człowiek doświadcza samego siebie i otwiera się nań. Otwartość jest dla człowieka konieczną drogą do poznania własnego „ja”.

Wyłania się tutaj dość istotny problem, mianowicie: co dokładnie znaczy pojęcie „<ja> otwarte”. Ku czemu właściwie „ja” się otwiera? Odpowiedź musi na pewno brzmieć najpierw tak: „Ja” otwiera się ku własnej problematycznej egzystencji, a później ku coraz to nowym rzeczom, podczas gdy zwierzęta otwarte są tylko na ograniczoną i typową dla gatunku ilość i jakość zjawisk [3].

Historia pytania o bycie, to historia pytania o „ja”. Filozofia Grecka u początków racjonalnych poszukiwań stawiała w centrum kosmos. Ojcowie Kościoła, tacy jak: Bazyli Wielki, czy Grzegorz z Nisy pomijali problem „ja” na rzeczy biblijnej wizji świata. Dopiero Augustyn z Hippony postawił pytanie o „ja”, podając, że to „ja” „jestem, wiem i chcę. Jestem poznający i chcący. Wiem, że jestem i że chcę. Chcę być i wiedzieć” [8].

W nowożytności, szczególnie Kartezjusz postawił „ja” w centrum swej myśli filozoficznej, natomiast pytanie o to, czym jest „ja”, nie pojawia się już ani w filozofii Hobbesa, Malebranche’a, ani Spinozy. Dopiero Kant, w przeciwieństwie do Hume’a i jego strumienia asocjacji, starał się wyjaśnić ludzkie „ja” i jego jedność przez odwołanie się do transcendentalnej apercpcji.[8, 3] Freud natomiast odciął się od Kanta i jego idealizmu, pytając o „ja” w nowy sposób.

„Ja” zajmuje pozycję pośrednią między nieświadomym „się” (id) a „ponad-ja” (system wartości wraz z obowiązkami, nakazami i zakazami). Przyznanie „ja” pozycji pośredniej oznacza z jednej strony wprowadzenie relacji między „się” (id) i „ponad-ja”, z drugiej strony, wprowadzenie dystansu i supremacji nieświadomych funkcji „ja.” W końcu „ja” u Freuda staje się częścią „się” (id), względnie nieco zróżnicowaną partycypacją w „się” (id) [8]. Przez to zostaje zburzony potrójny ruch transcendencji, ponieważ „ja” urzeczywistnia się jako niewyjaśniony w swej jedności proces poznawczy.

W filozofii możliwości „ja” jest otwarte na swą egzystencję, a jednocześnie bytuje:

- 1) ze-światem,
- 2) ze-śmiercią,
- 3) z-innym,
- 4) z-historią,
- 5) ze-sobą.

Bytowanie pozwala człowiekowi wchodzić w relację z rzeczywistością realną, a nie, jak np. u Augustyna, Kartezjusza, Kanta, Freuda ze światem własnej świadomości, z której „wyprowadza się” realny byt.

Psychoterapia krótkoterminowa

Teorie terapeutyczne, podobnie jak filozofia, stały się „miejscem walki” między zwolennikami tezy, że należy „uprawiać” je zgodnie z założeniami naukowymi i tymi, którzy takowe podejście odrzucali. Nicola Abbagnano należał do drugiej grupy, ponieważ twierdził, iż bytu ludzkiego nie należy odczytywać w kontekście przesłanek teoretycznych, a jego problematycznej egzystencji, która „objawia” się w historii, świecie, koegzystencji, śmierci.

Każda dziedzina naukowa posiada związane i powszechnie obowiązujące principia, które często przez badaczy uznawane są za uniwersalne. Filozofia możliwości sięga po te zasady, ale przy całej swej rozciągłości nie przejmuje ich jako wartości uniwersalnej. Podobnie terapia racjonalno-emotywna, która naszym zdaniem, „zatrzymuje” się, jak filozofia możliwości, na problematycznej egzystencji, nie rości sobie prawa do uniwersalności.

REBT jedynie zakłada, iż człowiek egzystujący w konkretnym środowisku, odbiera reakcje emocjonalne, które uwarunkowane są świadomymi i nieświadomymi ocenami, interpretacjami rzeczywistości ożywionej i nieożywionej. Najczęstszą postacią świadomych i nieświadomych ocen, interpretacji są twierdzenia, typu: „muszę”, „powiniem”. Twierdzenia te różnią się znacząco od potrzeb, czy preferencji, jednocześnie determinują możliwości człowieka. Filozofia możliwości, naszym zdaniem, elementy te może określić mianem: możliwością niemożliwości. Za przykład tej możliwości niemożliwości niech posłuży nam, idąc za Abbagnano, osoba Kierkegaarda: „(...) życie (Kierkegaarda) zdominowane zostało przez epizod, który dla człowieka o zdrowych zmysłach może wydawać się niezrozumiały lub też o niewielkim znaczeniu, jednak dla niego miał znaczenie decydujące. Zaręczył się z kobietą, którą kochał i która mogła mu zapewnić gwarancję szczęśliwego związku, jednakże po pewnym czasie – bez szczególnego powodu – zdecydował o zerwaniu zaręczyn i o porzuceniu małżeństwa. Jak to możliwe? Otóż, sparaliżowała go świadomość możliwych konsekwencji swego czynu. Konflikty, nieporozumienia, różnice osobowości, braki w wypełnianiu obowiązków i wymagań małżeńskich, a wreszcie brak szczęścia, pomyłki, grzechy – to wszystko może zdarzyć się w życiu małżeńskim” [4]. Możliwość niemożliwości zamyka się, naszym zdaniem, w „muszę”, „powiniem”, „ocenie”, „katastrofizmie”, człowiek odrzuca rzeczywistość realnie istniejącą stając się podobny do Kierkegaarda, który w małżeństwie widział katastrofę, choć nie miał powodów do obaw: „Z tego, co wiemy, Kierkegaard nie miał szczególnych powodów, by się bardziej obawiać (małżeństwa) niż inni, (...). W jednej ze swych znanych książek z przedziwną jasnością opisał tę szczególną formę lęku, którą jest udręka. Nie jest ona – w ogólnym tego słowa znaczeniu – lękiem, ponieważ lęk rodzi się z konkretnego i poznawalnego niebezpieczeństwa. Udręka (...) jest (...) uczuciem, które towarzyszy rozważaniu wymiaru negatywnego i redukcjonistycznego wszelkich możliwości, jakie się pojawiają, także tej odnoszącej się do małżeństwa, jak i do każdego innego planu, inicjatywy lub pracy, w którą możemy się zaangażować” [4].

Nieracjonalne przekonania, określone jako udręka egzystencjalna, a przez Abbagnano czysta negatywna możliwość, doprowadziła, „ojca egzystencjalizmu” do katastrofizmu.

Katastrofizm uzewnętrzniły również „muszę” i „powinienem”, czego wyrazem jest zaniechanie bycia małżonkiem.

Filozofia możliwości odrzuca katastrofizm, ponieważ prowadzi on człowieka do zamknięcia się we własnym wyimaginowanym świecie. Błędna ocena siebie, innych, wydarzeń wpływa na ludzkie relacje, ale również prowadzi do zamknięcia się we własnym „ja”, gdzie toczy się nieustanna dyskusja między „muszę”, „powinienem”, a „katastrofizmem”, „poddaniem się”, „ocenianiem” siebie i innych.

„Ja”, w filozofii możliwości to nie tylko byt świadomy, jak chciał Kartezjusz, „ja” to egzystencja, inny, świat, czyli bycie ze-sobą, z-innym, ze-światem. Bycie-z, ukazuje potrójny ruch transcendencji, gdzie człowiek staje wobec swej egzystencji, która pozwala mu wybierać między pozytywną lub negatywną możliwością: „To, co jawi się nam jako możliwość *może* się zrealizować, ale *może* również się nie zrealizować. Każda możliwość posiada, by tak rzec, dwa oblicza nierozzerwalnie związane jedno z drugim: oblicze *pozytywne*, które wskazuje coś rzeczywistego, mogącego się udać lub (coś) oczekiwanego; oraz oblicze *negatywne*, które ukazuje coś nierzeczywistego, coś, co (skazane jest na) niepowodzenie albo coś nieoczekiwane. Możemy być pociągnięci do rozważenia, raz po raz, z większą uwagą jednego lub drugiego oblicza, a częściej – naturalnie – pozytywnego; ale drugie z nich zawsze istnieje i jest (nie do) wyeliminowania” [4]. Wybór możliwości polega na akceptacji siebie, świat, innego, śmierci, negatywnych doświadczeń. Tylko wtedy wybieramy świadomie jedną z możliwości, „pokonując” możliwość niemożliwości.

Człowiek bowiem może przezwyciężyć „muszę” i „powinienem”, „katastrofizm”, „poddanie się”, „ocenę”, jeżeli staje przed sobą jako ten, który akceptuje problematyczną egzystencję. Akceptacja własnej egzystencji, naszym zdaniem, pozwala uzmysłowić „ja” procesy, które miały wpływ na postrzeganie rzeczywistości, typu: socjalizacja pierwotna, wzmocnienia pozytywne i negatywne, sytuacje graniczne. Elementy te wpływają na przekonania o świecie, o sobie, o innych, o swych możliwościach. Tak więc przewartościowanie przekonań wymaga od bytu możliwości zaangażowania się w samą możliwość oraz zaakceptowania problematycznej egzystencji, czyli byt racjonalny uzmysławia sobie, iż to nie sytuacja graniczna, socjalizacja pierwotna, czy wtórna, wzmocnienia pozytywne bądź negatywne wywołują u niego udrękę, ale przekonania. Jeśli człowiek zrozumie i zaakceptuje związek pomiędzy przekonaniem a udręką – uczuciami, odkryje pozytywną, jak i negatywną możliwość. To odkrycie pozwoli mu spoglądać na świat nie tylko z perspektywy realności i logiczności, ale przede wszystkim pozwoli mu transcendować rzeczywistość.

Pomocą w „przewycięzeniu” automatycznych myśli, typu: „muszę być kochany i akceptowany”, „powiniennem zawsze być kulturalny”, „jestem do niczego”, „ale ze mnie fajtłapa” jest uświadomienie sobie, iż te przekonania prowadzą do negacji naszych możliwości, są to determinanty, które wymagają określonego działania. Inaczej mówiąc człowiek w wielu sytuacjach nie jest w stanie odkryć możliwości, które „zaciemniają” przekonania, koniecznym staje się poddanie irracjonalnych przekonań w wątpliwość. Zabieg ten może jednocześnie doprowadzić do odkrycia, iż nie „muszę” a „mam” możliwość bycia tu i teraz, działając bez względu na ocenę, wymagania, czy katastrofizm.

Odkrycie możliwości prowadzi do akceptacji problematycznej egzystencji oraz „znielowania”, a nawet odrzucenia nieracjonalnych przekonań, które determinowały potrójny ruch transcendencji.

Zakończenie

Problematyka podjęta w niniejszym artykule prowadzi do wskazania, iż na gruncie filozofii egzystencjalnej zrodziła się filozofia możliwości, która zwraca uwagę na realny wybór między możliwościami w kontekście problematycznej egzystencji. Jednocześnie podkreśla, że „ja” może realnie podchodzić do siebie, innego i świata, jeśli oprze się na potrójnym ruchu transcendencji, który pozwoli mu odkryć możliwość, czyli człowiek by nie uwikłać się we własne „automatyczne myśli” winien nieustannie weryfikować swe spojrzenie na rzeczywistość w kontekście problematycznej egzystencji, która również odkrywa przed człowiekiem możliwość, stając się źródłem weryfikującym błędnych przekonania.

Bycie nadto, w myśli filozoficznej Nicola Abbagnano, pozwala człowiekowi dotrzeć, a zarazem przewyciężyć przekonania, typu: „muszę”, „powiniennem”, a nawet „katastrofizm”, prowadząc jednocześnie jednostkę ku rzeczywistości realnej, a nie do świata myśli, które w skutek błędnie odczytywanej możliwości ograniczają ludzkie bycie, skazując je na zamknięcie w świecie własnej świadomości.

Adres do korespondencji

Dr Jakub Bartoszewski

Wyższa Szkoła Humanistyczno Ekonomiczna,

ul. Mickiewicza 6, 98-200 Sieradz

Piśmiennictwo:

1. Bartoszewski J. Filozofia przyrody, Kartezjusz i porządek życia społecznego. Wiedza i Edukacja. Lublin 2010: 49-50.
2. Abbagnano N. Koegzystencjalna struktura egzystencji. tłum. A. Nowicki. W: Filozofia egzystencjalna: pod red. L. Kołakowski. K. Pomian. Warszawa 1965: 303.
3. Bartoszewski J. Nicola Abbagnano filozofia możliwości. Ruch Filozoficzny 2011; 1: 67-84.

4. Abbagnano N. Esistenzialismo come filosofia del possibile. W: Tenze, Scritti esistenzialisti. UTET. Torino 1988: s. 571-574.
5. Invrea D. La possibilità trascendentale di N. Abbagnano. W: Il soggetto esistente. Taylor. Torino 1960 s.117-122.
6. Panenberg W. Kim jest człowiek? Współczesna antropologia wobec teologii. Rue Surcouft, Paris 1978 s.15-16.
7. Augustyn z Hippony. Wyznania. tłum. Z. Kubiak, Hachette, Warszawa 1992 s.320.
8. Möller J. Człowiek w świecie. Zarys antropologii filozoficznej. tłum. M. Kaczmarowski, Rue Surcouft, Paris 1969 s.73-76.

Agnieszka Murzyn

RECENZJA KSIĄŻKI DONALDA W. WINNICOTTA „ZABAWA A RZECZYWISTOŚĆ”

Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego

Kierownik Zakładu: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

„Zabawa a rzeczywistość” to pierwsze wydanie w języku polskim książki Donalda W. Winnicotta („Playing and reality”). Zbiór jedenastu esejów, przygotowany do publikacji na krótko przed śmiercią Autora w 1971r., jest esencją jego odkryć, dotyczących obiektów i zjawisk przejściowych oraz ich znaczenia zarówno dla dynamiki rozwoju dziecka, jego zdolności do zabawy oraz kreatywności, społecznych zjawisk: kultury, sztuki, filozofii, jak i rozumienia psychopatologii pacjentów i przebiegu procesu terapeutycznego. Eseje powstały w oparciu o artykuły (publikowane w prasie medycznej i psychoanalitycznej) oraz odczyty Donalda Winnicotta w Brytyjskim i Nowojorskim Towarzystwie Psychoanalitycznym na przestrzeni czterdziestu lat jego działalności naukowej i dydaktycznej. Daje to unikalną możliwość prześledzenia rozwoju myśli wybitnego lekarza i psychoanalityka oraz spojrzenia na jego koncepcje z różnych perspektyw, z których każda wydaje się uzupełniać i wzbogacać poprzednie.

Autor lokuje objekty i zjawiska przejściowe (np. ssanie kciuka, rogu kocyka, gaworzenie i wiele innych) w pośrednim obszarze doświadczenia, będącym przestrzenią pomiędzy wewnętrznym światem dziecka (jego pierwotną twórczością), a rzeczywistością zewnętrzną i jej obiektywnym postrzeganiem. Wskazuje na znaczenie przestrzeni pośredniczącej i zawartych w niej zjawisk w przejściu od fuzji z matką do możliwości pozostawania w relacji z obiektem, traktowanym jako zewnętrzny i oddzielny. Podstawowe znaczenie dla tego procesu ma (wystarczająco dobra) umiejętność matki do stworzenia dziecku iluzji, iż kreuje rzeczywistość (doświadczenie magicznej kontroli i wszechmocy) oraz stopniowe, empatyczne i dostrojone do aktualnych możliwości dziecka urealnianie jego doświadczeń. Autor wnikliwie zajmuje się dalszymi losami zjawisk przejściowych w rozwoju jednostki, wskazując, iż zostają one przekształcone w umiejętność zabawy (a następnie w doświadczenia związane z kulturą), będącej warunkiem odkrywania własnego self. Wskazuje

na znaczenie wczesnych, realnych doświadczeń niemowlęcia i dziecka dla możliwości późniejszego twórczego życia i na rolę psychoterapii, jako procesu odkrywania własnej kreatywności pacjenta.

Ciekawe i użyteczne klinicznie jest wzbogacenie teorii relacji z obiektem o aspekt relacyjności poprzez element kobiecy (doświadczenie bycia, odkrycie siebie i wykształcenie wnętrza) i poprzez element męski (poczucie odrębności i dążenia popędowe, zawarte w klasycznej teorii popędów Freuda). Winnicott korzystając z własnych doświadczeń w pracy terapeutycznej, ilustruje następstwa, wynikające z niezintegrowania elementów dziewczęcych/chłopięcych u pacjentów obydwu płci.

Autor zajmuje się także zagadnieniem różnic między relacją z obiektem a użyciem obiektu (o którym mówimy, kiedy dochodzą nowe jakości dotyczące natury obiektu, m.in. fakt, iż musi być on uznawany przez podmiot za część rzeczywistości zewnętrznej). Tak więc pacjent nie jest w stanie korzystać z interpretacji i „używać analityka”, jeżeli nie potrafi umieścić go poza obszarem zjawisk subiektywnych (projekcji). Warunkiem przeprowadzenia pacjenta od relacji z obiektem do możliwości używania obiektu jest przetrwanie jego destrukcyjnych ataków w psychoterapii – dopiero gdy pacjent doświadcza, iż jego obiekt „przeżywa” (i nie podejmuje odwetu), może dostrzec jego obiektywne aspekty i spożytkować („użyć”) go do własnego leczenia.

Osoby pracujące z adolescentami z pewnością docenią rozdział dotyczący potencjału okresu dorastania. Autor wskazuje tam na znaczenie niedojrzałości nastolatka jako istotnego elementu zdrowia na tym etapie rozwoju oraz na negatywne konsekwencje zapraszania adolescentów do zbyt wczesnego wzięcia odpowiedzialności za siebie (co sprawia, iż młody człowiek zbyt wcześnie staje „po drugiej stronie barykady” i buntowanie się traci sens, co zubaża jego naturalny rozwój, odbierając mu szansę na samodzielne sięgnięcie po dorosłą pozycję).

Eseje Donalda Winnicotta zawarte w niniejszej pozycji łączą się w spójną, oryginalną koncepcję – Autor w każdym z rozdziałów wprowadza nowe elementy, dbając jednocześnie o zachowanie logiki wyводу i ilustrację kliniczną prezentowanych tez. Część materiału stanowi wzbogacenie i kontynuację teorii relacji z obiektem Melanie Klein i teorii popędów Zygmunta Freuda, część polemizuje z klasycznymi psychoanalitycznymi tezami. Dzięki zdolności Winnicotta do celnych obserwacji, jasności wypowiedzi i umiejętności integracji elementów różnych teorii, jak i nieustającym wysiłkom szukania pomostów między światem wewnętrznym i zewnętrznym pacjentów, powstała niezwykle ciekawa, wyważona i inspirująca do własnych przemyśleń lektura.

Przejrzysta szata graficzna książki oraz zastosowanie wyróżnień w tekście sprzyjają czytelności przekazu. Warto także zwrócić uwagę na bardzo staranny przekład Anny Czownickiej, z dbałością o oddanie językowych niuansów i merytorycznych aspektów oryginalnej pracy.

Sądzę, że eseje Donalda Winnicotta najbardziej zaintrygują osoby zaangażowane w przyglądanie się zmianom rozwojowym (zarówno związanym z wiekiem, jak i z procesem leczenia), szczególnie w kontekście różnych aspektów styku (czy też ciągłości, jak chciał Winnicott) rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej pacjentów.

Adres do korespondencji:

Zakład Psychoterapii, ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków.

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Psychiatria i Psychoterapia 2011, Tom 7, Nr 2-3: s.36-41.

Marek Tański

PROMOCJA ZDROWIA JAKO FORMA PSYCHOTERAPII I JEJ EDUKACYJNE
KOMPONENTY: Z RECENZJI MONOGRAFII POD RED. HELENY WRONY-
POLAŃSKIEJ I JANUSZA MASTALSKIEGO „*PROMOCJA ZDROWIA W TEORII
I PRAKTYCE PSYCHOLOGICZNEJ*”*

Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny.

Kierownik Katedry: prof. dr hab. Helena Wrona-Polańska

*Wyd. UJ, Kraków 2009, s. 202.

Książka *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej* pod redakcją Heleny Wrony i Janusza Mastalskiego wskazuje na wielowątkowość i wielodyscyplinarność poruszanego zagadnienia dotyczącego promocji zdrowia, podkreślając jego znaczenie na każdym etapie rozwoju człowieka jako jednostki twórczej, aktywnej i odpowiedzialnej za własne funkcjonowanie w wymiarze tak indywidualnym jak i społecznym. Ta wielodyscyplinarność związana jest z przywoływanymi w monografii kontekstami antropologicznymi, odwołującymi się do filozofii, psychologii, pedagogiki czy wreszcie medycyny.

Książka składa się z czterech części. Pierwsza część dotyczy interdyscyplinarnego podejścia do zdrowia i jego promowania, natomiast część druga zawiera omówienie różnych aspektów związanych z problematyką kreowania zdrowia w odniesieniu do osób z chorobą somatyczną. Wskazuje na ważną rolę jednostki i społeczeństwa w budowaniu i wzmacnianiu zasobów oraz efektywnego radzenia sobie z chorobą i problemem alkoholowym. Część trzecia dotyczy roli kształtowania zasobów oraz umiejętności twórczego radzenia sobie ze stresem na każdym etapie rozwoju człowieka. Problematyka kształtowania zasobów ukazana jest z perspektywy rozwojowej. Ostatnia, czwarta część przedstawia rolę muzyki, a nade wszystko aktywności muzycznej w terapii, profilaktyce i promocji zasobów.

Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej podejmując tematykę zdrowia i jego promocji w tak szerokim kontekście ilustruje jednocześnie jego edukacyjne komponenty. To nie kto inny jak nauczyciel, a także rodzic czy wychowawca poprzez swoje indywidualne

zaangażowanie, stawiając liczne wymagania przy jednoczesnym wspieraniu każdego wychowanka/ucznia wskazuje na prawidłowe nawyki i zachowania przewidzianych nie tylko programem nauczania, ale samym procesem wychowania. Nauczyciel/wychowawca/rodzic winien zmierzać do takiego formowania przekonań i zachowań zdrowotnych (aspekt normatywny) za sprawą których uczniowie poczuwaliby się do odpowiedzialności za swoje zdrowie, będąc przede wszystkim jego nieustannymi kreatorami. W związku z tym pojawia się potrzeba ciągłego dokształcania się, twórczego myślenia odwołującego się do osobowości i wyobraźni twórczej wychowanka w celach wzmocnienia posiadanych przez niego potencjałów zdrowia (definiowanych jako zasoby o charakterze poznawczym, behawioralnym czy społecznym). Nauczyciel/wychowawca/rodzic nie tylko modeluje zachowania uczniów/wychowanków/studentów, ale kształtuje wszechstronny rozwój osobowości, spełniając przy tym ważne funkcje diagnostyczne oraz terapeutyczne mające związek z rozpoznaniem zaburzeń zachowania czy ujawniającymi się trudnościami w nauce. Ten aspekt nie tylko terapeutyczny czy diagnostyczny, ale także edukacyjny widoczny jest zwłaszcza w pierwszej części monografii poświęcony zagadnieniu promocji zdrowia w ujęciu interdyscyplinarnym. Skoncentrujemy się zatem na publikacjach zawartych w pierwszej części monografii z ich odniesieniem do edukacji zorientowanej na wartości, stanowiącej jeden z wymiarów działań pedagogicznych. Poza tym mając na względzie szereg interesujących zagadnień omawianych z perspektywy interdyscyplinarnej, przedstawionych w tej części, zasygnalizuję niektóre istotne kwestie dla poruszanej problematyki.

Monografię zaczyna współredaktor tomu Helena Wrona-Polańska, która wprowadza Czytelnika w problematykę promocji zdrowia. W swym artykule *Kreowanie zasobów wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna* stanowiącym swoiste kompendium wiedzy na temat ewolucji pojęcia promocja zdrowia, jej celów i obszarów występowania podkreśla wagę modelu autokreacyjnego dostarczającego przesłanek pozwalających człowiekowi samodzielnie podejmować decyzje dotyczących zdrowego stylu życia i radzenia sobie z codziennymi problemami. Autorka słusznie zatem eksponuje ten model stający się nieco bliższy ideom promocji zdrowia aniżeli model prewencyjny akcentujący konieczność takich zmian, które jedynie zmniejszyłyby ryzyko zachorowalności na daną chorobę (str. 14). Warto zauważyć (co czytelnik może dostrzec w uświadczeniach autorki), iż model ten związany jest z określoną antropologią, w której człowiek jest sprawcą własnych zachowań zdrowotnych, bowiem wpływa na zwiększenie zasobów osobowych (poczucie koherencji, poczucie kontroli i samokontroli, samoocena), zasobów behawioralnych. Nie jest zatem bezpodstawnym pytać się o koncepcję człowieka w wymiarze

promocji zdrowia. Zakładając, iż właśnie promocja zdrowia stanowi wyznacznik dla antropologii, odwołujemy się do sfery psychofizycznej człowieka z całą gamą jego potrzeb, będących też określonymi wartościami (wartości użyteczne). Poza tym w procesie edukacji związanej z rodziną jako środowiskiem promującym zdrowie istotnym czynnikiem staje się dopuszczenie wychowanka do podejmowania decyzji, uczących rozwiązywania problemów i podejmowaniu decyzji dotyczących np. sposobu spędzania wolnego czasu czy jakości spożywanych posiłków. Innym środowiskiem staje się szkoła, która uczy giętkości myślenia, współpracy w grupie, pomagania innym, wrażliwości na innych, empatii, radzenia sobie z trudnościami. Zatem kształtuje przekonania zdrowotne poprzez wzbudzenie odpowiedzialności za kreowanie potencjałów i zasobów zdrowia.

Artykuł Czesława Czabały *Promocja zdrowia psychicznego. Polityka dla Europy*, podkreśla potrzebę podejmowania działań mających na celu zapobieganie problemom zdrowia psychicznego. Działania te mają, zdaniem autora, dostarczyć: wsparcia rodzicielstwu poprzez przekazanie odpowiedniej wiedzy i umiejętności, promowanie zdrowia psychicznego w szkołach, w miejscach pracy, wspieranie osób w podeszłym wieku poprzez wskazywanie mechanizmów dalszego aktywnego uczestniczenia społecznego, zapobieganie depresji i samobójstwom, zapobieganie przemocy oraz szkodliwemu używaniu substancji psychoaktywnych, zaangażowanie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zapobieganie stygmatyzacji, wpływającej na wykluczenie społeczne i wreszcie, nawiązanie współpracy z licznymi sektorami podtrzymującymi system edukacji, pomocy społecznej, ochrony zdrowia, pracy społecznej. Czabała słusznie podkreśla potrzebę tworzenia miejsc interwencji kryzysowej związanych z regionalnymi i powiatowymi placówkami zajmującymi się poradnictwem psychologicznym i pomocą psychospołeczną, tworzenia ośrodków interwencji kryzysowych, zapewniających wczesne rozpoznawanie zaburzeń psychicznych u małych dzieci i młodzieży przy jednoczesnym organizowaniu oraz wspieraniu różnych form oparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Walka z samotnością współczesnego człowieka formą promocji zdrowia. Perspektywa pedagogiczna, autorstwa Janusza Mastalskiego eksplikuje złożoność fenomenu samotności odwołując się do różnych jego rozumień, wynikających z przyjętych paradygmatów: psychodynamicznego, poznawczego, fenomenologicznego, egzystencjalnego i interakcjonistycznego. Ciekawym pomysłem autora jest wskazanie jedenastu konkretnych metod walki człowieka z samotnością traktowanych jako środki promocji zdrowia. Czytelnik może domyślić się, że nie sposób tych metod sprowadzić do zwykłych mechanizmów obronnych skoro ich natura wypływa między innymi z poszukiwania na nowo sensu swej

egzystencji, energiczności opartej na eudajmonii i związanej z radością życia. Można mówić o swoistej fundamentalności metod wymienionych przez autora: poszukiwanie sensu życia, energiczność jako wola życia, radość życia, praca nad sobą, empatia, spotkanie z drugim człowiekiem, koherencja własnych przekonań, przewyższanie w sobie różnych popędów, ograniczeń czy wolność. Ta fundamentalność powoduje możliwość zaistnienia wszelkich innych dóbr związanych z promocją zdrowia, nie stanowiących dobra docelowe bowiem zawierają w sobie możliwość uchwycenia coraz wyższych wartości w perspektywie strategii życia i relacji z innymi rozumianych jako współżycie.

Choroba a duchowość autorstwa Józefa Makselona nie odbiega w swej warstwie metateoretycznej od paradygmatu egzystencjalnego. Choroba to nie tyle patologia poznawcza, forma kalectwa, utrata możliwości do działania i do osiągnięć, ile powodując cierpienie wynika z dylematów moralnych, odejścia od wartości, zaniechania trudu własnego istnienia. Widoczne staje się to w przypadku bólu duszy odzwierciedlającego cierpienie moralne. Autor powołuje się na literaturę wyodrębniającą ból od cierpienia. Gdy ten pierwszy jest bardziej uchwytny, bo związany z ciałem i psychiką, to cierpienie staje się intelektualnie, poznawczo nieprzeźroczyste, bardziej należy na nie patrzeć jako na tajemnicę niż jedynie fenomen medyczny (str. 46). Choroba jako cierpienie nie ogranicza się do sfery psychofizycznej człowieka, ale wskazuje na obszar ludzkiej duchowości, nie ograniczony jakąś formułą lub systemami przekonań, chociaż może przejawiać się przez taki system. W duchowości ujawnia się zdolność do przekraczania aktualnych okoliczności, poszukiwanie sensu życia czy zaufanie do własnych wewnętrznych zasobów. Budowanie sensu życia korelujące z intencjonalnością rozumianą jako odpowiedź na pytanie *dla czego cierpię?* jest jednym z wyznaczników przejawów życia indywidualnego i zbiorowego, wyłaniających się z duchowości. Również potrzeba godności, zdaniem autora, wynika z relacji między chorobą i duchowością, w tym także z religijności na które nakłada się wiele czynników: wartościowanie dotychczasowych trudnych doświadczeń, typ osobowości, rodzaj religijności, wsparcie społeczne, trendy kulturowe czy duch czasu. Ten duch czasu może koincydować z patologią, na co wskazywał już twórca trzeciej wiedeńskiej szkoły psychoterapii, Victor Emil Frankl. Według Makselona „patologia” ducha czasu wypływa z kurczenia się świata, makdonaldyzacji oznaczającej popieranie miernoty, stawiania na to, co lekkie, zabawowe, „śmierci” języka jako jego zaplanowanej dewaluacji, nadmiernej popularności świata wirtualnego z ominięciem realnego doświadczania skutków własnych wyborów i decyzji czy wreszcie ogólnego kryzysu kultury. Reasumując, przejawy patologii ducha czasu wymienione przez Makselona dla czytelnika mogą oznaczać sytuacje graniczne derealizacji, pod wpływem

których dochodzi najczęściej do utraty poczucia własnej wartości, poczucia tożsamości czy utraty poczucia woli przez jednostkę. Derealizacja staje się zatem posunięta nie tylko do granic utraty psychicznej osobowości (choć nie może dotknąć samej osoby w rozumieniu metafizycznym), ale może zniszczyć struktury międzyosobowe, zdolność ich podtrzymywania. Natomiast w wymiarze pragmatycznym przypomina skrajny technicyzm, zdradzający pasmo omnipotentnych ludzkich namiętności podporządkowywania i zawłaszczania rzeczy (przypomina o tym m.inn. Heidegger w krytyce technicyzmu). Derealizacja przejawia się jednakowoż w mało wyraźnych formach psychopatyzacji życia społecznego uwidocznionych w degeneracji języka, w którym nade wszystko zaznacza się zwątpienie jednostki w możliwość przekazania prawdy. „Śmierć” języka jako jego zaplanowana dewaluacja, niszcząca jego funkcje komunikacyjne, symboliczne czy osobowotwórcze ilustruje szczególnie degeneracja języka propagandy systemów opartych na nowomowie stalinizmu, realnego socjalizmu czy kult i magia słowa obecnych w nazizmie. Makselon wspomina także o kryzysie kultury (str. 48) jako jednym z przejawów patologii ducha czasu, nie rozwijając jednak tego wątku (być może ze względu na jego pojemność), pozostawiając czytelnikowi próbę interpretacji zagadnienia.

W artykule *Duchowy wymiar zdrowia człowieka. Próba nakreślenia niektórych możliwości interpretacyjnych*, Bogusław Mielec zaczyna od filozoficznego rozumienia duchowości w perspektywie zdrowia definiowanego za Wroną-Polańską jako proces autokreacji w interakcji z wymaganiami otoczenia. Duchowy wymiar człowieka jest związany z antropologicznymi i aksjologicznymi przesłankami klasycznej koncepcji filozofii i jej edukacyjnymi komponentami. Są nimi między innymi: *nauka życia, nauka rozmowy, nauka śmierci, nauka rozmowy* czy wreszcie *nauka czytania*. I tak np. *nauka umierania* oznacza za Hadotem ćwiczenie się w umieraniu własnej indywidualności, swoich namiętności, w postrzeganiu rzeczy w wymiarze powszechności i obiektywizmu, a także wyraża dialog wewnętrzny. Zdaniem autora wszystkie wymienione sposoby rozumienia duchowej aktywności mają pomóc w promocji własnego zdrowia. Proces promowania zdrowia wymaga interdyscyplinarnego spojrzenia, w którym będzie także miejsce na antropologiczną, filozoficzną, nie wyłączając religijnego obszaru, interpretację duchowego wymiaru zdrowia człowieka.

Reasumując, pierwsza część monografii przedstawiająca promocję zdrowia nawiązuje niemal do wszystkich kontekstów edukacyjnych obejmujących psychologiczne, filozoficzne, pedagogiczne spojrzenia na poruszaną problematykę. Wskazuje ona nie tylko na kształtowanie zasobów służących zdrowiu, sprzyjających radzeniu sobie ze stresem

(perspektywa psychologiczna), ale także na rozwijanie aktywności aksjologicznej prowadzącej do takiej orientacji w świecie, w której możliwe staje się porównywanie i hierarchizowanie wartości (perspektywa edukacji aksjologicznej obejmująca obszary filozofii wartości i teorii wychowania). To porównywanie i hierarchizowanie wartości nie byłoby możliwe w zarysowaniu wielowątkowości i interdyscyplinarności problematyki promocji zdrowia, gdyby czytelnik nie domyślał się istnienia wartości fundamentalnych, do których życie czy omawiane zdrowie miałyby przynależeć. Zdrowie jakkolwiek samo z siebie nie wywoływałoby innych dóbr, to jednak nasycone wartościami bezwzględnymi (np. życie) mogłoby decydować o podtrzymaniu czy nawet pojawieniu się takich dóbr jak: wiedza, miłość, czy wolność, urzeczywistniających się w relacjach międzyludzkich. W zdrowiu jako jednej z istotnych wartości fundamentalnych (na co pośrednio wskazują zebrane teksty w części pierwszej recenzowanej monografii), zawierałaby się możliwość urzeczywistnienia jednostki ku wartościom wyższego rzędu. Wartościowanie człowieka wynikałoby z instynktowo-popędowej struktury bytu ludzkiego. Powstaje jednak pytanie, czy można mówić o prawidłowym wartościowaniu, gdy zdrowie jako fundamentalna wartość, zostaje zagrożona chociażby chorobą psychiczną? Czy prawidłowe wartościowanie dane jest jedynie „zrowemu” człowiekowi? Czy patologia psychiczna wiedzie wprost do patologii wartości? Jak mogą dokonywać dobrych wyborów te jednostki, które są zaburzone w związku z wadliwie ukształtowanymi nawykami i cechami psychicznymi? Zagadnienie jest o tyle istotne, że nie wprost eksponowane założenie, iż patologia psychiczna w znacznym stopniu koresponduje z patologią wartości staje się takim samym uproszczeniem, jak przyjęcie tezy, iż organizm psychofizyczny jest jedynie narzędziem, instrumentem w gestii osoby (np. w logoterapii Frankla). Teksty zamieszczone w pierwszej części nie do końca dają czytelnikowi klarowną odpowiedź na tak postawione pytanie.

Na koniec warto zdobyć się na ostateczną konkluzję, iż wszystkie przywoływane konteksty (psychologia, filozofia czy pedagogika) zawarte w tekstach autorów mogą służyć wspieraniu edukacji zdrowotnej podkreślającej wagę krzewienia zachowań zdrowotnych tak w socjalizacji pierwotnej (rodzina, wychowanie przedszkolne), jak i socjalizacji wtórnej (szkoła czy organizacje skupiające młodzież).

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Psychiatria i Psychoterapia 2011, Tom 7, Nr 2-3: s.42-43.

Katarzyna Klasa, Jerzy A. Sobański

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI SEKCJI NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII I SEKCJI NAUKOWEJ TERAPII RODZIN PTP ORAZ SEKCJI PSYCHOTERAPII PTP: „CZY PSYCHOTERAPIA ZMIENIA MÓZG? - ZNACZENIE DLA PRAKTYKI PSYCHOTERAPII”

Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ

p.o. kierownika Katedry dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

W dniach 21-23 października odbyło się w Krakowie kolejne wspólne sympozjum organizowane przez Sekcję Naukową Psychoterapii i Sekcję Naukową Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Tematem przewodnim i tytułem tegorocznego spotkania było pytanie „Czy psychoterapia zmienia mózg? - Znaczenie dla praktyki psychoterapii”.

Obrady odbywały się w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ, patronat medialny nad konferencją objęło czasopismo internetowe Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego „Psychiatria i Psychoterapia”.

Sympozjum rozpoczął wykład prof. Jerzego Aleksandrowicza i dr Edyty Dembińskiej będący przeglądem dotychczasowych wyników badań nad neuroobrazowaniem psychoterapii, potwierdzających – aczkolwiek nadal w ograniczonym (ze względów metodologicznych i technicznych) zakresie obecność zmian w strukturach i funkcjonowaniu mózgu zachodzących w związku z psychoterapią. Kontrapunktem do tej prezentacji był wykład prof. Jacka Bomby pt. „Czy to możliwe, żeby psychoterapia nie zmieniała mózgu?”. Obie otwierające sympozjum prezentacje stanowiły interesujące wprowadzenie do tematyki tegorocznego spotkania, także w aspekcie rzadziej poruszonym przez psychoterapeutów czyli biologicznego podłoża zaburzeń i oddziaływań psychoterapii.

Jednym z takich rzadziej podejmowanych tematów, który jednak znalazł miejsce w programie była także Psychologia Analityczna C.G.Junga w praktyce klinicznej.

W programie sympozjum niewątpliwie uwagę zwracała duża liczba zajęć warsztatowych i dyskusyjnych, a także prezentacji osadzonych w praktyce klinicznej. Tematyka ich była

bardzo szeroka, obejmowała zagadnienia związane ze specyfiką pracy z pacjentami np. z agresją w grupie terapeutycznej, uzależnieniami, problematyką seksuologiczną (warto nadmienić, że symposium uzyskało rekomendację Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego), wykorzystaniem hipnozy czy grupami Balinta, prezentacjami przypadków i modeli pracy terapeutycznej, ze szczególnym uwzględnieniem terapii rodzinnej.

Trudno byłoby zapomnieć warsztat prof. Hansena poświęcony wielkim możliwościom oddziaływania poprzez język i sugestię na pacjentów podczas właściwie każdej procedury medycznej. Wnioski z tego spotkania można będzie zastosować w nauczaniu medycyny i psychoterapii.

Jak zazwyczaj symposium sprzyjało dyskusjom i wymianie intelektualnej, zarówno podczas prezentacji, jak i w kulisach i w trakcie bankietu konferencyjnego w hotelu Radisson Blu.

Na zakończenie symposium w dyskusji przedstawiciele trzech Zarządów podjęto kwestię szkolenia ustawicznego psychoterapeutów, jak również szkolenia superwizorów a także zapowiedziany został – niezwykle obiecujący – tytuł roboczy kolejnego, przyszłorocznego Symposium Trzech Sekcji: Osoba psychoterapeuty.