

# Psihoterapija poremećaja jedenja

prof. dr. sc. Vesna Vidović

Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb

Smatra se da se u osnovi anoreksije nalazi nedostatak u razvoju autonomije. Roditelji zbog svoje anksioznosti djeluju nametljivo i pretjerano kontroliraju dijete čineći ga ovisnim, utječu na razvoj "lažnog sebstva", a zbog ranjivosti djeteta i nesposobnosti da izrazi emocije, što postaje vidljivo u adolescenciji, te zbog zbrke u prepoznavanju signala iz tijela nastaje poremećaj jedenja. U nastanku bulimije važno je naglasiti da emocionalne teškoće u ranoj interakciji majka-dijete pridonose razvoju izjednačavanja hrane s ljubavi. Psihodinamska psihoterapija najvjerojatnije je najčešće korištena metoda ambulantnog liječenja anoreksije i bulimije nervoze. Riječ je o terapijskoj tehnici utemeljenoj na transferu kojom se pokušava doprijeti do uzroka tegoba i unijeti promjene u ličnost i cjelokupno funkcioniranje osobe

**P**sihološki uzroci u nastanku anoreksije nervoze prepoznati su i naznačeni već u prvim opisima bolesti. Dugogodišnja se istraživanja psiholoških uzroka mogu sažeti na teze da se anoreksija nervoze može razviti od značajno poremećenih odnosa između djeteta i majke. U osnovi bolesti nalazi se nedostatak u razvoju autonomije zbog roditeljske nametljivosti i pretjerane kontrole, zbog poticanja ovisnosti djeteta i razvoja "lažnog sebstva", zbog ranjivosti i nesposobnosti da se izraze emocije, što postaje vidljivo u adolescenciji, i zbog zbrke u prepoznavanju signala iz tijela jer se potreba za hranom izjednačuje s roditeljskim željama i potrebama. S obzirom na individualne psihološke probleme, kao i one što se nalaze u dinamici obitelji anorektične i bulimične osobe, danas je teško zamisliti bilo koji oblik liječenja bez psihoterapijskog pristupa, ne samo zbog suvremenog shvaćanja etiologije poremećaja i presudne uloge psiholoških i socijalnih čimbenika, već i činjenice da do sada još nije naden učinkovit način medikamentnog liječenja ili objašnjena biološka osnova poremećaja. Različite psihoterapijske metode oprobane su u liječenju poremećaja jedenja. Danas se istraživači bave praćenjem njihovih rezultata da bi se utvrdilo koja je od njih najučinkovitija.

## Psihodinamska psihoterapija

Dugotrajna psihodinamska psihoterapija najvjerojatnije je najčešće korištena metoda ambulantnog liječenja anoreksije (i bulimije) nervoze. Herzog<sup>1</sup> smatra da se psihodinamska psihoterapija nudi kao primarno liječenje za one anorektične osobe koje pokazuju značajnu karakternu patologiju ili one osobe koje imaju kronične tegobe ili rezidualne tegobe nakon liječenja drugim metodama.

Pod terminom psihodinamska terapija podrazumijeva se psihoterapija koja se oslanja na specifičan odnos koji se razvija između pacijenta i terapeuta, odnosno koristi fenomene prijenosa i protuprijenosa. Prijenos (transfer) je pojava koja se javlja u psihoterapijskom procesu i u svakom drugom odnosu između bolesnika i liječnika kada bolesnik nesvjesno u odnos s terapeutom prenosi osjećaje koje je u ranom djetinjstvu doživljavao prema važnim osobama u svojoj okolini. Ponovno doživljeni osjećaji omogućavaju terapeutu da ih prepozna, suoči pacijenta s njima i protumači ih tako da pacijent postane svjestan osjećaja koje je potisnuo i razloga zbog kojih su potisnuti.

Primarni cilj psihodinamske psihoterapije je da u pacijentici obnovi sposobnost za osjećaje i brigu, razvije načine osjećanja i izražavanja svoje snage i ovisnosti, oslabi superego i primitivni osjećaj krivnje i razvije načine izlaženja na kraj s anksioznošću koji su bolji od sadašnjih načina, posebno u odnosu na jedenje, te da je

vratiti zdravim prehrabnim, fiziološkim i kognitivnim stanjima. U težim slučajevima terapijski cilj može biti održavanje pacijentice na životu i bez stvaranja tjelesnih posljedica ovog stanja do trenutka kada će biti sposobna iskoristiti psihoterapiju.

Postoji nekoliko vrsta psihodinamske psihoterapije ovisno o orijentaciji psihoterapeuta. Površno gledajući, može se činiti da psihoterapeuti različitih škola govore različitim jezicima i rade različite stvari. Psihoanalitički psihoterapeuti će se u radu s anorektičnim pacijenticama usredotočiti na simbiotsku fazu razvoja, self-psiholozi na empatiju, a oni koji se oslanjaju na škole objektivnih odnosa govoriti će o ranim obranama. U liječenju osoba s poremećajima kao što su anoreksija ili bulimija oni će biti jednako fleksibilni i aktivni u kontaktima s pacijenticom. Priroda bolesti i njezin opasan tijek nalažu da terapeut ponekad podržava propisivanje medikamenta, zanima se za tjelesno stanje bolesnice, bavi očekivanjima i pregovaranjima u pogledu minimalnih zahtjeva za održavanjem težine, koordinira kontakte pacijenta s ostalim kliničarima, po čemu se psihoterapija anorektičnih i bulimičnih osoba razlikuje od psihoterapije u drugim poremećajima.

Crisp<sup>2</sup> smatra da je anoreksija psihobiološka regresija zbog konflikta u adolescenciji koji adolescentica pokušava odvratiti od sebe i obitelji. Ciljevi psihoterapije su zato sljedeći: 1) podrška pacijentici da se izvuče iz psihobiološkog položaja izbjegavanja; 2) smirivanje njezine panike koja je za nju realna i vezana za mogućnost dobivanja na težini, a kasnije za hranu; 3) smirivanje njezine depresije; 4) otkrivanje i oslobađanje njezinih mogućnosti vladanja tijelom; 5) olakšavanje razvoja višestrukog doživljaja sebe koji više nije u potpunosti oslonjen na fizički izgled i razvoj samopoštovanja; 6) razrješenje s tim povezanih psihosocijalnih problema.

Sours<sup>3</sup> daje psihoanalitičku interpretaciju shvaćajući anoreksiju kao odbacivanje ženske genitalne seksualnosti i fantazije začeća impregnacijom pomoću izglednjivanja. Kod anoreksije u ranoj adolescenciji ove su pojave popraćene regresijom na pregenitalne mehanizme obrane suprotstavljene konfliktu koji je smješten među primitivne sadističke i kanibalističke edipske fantazije. Fiksacija je nastala u faličko-edipskoj, odnosno kasnoj fazi odvajanja i individuacije i tada je anoreksija obrana od pojave seksualnih nagona. U kasnoj adolescenciji pojava anoreksije upućuje na fiksacije u simbiotskoj i ranoj fazi odvajanja i individuacije, a simptomi su više vezani za oštećenja ega. Hsu<sup>4</sup> smatra da za ove ideje još nema empirijskih potvrda. U psihoanalitičkom modelu analitičar bi trebao interpretirati transfer u svjetlu ranih potisnutih iskustava, no čini se da veliki broj stručnjaka koji su se bavili problemima liječenja anoreksije, kao što su H. Bruch<sup>5</sup>, R. Casper<sup>6</sup>, A. Crisp<sup>7</sup>, Minuchin<sup>8</sup>

i Mara Selvini Palazzoli<sup>9</sup>, smatraju da je tradicionalni psihoanalitički pristup ovim pitanjima relativno neučinkovit.

### Indikacije za psihodinamsku terapiju

Psihodinamska terapija, za razliku od nekih drugih, nema kao jedini cilj normaliziranje prehrane već teži stvaranju promjena u личности koje će onemogućiti ponovno javljanje simptoma. Tijekom terapijskog procesa bolesnica bi morala dobiti uvid u psihološku dimenziju poremećaja, odnosno emocionalne faktore koji pridonose razvoju tegoba. Očekuje se jačanje ega, smanjivanje anksioznosti, opće sazrijevanje, razvoj samopoštovanja i samopouzdanja, poboljšanje odnosa s članovima obitelji i bolja prilagodba zahtjevima koje pred nju stavlja život.

U psihodinamskoj terapiji u načelu se očekuje da je pacijent prihvaća kao način liječenja. Liječenje je dobrovoljno i pacijent bi bar na svjesnom planu trebao željeti komunicirati s terapeutom. U anorektičnih osoba motivacija za terapiju je dvojbeni i otpor prema ulasku u terapijski odnos sastavni je dio kliničke slike bolesti. Potreban je zato posebni postupak kojim bi se pacijentica privoljela na terapiju jer je u anoreksiji prvo načelo samostalnog izbora terapije i njene dobrovoljnosti uvijek u početku na kušnji. Vrijedi uzeti u obzir ove teškoće, jer činjenica da će netko odbijati liječenje ne opravdava pasivno držanje terapeuta i isključivo prepuštanje izbora pacijentici. Neki autori čak predlažu da se pacijentica pripremi za svoju odluku o liječenju kroz ograničeni broj uvodnih seansi tijekom kojih se pokušava stvoriti osnova odnosa s pacijenticom, odrediti ciljeve liječenja i psihodinamsko određenje bolesti.

### Prijenos i terapijski proces

Ključni faktor u liječenju je stvaranje terapijskog odnosa i prijenosa. U anorektičnih pacijentica u odnos s terapeutom može biti prenjeta potreba za idealizacijom poznatom iz djetinjstva kada je tako savršenima doživljavala roditelje. U početku terapije idealizacija terapeuta naoko izgleda poželjnom jer se na njoj može osnivati prihvaćanje terapije, no u stvarnosti u usporedbi s idealiziranim terapeutom pacijentica u svojim očima ostaje osoba s manama, osim ako nije u nečem savršena, a to je obično samo njezina anoreksija. U pacijentice se može javljati strah od kritike i vlastite nesposobnosti da zadovolji terapeuta. U transferu se terapeuta može doživjeti kao osobu koja ne razumije pacijenticu kao što je ni roditelji nisu razumjeli, a idealizirani transfer se lako može promijeniti u negativni. Pacijentica može početi izostajati s terapije ili odbijati sve za što se terapeut zalaže.

U anorektičnih osoba s graničnom osobnošću čini se da su u prošlosti doživjele svoje pretjerano uključene roditelje kao zlonamjerno nametljive.<sup>10</sup> Roditelji kao da su namjerno usisali svoje dijete u neprijateljsko zavisni odnos pa je dijete kasnije svoje pokušaje odvajanja moglo doživjeti samo kao nešto što bi mu moglo pribaviti kaznu ili osvetu. Zato je svako vezivanje doživljeno kao moguć odnos bez granica uz neprijateljstvo i kontrolu. Self se doživljava kao preplavljen drugim koji nema na umu djetetov najbolji interes. Da bi se spasile od preplavljenosti, pacijentice se brane paranoidnim obranama.

U transferu je kontrola važna tema. Pacijentica je nepovjerljiva, boji se da će terapeut preuzeti kontrolu i da će je uvući u ovisni i neprijateljski odnos u kojem će biti kažnjavana za svako autonomno ponašanje. Zato bi terapeut trebao ponuditi takvo okruženje u kojem bi pacijentica mogla osjetiti međuzavisni odnos bez agresivne i kažnjavajuće kontrole koju poznaje iz obitelji. Regresija koju doživljavaju tijekom bolesti nije samo rezultat straha pred psihičkim i seksualnim zahtjevima adolescencije nego duboko ukorijenjeno vjerovanje da privrženost (*attachment*) nosi ranjivost i sadističku eksploataciju. Otpori i povlačenje u anoreksiju su neizbježni. S ovim pacijenticama ima možda najviše kontratransfernih problema zbog toga što su obično vitalno ugrožene, postavljanje granica je neizbježno, a ono podsjeća na sve što bolesnica želi izbjeći. Terapeut teško ostaje neutralan pred anoreksijom i propadanjem tijela pa pacijentica može potaknuti oblik nametljive brige terapeuta

kojeg svojim izgledom i ponašanjem plaši. Terapeut i pacijentica mogu se zaplesti u bitku za moć u kojoj nema pobjednika. Iako se možda postigne povećanje tjelesne težine, pacijentica je proizvela još jedan dokaz da se i ovdje susreće sa sadističkom nametljivošću kao i u roditeljskoj kući. Jedini joj je izlaz privremeno pokoravanje i čekanje prilike da se vrati na anorektičan način vladanja.

Prve seanse za anorektičnu osobu predstavljaju kritični trenutak u liječenju.<sup>11</sup> Terapeut bi trebao biti sposoban uključiti pacijenticu u terapijski odnos stvarajući neku vrstu interpersonalnog "šoka" jer se pacijentica osjeća samom, a njezini primarni objektni odnosi imaju sadomazohističku kvalitetu. Obične psihoterapijske granice bi trebale biti promijenjene tako da bi terapeut mogao privući pozornost i stvoriti u pacijentici interes za liječenje. Anorektična bolesnica pati od gladi, opsesivne potrebe da kontrolira svoje tijelo koje shvaća opasnim i nepredvidivim, ona pati od niskog samopoštovanja, slabe sposobnosti podnošenja frustracija, pati od osjećaja da nije voljena i prihvaćena, pati od nesigurnosti, ima strah od debljanja i prisilnu potrebu za vježbanjem, ali više od svega ona se boji osjećaja jer su oni najboljniji. J. Magagna<sup>12</sup> naglasila je da strah od debljanja uključuje strah da će je intenzivne senzacije na tijelu i osjećaji preplaviti do te mjere da bi mogli ugroziti njezin osobni identitet, doživljaj tijela i psihičko zdravlje. Individualna psihoterapija trebala bi pomoći pacijentici da podnosi emocionalna iskustva umjesto da se zatvara prema njima kako to obično čini putem restrikcije unosa hrane, koja na simboličkoj razini predstavlja psihičku dijetu. Želja za kontrolom unosa hrane predstavlja potrebu za kontrolom njezinog života i koristi se kao obrana od odnosa s ljudima. U toj je situaciji motivacija za terapiju ambivalentna, jer koliko god treba pomoć da bi si olakšala patnje, pacijentica se boji emocija i bliskosti. Vrijedno je naglasiti da su sa psihodinamskog gledišta njezini simptomi ego-simptom i ona ih se veoma uporno drži. Pacijentica je nepovjerljiva prema ljudima i njihovim motivima, što neki autori pripisuju problemima koji potječu iz ranog odnosa s majkom. S interpersonalnog gledišta Stern<sup>13</sup> je naglasio da je ključni element u psihoterapiji s anorektičnim i bulimičnim pacijenticama upravo izlaženje na kraj sa suprotstavljenim interpersonalnim strujanjima. Pacijentica je u nekoj vrsti paralize, razvojno zamrznuta i uhvaćena suprotstavljanju potrebama selfa (za emocionalnim zbrinjavanjem, sadržavanjem afekata, empatijskim zrcaljenjem ili podrškom odvajanju i individualaciji) i neke forme karakterne samonegacije, samožrtvovanja, ili samo iskrivljenja koje ima svoj korijen u ranim zahtjevima obiteljskog sistema, posebno dijade majka-dijete. Tako je na jednoj razini, obično nesvjesnoj, pacijentica u potrazi za propuštenim razvojnim iskustvom koje je potrebno za razvoj selfa, dok na drugoj, svjesnijoj razini postoji očigledno odbacivanje ili odricanje od tih potreba i vrste objektivnog odnosa koji je potreban da bi se one dostigle.

Očekuje se da će tijekom terapije anorektična pacijentica doživjeti empatijsko i nekritizirajuće razumijevanje, odvojiti od bolesnog obiteljskog sustava ako takav postoji, razriješiti svoju neprijateljsku zavisnost od roditelja ako je ona razvijena i da će nastaviti svoj adolescentni psihoseksualni razvoj da bi ušla u doba odraslosti s čvrstim osjećajem selfa. Psihodinamska terapija se odvija u frekvenciji jedna do dvije seanse tjedno. Nekad seanse mogu biti rjeđe, a nekad češće. Procjenjuje se da će neke pacijentice početi bolje funkcionirati za godinu, dvije, a nekima će trebati 8 do 10 godina.<sup>1</sup> Anorektična simptomatologija se u nekih pacijentica brzo povlači, no terapija se nastavlja zbog depresivnosti, obiteljskih problema, teškoća u stvaranju interpersonalnih odnosa. Veliki broj pacijentica se bitno popravlja, ali pacijentice s teškim deficitima ega ili jakom komorbidnom simptomatologijom ili one sklone čišćenju (povraćanju ili laksativima) dulje zadržavaju anorektične simptome.

Bulimične osobe s graničnim poremećajem личности imaju kao središnji problem u pozadini doživljaj da su u ranom djetinjstvu roditelji bili nedovoljno uključeni u brigu o djetetu, što je u razvoju bilo doživljeno kao zlonamjerno zapuštanje. Kao da je dijete doživjelo da su roditelji bili nedovoljno emocionalno na raspolaganju. Čini se da su djetetove potrebe i ovisnost često preplavljivale slabi

ego roditelja i dovodile ga u stanje blisko dezintegraciji, ili je roditelj uz dijete doživio regresivnu čežnju i tugu zbog povreda koje je sam doživio u djetinjstvu. Roditelj se povlačio od djeteta i ostavljao ga bez vanjske podrške kojom bi se regulirala djetetova unutrašnja stanja. Dijete je internaliziralo emocionalnu slabu raspoloživost roditelja kao dokaz da je nevoljeno, bezvrijedno i da zaslužuje kaznu. U bulimičnih osoba je majčina nedovoljna emocionalna raspoloživost u ranom djetinjstvu pridonijela djetetovom izjednačavanju ljubavi i hrane na konkretnoj razini.

Liječenje bulimičnih osoba koje je aktivnije od bavljenja anoreksijom burno je, često i kaotično zbog korištenja ranih obrana kao što je razdvajanje (*splitting*) i projektivna identifikacija. Nakon dugog iskustva s ovom psihopatologijom, potpuno bih se složila s autorima koji tvrde da je dinamika granične osobnosti ovdje važnija od poremećaja jedenja. Terapeut bi u ostvarivanju terapijskog odnosa morao biti predan, ustrajan i pouzdan jer osnovni problem potječe od doživljaja pacijentice da je rasla uz majčino zanemarivanje. Zato bi pacijentici trebalo osigurati sredinu koja će joj vratiti pouzdanje u neki ljudski odnos koji bi mogao sadržavati njezin disforični afekt. Cilj je dostignuti stanje u kojem kontakt s drugim može bolje smiriti njezino emocionalno stanje nego supstancija za kojom poseže (hrana, alkohol, droga). Aspekt zanemarivanja koji je doživljen kao namjeran stvar u terapiji otpore i teži ponavljanju iskustva, pa je i ta naoko jednostavna zadaća zapravo jako teška. Naime, nije toliko teško stvoriti privrženost (*“attachment”*), koliko je zahtjevno postići separaciju jer pacijentice postaju jako zahtjevne i uporne u ostvarivanju svojih ranih potreba. Često koriste projektivnu identifikaciju kao tip empatijske povezanosti s drugima (kao kad provociraju nastajanje identičnih osjećaja i misli u drugome). Terapeut bi to trebao prepoznati i ne agirati po projekcijama, već metabolizirati pacijentične osjećaje i interpretirati unutrašnje stanje. S obzirom na razinu sadomazohističkog odnosa s primarnim objektom, uvijek postoji opasnost da se slični tip odnosa ponovi s terapeutom.

Od terapije se može očekivati da će, ako terapeut uspije svladati idealizirajući transfer, pacijentica ući u terapijski proces sa željom da bude zbrinuta, koja će nadjačati strah od izlaganja razočaranju. U pacijentica s graničnom ličnošću kaotično se ponašanje može smiriti nakon nekoliko godina terapije, kada su bolesnice sposobne stvarati bolje interpersonalne odnose. Ishod terapije u dijelu pacijentice može biti takav da se bulimično ponašanje zadrži kao konstanta, ograničeno na podnošljiv broj napada prejedanja i povraćanja koji bitno ne ometaju njihove svakodnevne aktivnosti. Slika tijela i doživljaj sebe teže se mijenjaju, kao i samopouzdanje, što je teže promjenjivo čim je komorbidna psihopatologija ozbiljnija. Veliku važnost ima dinamika obitelji jer je u mnogima bolesnica u funkciji žrtvenog jarca. Obitelji vjeruju da će ih bolesnica psihološki i materijalno uništiti. Oralne fiksacije prisutne u obitelji izazivaju osjećaj egzistencijalne ugroženosti kad počinju nestajati velike količine hrane. Ponekad ponašanje ostalih članova obitelji postaje izrazito netrpeljivo, što u pacijentici jača doživljaj odbačenosti, prljavosti i izolacije. Obiteljska terapija je tada jedino korisno rješenje iako je i u njoj teško postići pomake zbog jake manipulativnosti i sklonosti korištenju diskvalifikacija kao obrana, što obitelj čini otpornom na potrebnu promjenu.<sup>14</sup>

U posljednje se vrijeme sve više razmišlja o efikasnosti primijenjenih terapija. Istraživanja koja procjenjuju učinkovitost psihoterapijskih postupaka suočavaju se s brojnim metodološkim problemima. Na transferu osnovane psihoterapijske tehnike primjenjuju se u liječenju već više od sedamdeset godina, pojedine pacijentice i njihovo liječenje su detaljno opisani, pa ipak kao da ne postoje *“čvrsti dokazi”* da su ove terapije učinkovite. To upravo tako izgleda kad se uspoređi sa suvremenim, preciznim, knjiški primijenjenim tehnikama u kojima je svaka seansa detaljno opisana i odradena kod svake pacijentice na isti način (što je nezamislivo u psihodinamskim terapijama), i kada se kao mjera učinkovitosti uzima samo učestalost pojave određenih ponašanja nakon ciklusa terapije. U usporedbi s kognitivno-bihevioralnim tehnikama, psihodinamska

terapija ne obećava nikakve brze spektakularne rezultate. Jeammet<sup>15</sup> zato jasno naglašava da, budući da još uvijek nema dovoljno informacija o dugotrajnim učincima psihoterapijskih postupaka, ne bi se smjelo diskvalificirati pojedine kliničke postupke, posebno individualnu psihoanalitičku psihoterapiju i metode koje kombiniraju individualnu i obiteljsku terapiju. Motivacija terapeuta i ličnost terapeuta važni su faktori u promjenama u pacijenticama. Navodi se da danas mnogi kliničari prepoznaju da su bolesnice iznimno osjetljive na terapijsko okruženje i na sliku o sebi koju im zrcaljenjem njihovi terapeuti vraćaju. Dugotrajni učinci psihoterapije danas su još nedovoljno poznati, posebno kad se prate poremećaji jedenja zajedno s njima povezanom komorbidnošću.

### Napomene o kognitivno-bihevioralnom pristupu

Kognitivno-bihevioralna terapija osamdesetih je godina dobila svoje mjesto u liječenju bulimije.<sup>16</sup> Temelji se na kognitivnim i bihevioralnim postupcima koji su razvijeni u cilju regulacije obrazaca jedenja, a uključuju vraćanje prethodno izbjegavanog hrani, stjecanje konstruktivnijih sposobnosti za izlaženje na kraj sa situacijama visokog rizika za prejedanje i čišćenje, modificiranje poremećenih stavova i sprječavanje ponovne pojave simptoma nakon završetka liječenja akutne faze. Liječenje je vremenski ograničeno i usredotočeno na problem.

Kognitivnu terapiju u liječenju anoreksije uveli su Garner i Bemis<sup>17</sup>, a temelji se na Beckovom postupku kognitivne terapije depresije. Primarni cilj liječenja je modifikacija pacijentičnog negativnog razmišljanja i disfunkcionalnih pretpostavki u odnosu na jedenje, oblik tijela i težinu. Anoreksija i bulimija imaju mnogo zajedničkih osobina pa se kognitivni pristupi u oba poremećaja preklapaju u mnogim elementima, posebno u odnosu na stavove prema težini i obliku tijela. Modifikacije zahtijevaju posebnosti u ličnostima te motivaciji za liječenje i dobitak na težini kao ciljni simptom. U posljednje se vrijeme često spominje i kognitivno-analitička terapija koja integrira psihodinamske faktore s bihevioralnim i usredotočuje se na interpersonalna i transferna pitanja.<sup>18</sup>

U pogledu učinkovitosti postoje čvrsti dokazi da kognitivno-bihevioralni postupak pomaže jednom dijelu (50%) pacijentica s bulimijom nervozom. Sličan učinak postiže se u liječenju bulimije nervoze *“interpersonalnom terapijom”*, koja se definira kao terapija fokusirana na identifikaciju i modifikaciju aktualnih interpersonalnih problema. Riječ je o nedirektivnoj i neinterpretativnoj individualnoj psihoterapiji ograničenog trajanja (15-20 seansa). Kada se uspoređuju učinci kognitivno-bihevioralne i interpersonalne psihoterapije, vidi se da bihevioralni pristup daje brže promjene u pogledu dijeta, ali ne i u pogledu zaokupljenosti težinom i oblikom tijela. Treba napomenuti da se uz oba pristupa ne nalaze nikakvi pomaci u pogledu pridruženih psihopatoloških fenomena kao što su depresivnost, samopoštovanje i interpersonalno funkcioniranje.<sup>19</sup>

Za anoreksiju nervozu danas još nema dokaza da bi neka vrsta kognitivno-bihevioralne terapije bila učinkovitija od drugih.

### Zaključak

Psihodinamske, odnosno na transferu utemeljene terapijske tehnike imaju ambiciozan zadatak. Njima se pokušava doprijeti do uzroka tegoba i mijenjati ne samo pojedine obrascе ponašanja već unijeti promjene u ličnost i cjelokupno funkcioniranje osobe. Tijekom terapijskog procesa bolesnica bi morala dobiti uvid u psihološku dimenziju poremećaja, odnosno emocionalne faktore koji pridonose razvoju tegoba. Očekuje se jačanje ega, smanjivanje anksioznosti, opće sazrijevanje, razvoj samopoštovanja i samopouzdanja, poboljšanje odnosa s članovima obitelji i bolja prilagodba zahtjevima koje pred nju stavlja život. Osobe oboljele od anoreksije ili bulimije imaju mnogo problema koji nisu izravno vezani za poremećaj jedenja. Neizbježna psihijatrijska komorbidna psihopatologija nalaze da se pacijenticu liječi uvažavajući njezinu cjelokupnost, a ne samo usredotočenje na jedan segment njezinog funkcioniranja. ■

## LITERATURA

1. Herzog D. Psychodynamic psychotherapy for anorexia nervosa. U: Brownell KD & Fairburn CG. Eating Disorder and Obesity. London: The Guilford Press, 1995.
2. Crisp AH. Anorexia nervosa as flight from growth: assessment and treatment based on the model. U: Garner DM & Garfinkel PE. Handbook of treatment for eating disorders. London: The Guilford Press, 1997.
3. Sours JA. Starving to death in a sea of objects. New York: Jason Aronson, 1980.
4. Hsu LKG. Eating Disorders. London: The Guilford Press, 1990.
5. Bruch H. Anorexia nervosa. Therapy and theory. Am J Psychiatry 1982; 132:1531-8.
6. Casper RC. Psychotherapy in anorexia nervosa. U: Beaumont PJV, Burrows CD & Casper R, ur. Handbook of eating disorders: Part I. Anorexia and bulimia nervosa. Amsterdam: Elsevier, 1987.
7. Crisp AH. Anorexia nervosa. Let me be. London: Plenum Press, 1980.
8. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
9. Palazzoli Selvini M. Self starvation. From the intrapsychic to transpersonal approach. New York: Jason Aronson, 1978.
10. Johnson CL. Treatment of Eating Disorder Patients with Borderline and False Self/Narcissistic Disorders. U: Craig Johnson, ur. Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa. New York, London: The Guilford Press, 1991.
11. Davies WN. Reflections on boundaries in the psychotherapeutic relationship. U: Craig Johnson, ur. Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa. New York, London: The Guilford Press, 1991.
12. Magagna J. Individual psychodynamic psychotherapy. U: Lask B, Bryant-Waughan R, ur. Childhood onset of anorexia nervosa and related eating disorders. Hove, England: Erlbaum, 1993.
13. Stern S. Managing Opposing Currents: An Interpersonal Psychoanalytic Technique for Treatment of Eating Disorders. U: Craig Johnson, ur. Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa. New York, London: The Guilford Press, 1991.
14. Vidović V. Psihoterapijski proces u liječenju bulimije. Hrvatski psihoterapijski seminar, Zbornik znanstvenih radova. Zagreb: Klinika za psihološku medicinu, 2000.
15. Jeammet P, Godart N. Different psychotherapeutic approaches: for what reasons. U: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, ur. Eating Disorders. Chichester: Wiley, 2003.
16. Fairburn CG. A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. Psychol Med 1981; 11:707-11.
17. Garner DM, Bemis KM. A cognitive behavioural approach to anorexia nervosa. U: Garner DM, Garfinkel PE, ur. Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. New York: Guilford Press, 1985.
18. Treasure J, Todd G, Brolly J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of a randomized trial of cognitive analytical therapy vs. educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. Behav Res Ther 1995; 33:363-7.
19. Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia. Arc Gen Psychiatry 2000; 157:1302-8.